

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Promoção da Autoimagem no Adolescente

com Alterações Corporais

- Contributos de Enfermagem

Rosa Maria Duarte dos Santos

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Promoção da Autoimagem no Adolescente

com Alterações Corporais

- Contributos de Enfermagem

Relatório de Estágio

Rosa Maria Duarte dos Santos

Professora Orientadora

Maria Filomena Abreu Sousa

2013

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized smile or a series of waves.

"A abordagem integral do adolescente envolve lidar com as suas diferentes questões e transformações, considerando, inclusive, o olhar deste sobre si mesmo e sobre o mundo. Assim, é fundamental que o enfermeiro que trabalha com esse grupo em sua prática cotidiana atente para a importância da atenção à saúde numa perspectiva integral, considerando não apenas as transformações físicas dos adolescentes, como também seus anseios enquanto indivíduos em maturação."

(Valença & Germano, 2009: 174)

AGRADECIMENTOS

Um especial agradecimento a todos os que contribuíram para que este trabalho fosse possível:

- À Professora Maria Filomena Sousa, pela sua orientação e disponibilidade;
- Aos enfermeiros dos diferentes campos de estágio, que partilharam os seus conhecimentos experienciais;
- Às crianças, adolescentes e suas famílias que em mim confiaram suas preocupações, dificuldades e sentimentos, face a transformações corporais de grande complexidade;
- À minha família, particularmente à minha filha Carolina, a experimentar as transformações da adolescência e à minha mãe, que me motivaram nesta reflexão;
- Aos amigos que se viram privados do meu contacto durante algum tempo;
- Aos colegas que me apoiaram nesta fase da vida.

RESUMO

Ao longo do estágio, realizado em vários contextos pediátricos, foi possível aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, que me permitirão enquanto futura Enfermeira Especialista, cuidar da criança, do jovem e família em situações de especial complexidade e de forma a maximizar todo o seu potencial de saúde.

Este relatório descreve, de forma reflexiva, a experiência desenvolvida ao longo do estágio, salientando a minha aprendizagem neste percurso face aos objetivos e atividades previamente definidos no projeto de estágio. Este trabalho tem como tema a "Promoção da autoimagem no adolescente com alterações corporais - Contributos de enfermagem", sendo esta uma das competências por mim desenvolvida ao longo do estágio, tendo em conta a importância que o foco de atenção "autoimagem" tem, na atualidade, para os clientes e para a profissão de enfermagem.

Na adolescência, durante a transição de desenvolvimento, alguns adolescentes sofrem simultaneamente transições de saúde-doença, às quais pode estar associado o compromisso da autoimagem, transições estas em que são imprescindíveis intervenções terapêuticas de enfermagem. Assim, no estudo desta problemática, a teoria de médio alcance das transições, desenvolvida por Chick e Meleis (1986), foi utilizada como suporte na realização deste trabalho.

No desenvolvimento de competências especializadas, tive por base o conhecimento das transições pelas quais os clientes passam, em particular os adolescentes, nomeadamente no que diz respeito à sua autoimagem, conhecendo as suas dificuldades, identificando e participando em intervenções adequadas para facilitar essas transições com sucesso.

Palavras-chave: Adolescente, Transição, Autoimagem, Alterações Corporais, Enfermeiro Especialista

ABSTRACT

Throughout the internship, in various pediatric contexts, I was able to deepen knowledge and develop skills that will allow me, as a future Specialist Nurse, to care for children, youths and families in situations of particular complexity and to maximize their full potential for health.

This report presents in a reflexive way the experience gained over the internship, highlighting the most relevant aspects in this course, given the objectives and activities previously defined in the internship design. This work has as its theme "Promotion of self-image in adolescents with body changes – Nursing contributions". This was one of the skills I developed along the internship, taking into account the importance the focus of attention on "self-image" has, at present, to clients and to the nursing profession.

In adolescence, during developmental transition, some teenagers experience transitions health-illness also, wherein the self-image may be compromised, requiring nursing therapeutics. Thus, the middle range transitions theory, (Chick & Meleis, 1986), was used to support the development of this work.

In the development of specialized skills I relied on the knowledge of transitions, which customers experience, in particular young people, with respect to their self-image, being aware of their difficulties, by identifying and participating in appropriate interventions to facilitate these transitions successfully.

Key words: Adolescent, Transition, Body image, Body changes, Specialist Nurse

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

art. - artigo
cit. - citado
dec. - decreto
ed. - edição
Enf.^a/Enf.^o - Enfermeira/Enfermeiro
n.^o - número

SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMRA - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão
CS - Centro de Saúde
DGS - Direcção-Geral da Saúde
EESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
EESIP - Enfermeiro/s Especialista/s em Saúde Infantil e Pediatria
ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IMC - Índice de Massa Corporal
ME - Mestrado em Enfermagem
OE - Ordem dos Enfermeiros
REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SP - Serviço de Pedopsiquiatria
SRPD - Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento
SUP - Serviço de Urgência Pediátrica
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	9
1. PROBLEMÁTICA	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1. A adolescência - Transição de desenvolvimento	15
2.2. A autoimagem na adolescência	18
2.3. As transições do adolescente com alterações corporais	21
3. EXPERIÊNCIA FORMATIVA	24
3.1. Locais de estágio	24
3.2. Objetivos gerais de estágio	25
3.3. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas	26
3.4. Reflexão sobre o percurso formativo	51
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES E ANEXOS	
APÊNDICE I - Cronograma de estágio 2012/2013	
APÊNDICE II - Formação apresentada - Plano da sessão, <i>PowerPoint</i> da sessão e Relatório/Avaliação da formação	
APÊNDICE III - Grelha de registo de observação e registos realizados durante o estágio	
APÊNDICE IV - Guião orientador e registos das reuniões de trabalho com as Enfermeiras Chefes e EESIP	
APÊNDICE V - Norma - Comunicação com o adolescente e família	
APÊNDICE VI - Objetivos para cada campo de estágio	
APÊNDICE VII - <i>Poster</i> - Desenvolvimento da autoimagem na criança	

APÊNDICE VIII - Proposta de intervenção do EESIP

APÊNDICE IX - Reflexões realizadas durante o estágio

APÊNDICE X - Síntese da pesquisa de evidência científica - utilizada na partilha nos campos de estágio

APÊNDICE XI - Síntese do debate realizado com os adolescentes

ANEXO I - Desenho para colorir

ANEXO II - Formações assistidas

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório do 2º ano, 1º semestre, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No 1º ano, 2º semestre na Unidade Curricular Opção II, tendo em vista a realização do Estágio com Relatório, elaborei um projeto com base no diagnóstico das competências específicas a desenvolver do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e com base na identificação das necessidades do Serviço onde trabalho, de forma a melhorar os cuidados de enfermagem. A realização do estágio com relatório visa o desenvolvimento de competências para a Especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2011a), tendo por base a reflexão sobre a prática e alterando a mesma. Nesta área, não me considero "iniciada", mas "advanced beginner", pelo que, desenvolvendo algumas competências com base no autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem que realizei previamente, poderei tornar-me "expert" (Benner, 2005). Assim, a temática que escolhi para aprofundar durante o desenvolvimento do meu estágio foi a promoção da autoimagem no adolescente com alterações corporais. Além das necessidades dos enfermeiros do Serviço onde presto cuidados, a motivação para a escolha do tema foi o trabalho de monografia, que realizei durante o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Este trabalho consistiu num estudo exploratório descritivo, sobre as preocupações dos adolescentes submetidos a transplante renal com um percurso de doença crónica, que evidenciou a autoimagem como uma das principais preocupações destes clientes (Santos, 2006). A doença, os procedimentos traumáticos, as cirurgias e/ou a imunossupressão alteram o corpo e, conseqüentemente, a autoimagem destes adolescentes (Auer, 2005; Kneinknecht *et al.*, 2009). Muitas destas alterações põem em risco a saúde física e mental, podendo levar a comportamentos de não adesão às terapêuticas, sentimentos de revolta,

negação, agressividade e problemas mais complexos como depressão, comportamentos obsessivos e dependência da equipa de saúde (Auer, 2005; Dobbels *et al.*, 2010).

A problemática relacionada com as alterações da autoimagem foi alvo de intervenção de enfermagem, como forma positiva de cuidar, na segunda metade do século XX, de acordo com Salter (1992). Segundo esta autora, esta problemática teve maior impacto nos cuidados prestados aos sobreviventes amputados nas grandes guerras e às pessoas que sofreram o estigma provocado pelo cancro. Enquanto foco de atenção da enfermagem, a autoimagem é um problema transversal a várias áreas de atuação dos enfermeiros. Em diferentes contextos da prestação de cuidados de enfermagem podemos encontrar adolescentes com alterações da autoimagem, quer transitórias, quer definitivas, problema este, em que os enfermeiros têm um papel fundamental na sua prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação. Esta problemática é também alvo de atenção de outros profissionais de saúde.

A adolescência é um período de transição entre ser criança e ser adulto, com problemáticas próprias de vária ordem, entre elas, as alterações corporais que são alvo de atenção do enfermeiro. No caso do adolescente doente com alterações da autoimagem, a transição da adolescência é vivenciada simultaneamente com um processo de doença, o que exige maior atenção por parte dos cuidadores.

De modo a compreender estes processos de transição pelos quais o adolescente doente com alterações da autoimagem passa, e a fundamentar os meus cuidados a estes clientes, recorri à teoria das transições desenvolvida por Meleis e Trangenstein, em 1994 (cit. por Abreu, 2011). Para Chick e Meleis (1986), Meleis *et al.* (2000) Schumacher e Meleis (1994), que desenvolveram a teoria de enfermagem de médio alcance das transições, assistir as pessoas em processos de transição constitui a função mais relevante do enfermeiro. Apoiar aqueles que se encontram em transição, compreender os seus processos e desenvolver intervenções apropriadas às suas necessidades e ao seu estado de saúde é o propósito da profissão de enfermagem, de acordo com os autores atrás referidos.

Pretendo com este trabalho contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos adolescentes que, de alguma forma, vivenciam problemas relacionados com autoimagem, em particular, no meu contexto profissional.

Neste documento, apresento a problemática que envolve a autoimagem do adolescente, que experiencia simultaneamente a transição de desenvolvimento e, muitas vezes, a transição saúde-doença. Seguem-se a fundamentação teórica sobre a temática, a experiência clínica vivida nos diferentes contextos práticos, a reflexão sobre a experiência formativa, as competências desenvolvidas e as considerações finais.

Para este relatório defini os seguintes objetivos:

- Explicitar a complexidade da problemática da autoimagem no adolescente com alterações corporais, em diversos contextos da prática, do ponto de vista do adolescente e dos enfermeiros;
- Analisar reflexivamente a experiência em contexto de estágio;
- Apresentar uma proposta de intervenção de enfermagem do EESIP para ajudar o adolescente a ultrapassar com sucesso as transições de desenvolvimento e de saúde doença, quando a sua autoimagem se encontra comprometida, tendo em conta a experiência de estágio.

Para a realização deste trabalho fiz a revisão bibliográfica sobre a temática da autoimagem no adolescente com alterações corporais; para isso recorri à consulta dos documentos do centro de documentação da ESEL e às bases de dados (CINAHL e MEDLINE Plus with Full Text), através do motor de busca da EBSCO.

Este trabalho constitui um relato das atividades que desenvolvi durante o estágio, tendo em conta a articulação entre a teoria e a prática, a par da reflexão contínua, com foco de atenção na promoção da autoimagem do adolescente que conduziu a um processo de aprendizagem, transformando-me à medida que fui adquirindo competências de Enfermeira Especialista. Como diz Josso (2002), formar-se é transformar-se enquanto pessoa, enquanto profissional e/ou enquanto ator sociocultural.

1. PROBLEMÁTICA

Os cuidados dispensados ao corpo, saudável ou doente, sofreram alterações ao longo dos tempos. A intervenção, na área da saúde, face aos cuidados com o corpo nem sempre foi a mais adequada. Neste aspeto, Collière refere que,

a filosofia do desprezo do corpo, desenvolvida pela Igreja e seguida pela concepção organicista da medicina, não só os consideram dispensáveis, como os excluem das instituições hospitalares, até à tomada de consciência pelas enfermeiras e auxiliares de enfermagem de alguns serviços hospitalares, ou que exercem no domicílio. (Collière, 2003: 182)

A compreensão do conceito de corpo modificou-se ao longo dos séculos. Como nos ilustra Pereira (2004), na antiguidade o reconhecimento do corpo dependia do valor que este tinha para o grupo, na civilização grega o corpo era admirado como um valor estético, já na idade média o corpo era alvo de cuidados apenas em situação de vulnerabilidade. A importância dada ao corpo pela sociedade contemporânea e a perceção do mesmo pela própria pessoa, levou ao estudo sobre a imagem corporal por alguns autores no último século (Fisher, cit. por Ribeiro & Tavares, 2011, Schilder, 1999).

Na literatura atual, a expressão *imagem corporal e autoimagem* é utilizada, pelos autores com o mesmo sentido (Correia *et al.*, 2006; Valença & Germano, 2009), pelo que ambos os termos serão referidos ao longo deste trabalho.

Para Phaneuf (2005), a pessoa que sofre alterações físicas, experimenta uma dupla dificuldade, a de se ver deteriorado, mutilado, e a de se comparar com os outros numa sociedade que valoriza a juventude, a vitalidade, a beleza e a boa forma. Não podemos ignorar que na era da globalização e da comunicação, que é a que vivemos, a imagem corporal adquiriu um valor muito importante. A televisão, o cinema e os jornais fazem-nos tomar consciência da imagem do nosso corpo.

Os cuidados com a aparência (Collière, 2003), são cuidados relacionados com o corpo, que muito têm a ver com a privacidade e intimidade de quem é cuidado, que são muitas vezes relegados para segundo plano, em relação a outros. Os

tratamentos não devem substituir os cuidados e destes fazem parte os cuidados com a aparência, os quais ajudam a pessoa cuidada a viver. Os cuidados com a aparência são os cuidados do parecer, que sendo "*suporte da comunicação não-verbal, estes cuidados contribuem para construir e valorizar a imagem de si próprio e, assim, fazer emergir e fortificar o sentimento de identidade, mas também de pertença a um grupo*" (Collière, 2003: 182) assumindo grande importância durante a adolescência.

Na fase da adolescência, é maior o impacto que as alterações na autoimagem podem provocar, a nível físico, psíquico e social, em relação a outras fases do ciclo de vida. Esnaola, Rodríguez & Goñi (2011) referem que a insatisfação com a imagem corporal é mais notória no sexo feminino e durante a adolescência.

Segundo Salter (1992) e Collière (2003), o conceito de autoimagem é reconhecido como pertinente na prática de enfermagem há várias décadas, contudo pouco se escreve explicitando os cuidados de enfermagem relacionados com esta problemática. Salter (1992), realça a necessidade dos enfermeiros contemplarem nos planos de cuidados, os cuidados relacionados com os problemas da alteração da imagem corporal. Qualquer doença ou intervenção que afete a imagem corporal, quer seja momentânea ou permanente, requer dos enfermeiros determinados cuidados, iniciando-se numa explicação cuidadosa (Opperman & Cassandra, 2001). A intervenção de ajuda de enfermagem à pessoa, que sofre estas alterações corporais, quer estejam ligadas a uma dificuldade congénita, doença, envelhecimento ou traumatismo, pode tocar diversas dimensões das suas perceções e do seu processo de adaptação, como refere Phaneuf (2005).

Embora a autoimagem ou imagem corporal seja um foco de atenção, definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), e reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011b), na minha prática diária, tenho consciência que na prestação de cuidados de enfermagem às crianças, nomeadamente adolescentes, com alterações corporais, tais como amputações, esfacelos da face, cirurgia de escoliose, circuncisão, cirurgias cranianas, entre outras, não são explicitados os cuidados com a imagem corporal. Esta inquietação levou-me a que na Unidade Curricular Estágio com relatório, eu focalizasse a minha atenção para além do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, no papel do enfermeiro na promoção da autoimagem no adolescente com alterações corporais.

O problema relacionado com a autoimagem vivido pelos adolescentes, insere-se não só no contexto de desenvolvimento em que se encontram, mas também no processo de saúde-doença, nos adolescentes que acompanho na minha prática a nível hospitalar. Nas intervenções de enfermagem dirigidas ao adolescente com alterações corporais, é preponderante ter em conta os três níveis de prevenção, nos quais se deve intervir de forma a minimizar o impacto da doença aguda ou crónica na sua autoimagem. Nesta matéria a promoção do crescimento e desenvolvimento, deve ter por base também o desenvolvimento da autoimagem, de forma positiva (Hockenberry & Wilson, 2011).

Nas intervenções terapêuticas a estes clientes, o enfermeiro terá que ter em conta os Padrões de Qualidade da profissão (OE, 2002), a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2009), o REPE (Dec. Lei nº 161/96 de 4 de setembro, art. 9º), assim como o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009), no desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011a).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para compreender à luz da enfermagem a problemática da autoimagem no adolescente com alterações corporais tive necessidade de aprofundar alguns aspetos com esta relacionados. Assim, neste capítulo irei debruçar-me sobre os aspetos específicos da adolescência, da autoimagem nesta fase do desenvolvimento humano e ainda vou procurar compreender as transições do adolescente e as alterações da imagem corporal como foco de atenção de enfermagem, à luz da teoria de Meleis.

2.1. A adolescência – transição de desenvolvimento

A adolescência é um período de transição, entre a infância e a fase adulta, um tempo de rápido amadurecimento físico, cognitivo, social e emocional (Kollar, 2011). De acordo com a World Health Organization (1986), a adolescência é o período entre os 10 e os 19 anos de vida de um indivíduo, mas apesar destas idades de referência, nem o seu início nem o seu fim estão claramente definidos (Papalia, Olds & Feldman, 2001). A adolescência situa-se entre o último estágio de desenvolvimento infantil e o início do estágio de adulto, é *“uma transição de desenvolvimento entre a infância e a idade adulta, que implica importantes mudanças inter-relacionais ao nível físico, cognitivo e psicossocial”* (Papalia, Olds & Feldman, 2001: 508). Outros aspetos do desenvolvimento são também referidos por Hesselgrave (2011), tais como o desenvolvimento psicossocial, moral e espiritual. Para Sprinthal e Collins (2008), existe na adolescência um surto de crescimento dos adolescentes em que,

as transformações físicas da adolescência começam quando o hipotálamo, área situada na base do cérebro, estimula a glândula pituitária a segregar determinadas hormonas. As hormonas por seu lado, estimulam os ovários, os testículos e as glândulas adrenais a produzir outras hormonas. (Sprinthal & Collins, 2008: 45)

Assim, o corpo da criança, nesta fase, irá sofrer alterações que caracterizam a puberdade, e que se expressam predominantemente pela maturação sexual. O momento em que se inicia esse processo, segundo Sprinthal e Collins (2008), tem a ver com vários fatores biológicos, genéticos e ambientais. A nível da hipófise verifica-se o início da estimulação hormonal, que leva ao desenvolvimento dos órgãos sexuais e de certas partes do corpo, o que geralmente ocorre primeiro nas raparigas que nos rapazes. Este processo é liderado pelas hormonas, lançadas diretamente na corrente sanguínea, estas afetam o metabolismo do corpo e, por isso, o seu crescimento e são responsáveis pelo desenvolvimento, quer das características sexuais primárias, quer das características sexuais secundárias, segundo os autores supra citados.

Segundo Piaget (cit. por Dias & Fontaine, 2001), à medida que vão crescendo, os adolescentes entram no nível mais alto de desenvolvimento cognitivo, sendo este atingido quando está desenvolvida a capacidade para o pensamento abstrato; este estágio é denominado de "operações formais". Esta competência cognitiva permite aos adolescentes escolherem a vocação ou carreira, fazerem planos para o futuro, devendo esta competência ser utilizada para maximizar as suas capacidades na tomada de decisões. Os adolescentes utilizam o raciocínio dedutivo, o que significa que tiram conclusões tendo em consideração conhecimentos gerais e aplicando-os a uma situação específica (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Erikson, (cit. por Opperman & Cassandra, 2001), designa a tarefa de desenvolvimento da adolescência como "identidade" *versus* "confusão de papéis". A "identidade" é a combinação única de características, através das quais uma pessoa se conhece a si mesma ou é conhecida pelos outros. Pelo contrário, a "confusão de papéis" é o comportamento pessoal baseado na resistência ou aceitação total de um comportamento social esperado, como oposto às escolhas individuais. Neste estágio, que se verifica dos 12 aos 18 anos, Erikson (cit. por Hesselgrave, 2011) salienta que a confiança que a criança possuía anteriormente sobre o seu corpo é abalada, tornando-se excessivamente preocupada com o modo como é vista pelos outros em comparação com o seu próprio autoconceito. O processo de desenvolvimento da identidade inicia-se no primeiro encontro entre filho e mãe, e em muito depende dessa relação; é da experiência de uma relação segura, deste "jogo"

de confiança entre ambos que se interioriza e se identificam as figuras significativas e são consideradas as primeiras formas de construção do "Eu", permitindo construir de forma saudável a sua própria identidade, segundo Erikson (1982).

A construção da identidade e da personalidade de um indivíduo estão intrinsecamente ligados à sua sexualidade, ao género e à aquisição de papéis associados à masculinidade e feminilidade. A construção da sua identidade sexual é uma das prioridades no desenvolvimento do adolescente.

Freud (cit. por Almeida, 2007), explica o desenvolvimento humano, recorrendo à teoria da evolução psicosexual. Segundo este autor, desde que nasce, a criança procura obter prazer de carácter sexual através de diferentes formas, que variam ao longo do seu processo evolutivo. A adolescência é a "fase genital" onde se salientam os conflitos emocionais e as pulsões sexuais.

Na fase da adolescência surge o interesse por ideologias, valores e problemas éticos, o que suscita no adolescente o desejo de reformular o mundo no sentido da perfeição (Papalia, *et al.*, 2001) também considerado por Kohlberg, (cit. por Opperman & Cassandra, 2001; Kollar, 2011), o desenvolvimento moral no adolescente.

No desenvolvimento da criança segundo Hesselgrave (2011), devemos ainda considerar o desenvolvimento espiritual, dado que a espiritualidade afeta a pessoa como um todo. Segundo Fowler (cit. por Hesselgrave, 2011), a adolescência corresponde ao estágio de desenvolvimento da fé, denominado "Fé individual-reflexiva". Neste estágio os adolescentes comparam os padrões religiosos dos seus pais, com os de terceiros e com as concepções científicas, procurando e fazendo escolhas, quanto ao que incorporar nos seus próprios padrões de valores.

Com todas estas significativas transformações corporais, psíquicas e comportamentais, surgem também importantes alterações na relação interpessoal e, conseqüentemente na reestruturação da autoimagem (Correia *et al.*, 2006), que se explicitará de seguida.

2.2. A autoimagem na adolescência

A autoimagem ou imagem corporal é um fenómeno de interesse desde o século XX. Ao abordar esta problemática vários conceitos devem ser clarificados, como autoconceito, autoestima e imagem corporal.

Para Hesselgrave (2011), o termo autoconceito inclui todas as noções, crenças e convicções que constituem o autoconhecimento individual e que influenciam o relacionamento com os outros, que se desenvolve no contacto com estes e com o mundo. Segundo a autora supracitada, no autoconceito estão incluídos o conceito de autoestima e o de imagem corporal. Segundo a mesma autora, autoestima refere-se a uma avaliação global que o indivíduo faz sobre si mesmo e a imagem corporal, componente vital do autoconceito, refere-se aos conceitos subjetivos e atitudes que os indivíduos apresentam em relação ao seu corpo. Nesta perspectiva, a autoimagem é composta por três componentes – fisiológica (percepção), psicológica (valores e atitudes) e social (na relação aos outros), inter-relacionadas entre si. Estas componentes constituem um fenómeno complexo, multidimensional que evolui e que se modifica no processo de crescimento e de desenvolvimento e, que interfere na formação da identidade. A imagem corporal desenvolve-se na infância e consolida-se no final da adolescência (Hesselgrave, 2011).

O conceito de imagem corporal engloba múltiplas dimensões, sendo um conceito singular que pode apresentar vários recortes. Na imagem corporal, segundo Fisher (cit. por Ribeiro & Tavares, 2011), podemos considerar três dimensões, com características próprias:

1. Percepção corporal, que engloba as seguintes noções:

- Desenvolvimento da percepção corporal - a criança começa a construir uma noção básica do mundo, através das suas experiências sensoriomotoras; a criança nasce sem consciência do seu corpo, esta vai sendo cada vez mais conhecedora do seu território corporal, processo no qual os pais têm um importante papel;

- Experiências de tamanho do corpo - as variações quanto ao tamanho atribuído ao corpo ou à parte dele envolvem sentimentos que o indivíduo tem em relação a este corpo; exemplos de distorção da percepção corporal são as pessoas com esquizofrenia, anorexia nervosa, obesidade, amputação, danos cerebrais ou sob

efeito de consumo de substâncias psicoativas. Algumas áreas do corpo são tipicamente sobrestimadas enquanto outras subestimadas.

2. Fronteiras corporais - existem diferenças individuais no modo pelo qual o indivíduo distingue o espaço ocupado pelo seu corpo, do espaço ocupado pelos objetos à sua volta, ou seja a distinção entre o interior e o exterior do corpo. Aspectos particulares do funcionamento das fronteiras corporais são os aspectos sociais, os aspectos da personalidade, as condições de enfrentamento e os padrões somáticos de respostas dos indivíduos.

3. Consciência corporal - inclui atribuição de significados a partes específicas do corpo e consciência geral do corpo.

As dimensões anteriores, segundo Fisher (cit. por Ribeiro & Tavares, 2011), influenciam os mecanismos psíquicos de defesa, os processos adaptativos a deficiências e a ansiedade corporal perante o *stress*, em cada indivíduo, como por exemplo em relação a uma doença ou a uma experiência de dor. Na perspectiva apresentada, há ainda a ter em conta a personalidade e as influências culturais, que modelam a imagem corporal.

É através do corpo que nos relacionamos, comunicamos com os outros e com o que nos rodeia, e experimentamos os sentimentos de outrem para conosco.

A percepção sobre a imagem corporal foi estudada em várias idades do ciclo de vida, sendo a insatisfação com a imagem corporal mais notória no sexo feminino e na adolescência (Esnaola, Rodríguez & Goñi, 2011), facto também evidenciado por Matos *et al.* (2012), no Projeto Aventura Social. Contudo, não devemos desvalorizar este aspecto também no sexo masculino.

Na adolescência, fase da vida em que ocorrem rápidas transformações físicas e também psicológicas, o adolescente sente dificuldades em ajustar-se a uma imagem corporal em constante mudança. Para o adolescente a construção da imagem corporal pode revelar-se difícil, devido às múltiplas opiniões que tem sobre si quando experimenta diferentes papéis e contextos. Este começa progressivamente a aperceber-se de que existe uma grande diferença entre a imagem idealizada por ele e a imagem que possui na realidade (Hochenberry & Wilson, 2011).

A grande preocupação do adolescente sobre o que os outros pensam de si, nomeadamente o seu grupo de pares, leva a que a imagem, que ele tem do seu

corpo, sendo uma imagem negativa do mesmo, possa ser fonte de insegurança, inibindo as relações com os outros.

Durante a adolescência, o corpo é alvo de grande atenção. Através do desporto, da maquilhagem, das roupas e acessórios, os adolescentes procuram a todo o custo embelezá-lo, para agradar aos outros e a si mesmos. Em grande parte os ideais de beleza são influenciados pelos meios de comunicação, que lhes fornecem mitos de referência. A realidade dos meios de comunicação não é percebida por todos os adolescentes de igual forma, mas interpretada e seleccionada segundo concepções prévias. Estas vêm confirmar os pontos de vista individuais dos adolescentes e os que agradam aos grupos a que estes pertencem, porque isso lhes permite comunicar com eles. Assim, os estereótipos acerca da imagem do corpo e as normas culturais sobre a atração exercem grande influência na percepção que os adolescentes têm sobre o seu próprio corpo, sendo estes padrões transmitidos pela família, pelos colegas e pela sociedade, por vezes de forma subtil (Sprinthall & Collins, 2008). Segundo estes autores devemos considerar que,

os efeitos das modificações físicas primárias da adolescência são socialmente mediados pelas reações do próprio adolescente e das outras pessoas. Nesta perspetiva, a autoimagem e a autoestima de um dado indivíduo refletem reações subjetivas, dele próprio e dos outros, à sua maturação biológica. Além disso, essas transformações são determinadas pelos padrões socioculturais, pelas normas e pelas expectativas (...). (Sprinthall & Collins, 2008: 67)

No adolescente doente, em crescimento e desenvolvimento esta vivência da alteração corporal é acrescida de todas as possíveis alterações corporais provocadas pelos tratamentos como fístulas arteriovenosas, cateteres peritoneais, aspeto cushingóide, hirsutismo, estatura baixa, amputações, cicatrizes, colostomias, vesicostomias e outras. Estas alterações, deixam marcas na aquisição da autoimagem, do autoconceito e portanto na aquisição da identidade pessoal do adolescente.

2.3. As transições do adolescente com alterações corporais

A transição é um conceito familiar nas teorias do desenvolvimento e nas teorias do *stress* e adaptação. Bronfenbrenner (2005) define transição como a passagem de um estado ou de uma situação para outro ao longo do ciclo de vida. Para este autor, quando o indivíduo vivencia situações de *stress* e desequilíbrio, necessita adaptar-se, mobilizando os seus recursos para enfrentar os problemas, para resolver de forma adequada a transição que está a ocorrer.

Para Chick e Meleis (1986), as transições recaem no domínio da enfermagem, quando são pertinentes à saúde ou doença ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados à saúde; a forma como os seres humanos lidam com as transições e como o meio afeta este domínio deverão ser preocupações centrais da enfermagem.

No âmbito da disciplina de enfermagem o modelo de transições foi desenvolvido por Schumacher e Meleis (1994). Para Chick e Meleis (1986: 237) transição é "*a passagem ou movimento de uma condição de estado, ou lugar para outro*". A transição acontece por ocorrência de um acontecimento significativo ou "ponto de viragem" que requer novos padrões de resposta (Schumacher & Meleis, 1994). A transição, de acordo com Meleis (1990), implica uma mudança no estado de saúde, nos papéis sociais, nas expectativas de vida ou nas capacidades.

Para Meleis (2010), transição é um conceito múltiplo que abrange todos os elementos no processo, tempo e percepção. O processo sugere fase e sequência; o tempo indica a ação de passagem limitada; a percepção relaciona-se com a transição para a pessoa que fez essa passagem. O tempo estende-se desde a antecipação da transição, à passagem até à estabilidade conseguida após a mesma.

Segundo Meleis (2010), existem conotações de tempo e movimento assim, a transição pode ser vista enquanto ligação da mudança como a experiência adquirida com o tempo. Em suma, transição reflete tanto o processo como as interações ambientais. Uma característica importante da transição é que esta é essencialmente positiva. A transição implica que a pessoa alcançou um período de grande estabilidade relativamente ao passado. Comparando com o estado de pré-transição, as mudanças podem parecer piores do que propriamente são, o que não significa

que esta transição não possa ser positiva. A transição completa irá significar a rutura e a desorganização associada com as circunstâncias prévias. Meleis (2010), salienta que a teoria com foco na transição pode lidar com perdas, mas também com ganhos. Temos ainda que considerar as características da transição, que são: processo, desconexão, perceção, consciência e padrões de resposta.

As condições que facilitam ou dificultam as transições podendo influenciar a qualidade da experiência de transição e as consequências da transição são: as expectativas, o nível de conhecimento e de capacidade, o ambiente, o nível de planeamento e o bem-estar físico e psíquico. Há ainda que ter em conta na teoria das transições, as propriedades das experiências de transição como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o intervalo de tempo, e os pontos e eventos críticos.

As transições bem sucedidas têm tradução nos indicadores: bem-estar subjetivo, mestria no desempenho de um papel, bem-estar nas relações e ainda qualidade de vida, adaptação, capacidade funcional, auto-atualização e transformação pessoal (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

Saliento o indicador mestria, este refere-se ao desenvolvimento de competências e condutas ao longo de todo o processo de transição, para gerir a nova situação; assim, à medida que os clientes se aproximam de um período de estabilidade, inerente ao término do processo de transição, os seus níveis de mestria irão indicar-nos os ganhos de saúde conseguidos no decurso de toda a experiência (Meleis *et al.*, 2000). Ao abordar estes indicadores, Meleis *et al.* (2000) referem a premissa de que uma transição saudável deve envolver uma reformulação da identidade da pessoa. Neste sentido, esta redefinição da identidade resulta do facto de a pessoa incorporar novos conhecimentos, com o objetivo de alterar os seus próprios comportamentos.

Pelo que foi referido anteriormente, a enfermagem ganha pela conceptualização cuidada das transições e das consequências em todas as variações biopsicossociais, em que são tidos em conta o ser humano, o ambiente e a saúde em inter-relação.

A abordagem das alterações ocorridas na adolescência, em enfermagem, tem sentido quando fundamentadas à luz do pensamento Meleis (2010). Fundamentar a

minha reflexão na teoria desta autora pareceu-me fazer sentido pelo facto de a adolescência ser um período de grandes e variadas transições relacionadas com a alteração da imagem corporal. Não se pode esquecer que o adolescente com situação de doença que provoca alterações corporais, passa por diferentes e simultâneos processos de transição, que estão invariavelmente relacionadas com a mudança corporal e o desenvolvimento.

Dos quatro tipos de transições, identificadas por Meleis (2010), que são foco de atenção do enfermeiro, tais como, desenvolvimento, situacionais, saúde-doença e organizacionais, neste trabalho irei centrar-me nas transições de desenvolvimento e nalguns casos na transição de saúde-doença, que ocorrem durante a adolescência.

Sendo a adolescência, um período em que várias transições ocorrem, uma das quais a transição na imagem corporal (Lauer, 1990, cit. por Meleis, 2010), esta não pode passar despercebida ao profissional de enfermagem, que permanece diariamente ao lado de quem procura a normalização na sua vida (Hochenberry & Wilson, 2011), num percurso de doença crónica, que poderá estar associada a vários procedimentos cirúrgicos ou a recuperação após um acidente.

Tendo em conta as terapêuticas de enfermagem, que visam dar resposta aos problemas dos clientes, com vista a atingir o seu bem estar, devem ser tidas em conta as características próprias do desenvolvimento do adolescente (Barros, 2003), na adequação destas mesmas terapêuticas. Sendo o enfermeiro que no ato cuidar estabelece contacto com os seus clientes, quer se encontrem em situação de doença aguda, crónica ou outros eventos (Meleis, 2010), a compreensão dos processos de transição pode ajudar a evitar os riscos inerentes à alteração da autoimagem do adolescente e promover comportamentos saudáveis tendo em conta a sua adaptação e integração social.

3. EXPERIÊNCIA FORMATIVA

Ao longo deste capítulo serão descritas as experiências mais relevantes, desenvolvidas nos diferentes locais de estágio, apresentadas segundo os objetivos traçados no projeto de estágio, com vista à aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Durante este percurso de realização do estágio tive especial atenção aos processos de transição pelos quais passam os adolescentes com alterações corporais e aos modos como promover o seu ajustamento a uma nova imagem corporal.

3.1. Locais de estágio

Os locais onde desenvolvi o meu estágio foram selecionados tendo em conta as competências que pretendia desenvolver, os objetivos do projeto, as recomendações da Ordem dos Enfermeiros, a disponibilidade de campos de estágio e a possibilidade de experienciar práticas de cuidados que fossem formativas e diferentes das desenvolvidas no meu local de trabalho. Um outro aspeto que tive em consideração, quando seleccionei os locais de estágio, foi pertencerem à área de influência do hospital onde trabalho, para que de algum modo pudesse sensibilizar os enfermeiros para a importância da continuidade de cuidados aos clientes que cuido. Desta forma, poderei contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à criança, jovem e família que usufruem de cuidados de enfermagem nestas Unidades de Saúde.

Tendo em consideração as premissas anteriores elaborei o cronograma do estágio que apresento em apêndice (Apêndice I), em que evidencio os períodos realizados nos diferentes campos de estágio, assim como, os períodos de atividades realizadas na ESEL, nos quais se incluem as orientações tutoriais que me permitiram concretizar a experiência que descrevo adiante.

3.2. Objetivos gerais de estágio

Tendo em conta a finalidade do estágio, que é desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança, ao jovem e à família numa perspectiva holística, além dos objetivos delineados para a Unidade Curricular, foi ainda definido um objetivo relacionado com a temática que me propus desenvolver. Assim, os objetivos gerais do estágio foram:

- **Prestar cuidados à criança, ao jovem e à família em situações de grande complexidade, relacionadas com o ciclo de vida, as doenças de mau prognóstico e a morte;**
- **Conceber, gerir e supervisionar cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica;**
- **Desenvolver competências específicas que me permitam promover a autoimagem positiva do adolescente, com alteração corporal no seu processo de saúde-doença, de modo a ajudá-lo nos seus processos de transição.**

Para cada local de prestação de cuidados de saúde onde desenvolvi o meu estágio, defini objetivos gerais e específicos, de acordo com as competências que me propus desenvolver.

Também, em cada local de estágio desenvolvi atividades, de acordo com os objetivos que havia definido (Apêndice VI).

Os primeiros quatro objetivos específicos são respeitantes aos dois primeiros objetivos gerais do estágio e os restantes relativos ao terceiro.

As atividades mais relevantes que desenvolvi, durante este processo formativo, serão descritas de acordo com cada objetivo específico.

Para clarificação dos objetivos e concretização das atividades descritas saliento a orientação tutorial que tive, e o apoio do/a Enfermeiro/a de Referência de cada campo de estágio, assim como os seminários na ESEL, realizados durante a experiência formativa.

3.3. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas

Do primeiro objetivo geral, decorreu o objetivo **conhecer cada campo de estágio quanto à sua dinâmica e filosofia.**

Este objetivo foi definido para todos os locais de estágio, conforme apresentado em apêndice (Apêndice VI), à exceção do local de estágio, onde desempenho a minha profissão.

Com a preocupação de desenvolver as competências comuns, do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a), no domínio da melhoria contínua da qualidade (art. 6º) e no domínio da gestão de cuidados (art. 7º), procurei conhecer o funcionamento dos diferentes serviços onde decorreu o estágio, quanto ao atendimento da criança, adolescente e família. Tendo em conta o enfoque do meu estágio, tive particular atenção aos adolescentes com alterações corporais, em cada campo de estágio.

Para concretizar este objetivo realizei diversas atividades, tais como:

- ✓ Reuniões de trabalho com os Enfermeiros Chefes e EESIP dos Serviços onde realizei estágio;
- ✓ Reflexão com os Enfermeiros de Referência, sobre os recursos físicos, materiais e humanos utilizados para dar resposta às necessidades dos clientes;
- ✓ Consulta e leitura de documentos referentes à missão, objetivos e funcionamento das diferentes Instituições;
- ✓ Revisão sobre o modelo teórico de Nancy Roper (Roper, Logan & Tierney, 2001).

Em todos os locais onde realizei estágio, os cuidados centrados na família, com base na parceria, eram o centro da filosofia de cuidados. A parceria, conceito integrado nos cuidados centrados na família, assenta na informação, no respeito, na participação e colaboração efetiva dos intervenientes, em que a família e cliente tomam parte nas decisões sobre a sua saúde (Lee, 2007). É de notar que embora fazendo parte da filosofia dos serviços, os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados nem sempre são praticados, o que está de acordo com o que refere a autora atrás citada.

Para a minha prática como futura Enfermeira Especialista foi importante conhecer a utilização de diferentes recursos físicos e materiais, outros métodos de distribuição de trabalho, em que saliento o papel do Enfermeiro de Referência, em alguns Serviços e várias formas de registo dos cuidados de enfermagem, nomeadamente a Triagem de Manchester, Soarian e SAPE. Ter contacto com novas abordagens de cuidar, de gerir os cuidados foram para mim uma mais-valia, na medida em que permitiram refletir sobre a forma como cuidava, introduzir algumas alterações na minha prática de cuidar e utilizar outros instrumentos, como por exemplo a escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). O contacto e utilização da escala NIPS na UCIP, permitiu-me complementar os meus conhecimentos no que se refere à avaliação da dor nas diferentes faixas etárias. Também estive atenta ao modo como em cada local ou cada profissional punha em ação os cuidados não traumáticos. Desta forma, foi possível melhorar as minhas competências na avaliação da dor e na adequação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da mesma.

A utilização do modelo teórico de Nancy Roper, na maioria das Instituições Hospitalares, levou-me a rever este mesmo modelo e, possibilitou-me a sua aplicação a crianças e adolescentes em particular com autoimagem comprometida.

O conhecimento da dinâmica dos diferentes locais de estágio permitiu-me realizar de forma mais adequada, a articulação, após o internamento, entre o SCP onde trabalho e outras Instituições de Saúde. Neste processo de articulação realço o encaminhamento para o CS após a alta e a transferência para o SRPD, procurando dar continuidade aos cuidados e rentabilizando recursos conforme preconizada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2012).

Prestar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, tendo em conta a faixa etária, o estágio de desenvolvimento, o processo de saúde-doença e o contexto sociocultural, aos três níveis de prevenção, foi outro objetivo definido para dar resposta aos objetivos gerais.

Este objetivo foi transversal a todos os locais de estágio, à exceção do SP (Apêndice VI). Na prestação de cuidados, procurei conhecer os clientes, tendo em consideração a sua idade, o estágio de desenvolvimento, o processo de saúde-

doença e o contexto sociocultural, para responder de forma adequada às suas necessidades.

Das atividades que me permitiram atingir este objetivo algumas foram desenvolvidas em todos os campos de estágio e outras foram apenas desenvolvidas em locais específicos. Em todos os locais do estágio destaco as seguintes atividades:

- ✓ Pesquisa e leitura de bibliografia de apoio, tais como o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e outras normas emanadas pela DGS, documentos relacionados com o desenvolvimento infantil e comunicação com a criança assim como as orientações para a prestação de cuidados de cada instituição e serviço. Foi ainda minha preocupação fazer leitura de algumas publicações relativas a evidência científica relacionadas com os cuidados de saúde da criança;

- ✓ Prestação de cuidados à criança e jovem tendo por base:

- Os cuidados não traumáticos
- Os cuidados centrados na família
- A parceria de cuidados

- ✓ Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem de cada cliente;

- ✓ Estabelecimento de relação de ajuda;

- ✓ Apoio no exercício adequado das responsabilidades parentais, tendo em conta os princípios deontológicos e as competências próprias da profissão;

- ✓ Detecção de comportamentos de risco;

- ✓ Promoção de hábitos saudáveis;

- ✓ Articulação com outras Instituições e profissionais de saúde de modo a garantir a continuidade dos cuidados.

Na UCIP, pela sua especificidade, a minha intervenção foi uma observação participante. Das diferentes atividades que tive oportunidade de realizar destaco:

- ✓ A participação nas visitas domiciliárias feitas a diversas crianças com diferentes necessidades de cuidados, realizadas pelos enfermeiros desta Unidade, utilizando a UMAD. Estas visitas possibilitaram-me:

- Colaborar na integração de uma criança com ventilação não invasiva, no domicílio e preparação da sua ida para a escola;

- Colaborar na preparação da transferência de uma criança com paralisia cerebral e ventilação não invasiva para Cabo Verde, de onde era proveniente.

No SUP tive oportunidade de prestar cuidados a crianças em situação de urgência e emergência, em vários postos de trabalho (triagem, reanimação, sala de observações, aerossóis e tratamentos). A atividade que destaco e que me proporcionou mais competências na tomada de decisão em situação de urgência foi

- ✓ A realização de consultas para triagem, a crianças e adolescentes.

NO CS desenvolvi atividades mais relacionadas com a promoção da saúde da criança.

- ✓ Consulta dos diferentes programas relacionados com a saúde infantil, tais como - vacinação, saúde escolar, saúde oral, educação sexual em meio escolar, plataforma contra a obesidade, crianças e jovens em risco, programa nacional de controlo da asma;

- ✓ Realização de consultas de enfermagem a crianças, de todas as faixas etárias e também a alguns adultos jovens, com doenças crónicas, tais como com cardiopatia, asma, diabetes e drepanocitose que pela sua situação de saúde são seguidos na consulta de saúde infantil;

- ✓ Realização de consultas de enfermagem, de acordo com o programa de saúde infantil, recomendados para cada "idade-chave" (DGS, 2012), com rastreio visual e auditivo;

- ✓ Administração de vacinas a crianças de diferentes grupos etários, de acordo com o programa de vacinação em vigor.

No SCP prestei cuidados gerais às crianças tendo maior atenção ao acompanhamento individualizado de cada uma delas desde a admissão até à alta, das quais destaco:

- ✓ A preparação da criança e adolescente para procedimentos de enfermagem, quer em regime de ambulatório quer em internamento.

No SRPD das atividades desenvolvidas saliento:

- ✓ Colaboração no acolhimento da criança ao serviço;

- ✓ Participação em reuniões de admissão e alta com a finalidade de preparar a criança, adolescente e pais para o regresso ao seu contexto sociofamiliar e escolar, tendo em atenção sua situação de saúde e necessidades especiais;

✓ Participação na realização de consultas, exames complementares de diagnóstico, tratamentos e programa "Treino das atividades de vida diárias" em crianças e adolescentes com doença crónica.

Duas visitas domiciliárias realizadas durante o estágio na UCIP possibilitaram-me o contacto com os recursos da comunidade e com as famílias no seu contexto familiar. Nestas situações tive oportunidade de vivenciar de perto e *in loco* as necessidades sentidas e verbalizadas por estas famílias, quer a nível das más condições habitacionais, quer de fracos recursos económicos que contribuíram para a reavaliação dos planos de cuidados estabelecidos para estas crianças, após a alta.

No CS realizei consultas às crianças e jovens em situação de saúde, de acordo com o preconizado pelo Programa de Saúde Infantil e Juvenil e em situação de doença. A maioria das consultas que realizei foram a crianças recém-nascidas. Em todas as consultas foram enfatizados os cuidados antecipatórios em várias áreas de intervenção como a amamentação/alimentação diversificada, imunização, higiene e vestuário, sono e repouso, brincar, disciplina, segurança, afetos e sexualidade, de acordo com as faixas etárias e problemas identificados. Nas consultas, em particular, naquelas em que era realizado o exame global de saúde dos 11 aos 13 anos, pude treinar a entrevista ao adolescente saudável, de uma forma sistematizada, tendo como foco de atenção o seu desenvolvimento. Durante o estágio tive oportunidade de participar em consultas de planeamento familiar e saúde materna, realizadas a adolescentes que faziam vigilância de saúde no CS.

A preparação para a alta e integração da criança e adolescente no seio sociofamiliar, foi uma atividade a que dei mais atenção no estágio no SRDP. Desta atividade destaco a programação de visitas dos amigos durante o internamento, saídas a locais públicos em cadeira de rodas e articulação com a escola, de modo a informa-la dos tratamentos realizados e a prepará-la para a receção da criança vulnerável e com limitações.

No estágio, no SCP, centrei a minha atenção na preparação dos clientes para os procedimentos invasivos, mobilizando e pondo em prática conhecimentos adquiridos ao longo do curso.

Resultante dos primeiros objetivos gerais, e relacionado com o objetivo anterior, também me propus **aprofundar conhecimentos, quanto à avaliação do desenvolvimento infantil, nas diferentes faixas etárias, com enfoque na adolescência.**

Este objetivo foi definido por ter identificado a necessidade de desenvolver competências relacionadas com a avaliação do desenvolvimento infantil. Para atingir este objetivo desenvolvi as seguintes atividades:

- ✓ Pesquisa sobre as teorias do desenvolvimento infantil;
- ✓ Utilização de instrumentos de avaliação do desenvolvimento - Teste de Mary Sheridan, e registo das avaliações na aplicação informática, utilizada no CS;
- ✓ Utilização das recomendações, no que se refere às atividades promotoras do desenvolvimento preconizadas para cada idade (DGS, 2012);
- ✓ Avaliação do desenvolvimento físico dos clientes ao longo do estágio, realizando os registos no Boletim Individual de Saúde na consulta de enfermagem, de saúde infantil (CS) ou na admissão pré-operatória e alta hospitalar (SCP).

Para fundamentar a avaliação do desenvolvimento infantil fiz leituras relacionadas com as teorias do desenvolvimento, tendo por base os autores de referência, tais como Barros (2003), Erickson (1982), Hesselgrave (2011), Papalia, Olds e Feldman, (2001) centrando a minha atenção sobre o desenvolvimento do adolescente.

É de salientar a oportunidade que tive de treinar a avaliação do desenvolvimento infantil em todos os contextos da prática, mas foi particularmente no estágio em CS, onde foi possível a aplicação desses instrumentos, nomeadamente o Teste de Mary Sheridan, de forma sistematizada.

O facto de treinar a avaliação do desenvolvimento infantil no CS alertou-me para a sua importância e motivou-me para a sua aplicação de forma sistemática no meu contexto profissional.

A consulta e a utilização das recomendações relacionadas com a promoção do desenvolvimento, em cada idade, segundo Mary Sheridan, no decorrer da consulta de enfermagem no CS, alertaram-me para alguns aspetos relacionados com a promoção do desenvolvimento da autoimagem. Tendo em conta a importância do desenvolvimento da autoimagem ao longo da infância e apercebendo-me da lacuna

de informação sistematizada em diferentes locais de estágio, organizei e liderei momentos de reflexão sobre esta temática. Na sequência destes momentos de partilha realizei um *poster* com informação referente a este aspeto em cada fase da infância, que ficou afixado nas Unidades Prestadoras de Cuidados (Apêndice VII).

Nos adolescentes, as avaliações do desenvolvimento físico e mental, no estágio em CS basearam-se no documento de Caetano, Cebolais e Ferreira, (2009), existente para o efeito. As alterações detetadas foram registadas no Boletim Individual de Saúde e no SAPE.

Não só na criança saudável, mas também na criança com doença aguda ou crónica necessitei fazer a avaliação do desenvolvimento, para adequar as intervenções terapêuticas de enfermagem, como defendem Opperman e Cassandra (2001).

De acordo com Bellmen *et al.* (cit. por OE, 2010: 71), "*promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo*". Contudo, apercebi-me que nos diferentes Serviços Hospitalares não é utilizado, de forma sistematizada, um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil como seria desejável, na medida em que este é utilizado apenas em consultas específicas de desenvolvimento.

Ao longo de todo o estágio tive a preocupação de fazer a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, de acordo com o algoritmo recomendado pela OE (2010).

O objetivo **utilizar técnicas de comunicação com a criança e adolescente, de acordo com a idade, o estágio de desenvolvimento e a cultura**, é subsequente ao primeiro objetivo geral e está relacionado com os dois objetivos anteriores.

Desenvolver competências de comunicação com a criança, particularmente com o adolescente foi um requisito para a abordagem da problemática da autoimagem com os clientes desta faixa etária com alterações corporais, uma vez que esta se enquadra na "zona íntima" da pessoa (Phaneuf, 2005).

Para a consecução deste objetivo as atividades realizadas foram:

- ✓ Leituras de documentos sobre a comunicação, dando ênfase aos que se relacionam com o adolescente, em particular, quanto à realização da entrevista (OE, 2010);
- ✓ Utilização de princípios científicos na comunicação com a criança, adolescente e sua família;
- ✓ Elaboração de norma sobre "Comunicação com o adolescente e família" durante o estágio no SCP (Apêndice V).

A comunicação é definida por Phaneuf (2005) como sendo um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. Nesta perspectiva, a comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, através da forma de agir dos intervenientes. A comunicação verbal deve basear-se numa linguagem simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias, assim como às reações com quem se estabelece a comunicação. As mensagens não verbais transmitidas devem ter em conta os gestos, a mímica, reações emotivas, palidez/rubor da pele, suor, alteração do ritmo respiratório (Phaneuf, 2005).

A comunicação é uma habilidade imprescindível a utilizar na relação com a criança, adolescente e família, que atribuem significados a cada gesto ou movimento realizado. De facto, na comunicação com crianças em qualquer idade, os componentes não verbais do processo de comunicação transmitem as mensagens mais importantes que as palavras (Hockenberry, 2011). No caso dos adolescentes em particular a disponibilidade para os ouvir, sentarmo-nos a seu lado, mesmo sem palavras, transmite-lhes segurança, fá-los sentir que existe alguém que se preocupa e em quem podem confiar. Desta forma, saber ouvir é uma das melhores formas de oferecer apoio, criando uma atmosfera receptiva e de aceitação com o adolescente e família, estabelecendo uma relação terapêutica.

A comunicação, verbal e não-verbal, está relacionada com a componente social da autoimagem da pessoa como salienta Hesselgrave (2011). Neste sentido Collière refere que,

os cuidados do parecer procuram limitar, atenuar, a degradação da imagem do corpo, assim como o sentimento de decadência que provoca ocasionando um sofrimento moral que pode

por vezes ser mais intolerável que o sofrimento físico. Estes são de uma importância capital para manter o desejo de comunicação e partilha. (Collière, 2003: 184)

Na prestação de cuidados, é um propósito da enfermagem, desenvolver um processo de comunicação entre quem cuida e quem é cuidado, que tenha em conta a promoção da integração do cliente num contexto o mais próximo possível da sua normalidade. Para que tal seja possível, o respeito pelos aspetos culturais é determinante. A comunicação é parte integrante da intervenção de enfermagem em todas as situações e está naturalmente interligada com a relação terapêutica que se estabelece. Ao longo do estágio, o treino da habilidade de comunicação permitiu-me desenvolver uma maior perícia na atenção a pormenores que por vezes passam despercebidos como o tom de voz, a expressão facial e a postura dos clientes. Esta experiência formativa também me alertou para a autorreflexão, relacionada com a expressão não verbal por mim transmitida, permitindo deste modo o autoconhecimento e alteração de atitudes e de comportamentos, privilegiando a privacidade, confidencialidade e proteção de dados.

A comunicação é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem, contudo várias dificuldades foram manifestadas pelos enfermeiros nesta área, as quais me foram transmitidas em reunião de trabalho com a Enfermeira Chefe (SCP), como uma necessidade identificada pelos enfermeiros. Com base nas leituras e reflexão que fiz, elaborei uma norma sobre "Comunicação com o adolescente e família", durante o estágio no SCP (Apêndice V) para o mesmo Serviço. Esta norma foi elaborada segundo o modelo em vigor na Instituição, de forma a poder ser aprovada e utilizada no meu contexto de trabalho.

Na sequência dos dois primeiros objetivos gerais, defini como objetivo específico **aumentar os meus conhecimentos sobre processos de transição, de acordo com a teoria das transições de Meleis.**

Segundo a teoria das transições (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010), os clientes que estão em processo/processos de mudança, são o alvo dos cuidados de enfermagem. Nos diferentes locais de estágio foram realizadas várias atividades para atingir este objetivo, das quais saliento:

- ✓ Pesquisa e estudo sobre a teoria das transições de acordo com Meleis;
- ✓ Pesquisa e estudo sobre o desenvolvimento infantil;
- ✓ Elaboração de reflexões escritas (jornais de aprendizagem) sobre as diferentes transições identificadas durante as experiências práticas (Apêndice IX).

A transição bem sucedida, implica mudança e, portanto, adaptação a uma nova situação (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010). De acordo com esta teórica de enfermagem, uma transição bem sucedida deve ter resultados nos diferentes indicadores como a adaptação, o bem-estar, a autorrealização ou outros.

No caso da transição saúde-doença, vivenciada por crianças e adolescentes com doença crônica, implica adaptação a uma condição, que assenta no estabelecimento de um padrão de vida o mais próximo do normal possível - princípio da normalização. É papel do enfermeiro colaborar no processo de reorganização da família. Para tal é necessário avaliar os recursos internos e externos do cliente, assegurando que este tenha o suporte adequado que permita a sua funcionalidade, mesmo que sejam necessárias adaptações às necessidades especiais da criança e jovem (Hockenberry & Wilson, 2011). Segundo estes autores, importa fazer uma abordagem positivista, que focalize a sua apreciação e os cuidados do ponto de vista evolutivo, com base nas aquisições realizadas e na motivação para desenvolver as capacidades dos clientes, de acordo com as suas potencialidades. Esta perspetiva também é evidenciada no novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2012). Para facilitar o processo de transição, o enfermeiro deve ter em conta todo o *stress* que acompanha a doença aguda ou crônica. Uma resposta do cliente de forma positiva, corresponde à adaptação à sua nova situação. O enfermeiro deve encorajar a expressão de sentimentos face às alterações corporais, de forma a melhorar a autoestima no regresso às atividades sociais, preparando-o progressivamente para a saída do hospital (Salter, 1992). Para promover esta adaptação, o enfermeiro deve saber identificar as estratégias de *coping* e os mecanismos de defesa manifestados pelos clientes ao lidar com as adversidades. Na infância e na adolescência, a aprendizagem e a incorporação de estratégias de *coping* são ainda parciais e estão em parte associados à capacidade dos pais e das pessoas importantes, nesta etapa de desenvolvimento ao lidarem com o *stress*, influenciados pelas características individuais e o contexto social (Assis, Pesce &

Avanci, 2006). As habilidades de *coping* focalizado nos problemas são adquiridas até aos 8 a 10 anos e as habilidades focalizadas nas emoções tendem a aparecer mais tardiamente na infância, desenvolvendo-se apenas na adolescência (Assis, Pesce & Avanci, 2006). Tendo em conta o que foi referido anteriormente foi minha preocupação adequar as intervenções terapêuticas, de forma a permitir atingir os resultados de uma transição bem sucedida, de acordo com a idade, o desenvolvimento e a cultura dos clientes. A pesquisa e estudo realizados sobre a teoria das transições de Meleis e sobre o desenvolvimento infantil, permitiram-me analisar as diferentes reações emocionais de crianças e família, definindo estratégias de intervenção, com a finalidade de ajudá-los nos seus processos de transições, quer de desenvolvimento ou/e de saúde-doença, bem sucedidos.

Em relação ao terceiro objetivo geral do estágio, defini objetivos específicos, que serão referidos a seguir, assim como as atividades realizadas para os atingir.

Identificar as dificuldades dos adolescentes, quanto à aceitação da imagem, em diferentes momentos da transição foi um objetivo específico decorrente do terceiro objetivo geral.

O conhecimento do cliente, incluindo as suas dificuldades, permitiu-me planear terapêuticas de enfermagem, na promoção do processo de transição. Para atingir este objetivo foram realizadas as seguintes atividades:

- ✓ Consulta de evidência científica sobre o assunto;
- ✓ Promoção de expressão de emoções, sentimentos e dificuldades face às alterações durante o desenvolvimento e no processo de saúde-doença, em particular quanto à autoimagem;
- ✓ Registo das observações dos adolescentes no que diz respeito aos comportamentos observados e dificuldades verbalizadas e sentidas pelos mesmos, durante a prestação de cuidados (Apêndice III), utilizando grelha de observação construída previamente, tendo por base a teórica Meleis (2010);
- ✓ Realização de reflexões (jornais de aprendizagem), em cada local de estágio, sobre alguns dados recolhidos durante a experiência formativa (Apêndice IX).

A pesquisa na evidência científica sobre a autoimagem proporcionou-me conhecimentos sobre as reações dos clientes face a alterações corporais ocorridas em processos de transição ou transições, tais como as de desenvolvimento e de saúde-doença. Na perspectiva dos adolescentes, algumas dificuldades são reportadas na evidência científica, e que devem ser consideradas na transição de desenvolvimento, que ocorre na fase da adolescência (Meleis, 2010). As alterações corporais, nem sempre são percebidas pelos adolescentes de forma positiva. Nos resultados apresentados por Matos *et al.* (2012), é evidente a insatisfação entre a imagem corporal desejada e a imagem corporal real, com maior impacto no sexo feminino. Esta insatisfação tem grande influência do contexto social (Esnaola, Rodríguez & Goñi, 2010) e poderá originar problemas mais complexos nos adolescentes, como referem Fonseca e Matos (2005) quanto à inter-relação entre o excesso de peso, a atitude em relação à aparência e o potencial isolamento social, em estudo realizado na população do ensino secundário, com base no IMC e no desenho da silhueta do corpo humano. Adolescentes a vivenciar a transição de desenvolvimento, são influenciados nas suas crenças sobre o crescimento físico, pelo conceito de beleza da sociedade atual, que realça em particular os aspetos físicos do crescimento, como a magreza e a silhueta (Dixit *et al.*, 2011; Esnaola, Rodríguez & Goñi, 2010). No caso das jovens/adolescentes grávidas e puérperas, também é evidente a preocupação com a autoimagem como é referido por Graça, Figueiredo e Carreira (2011), na intervenção de enfermagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Quando a transição de desenvolvimento se associa à transição saúde-doença, surgem dificuldades acrescidas que podem comprometer a imagem corporal. Alguns estudos, realizados por enfermeiros, referem que os adolescentes com várias situações de doença, apresentam dificuldades relacionadas com a autoimagem desejada e a autoimagem real. Como exemplo, são referidas por adolescentes com lesão vertebro-medular as alterações físicas quanto à mobilidade, a incontinência e as alterações da sensibilidade (Pereira, 2004). No adolescente submetido a transplante renal são significativas as preocupações e dificuldades relacionadas com a autoimagem, associadas às limitações físicas decorrentes da doença crónica e dos efeitos da imunossupressão (Santos, 2006). Adolescentes com insuficiência

renal crónica, em regime de diálise peritoneal vivem diversas perdas, entre as quais a perda da imagem corporal prévia e da imagem corporal desejada provocando isolamento social (Morales & Castillo, 2007).

Durante o estágio tive oportunidade de prestar cuidados a adolescentes saudáveis e em situação de saúde-doença. Para adequar os cuidados a estes clientes, realizei uma grelha de registo de observações, onde registei dificuldades, sentimentos e preocupações verbalizados pelos adolescentes em cada campo de estágio (Apêndice III). Estes dados foram utilizados nas reflexões realizadas sobre os vários problemas relacionados com a autoimagem, tendo em conta adolescentes a viver diferentes tipos de transição. Dos dados recolhidos saliento alguns exemplos, de acordo com os processos de transição pelos quais os adolescentes estão a passar:

- Transição desenvolvimental - Foram observadas as preocupação do adolescente com o facto de apresentar fimose; a preocupação da adolescente saudável com as gorduras na anca ou com o peso; a preocupação da adolescente grávida sobre a pintura do cabelo durante a amamentação, ou com as estrias da gravidez.

- Transição saúde-doença - Foram identificadas a preocupação em manter os piercings durante o internamento ou manter as pulseiras durante a cirurgia, a recusa ou o desejo de receber os amigos no internamento, a recusa em receber os palhaços ou ir à sala de refeições em cadeira de rodas ou olhar-se ao espelho durante cuidados de higiene e/ou durante a reabilitação, a vontade de morrer, a dificuldade em aceitar a nova imagem após a cirurgia, a automutilação.

- Transição situacional: Foi identificada a emigração, em que dificuldades económicas associadas ao desemprego têm impacto na aquisição de ajudas técnicas para melhorar a aparência, como próteses ou perucas.

Ao promover a expressão de emoções por parte dos adolescentes, nos diferentes locais de estágio, verifiquei que durante o processo de transição, segundo Meleis (2010), as preocupações referidas vão-se modificando em diferentes momentos, como por exemplo no pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. O meu conhecimento das características do adolescente, foi decisivo para a compreensão das manifestações apresentadas pelo este, antes, durante ou após uma intervenção de enfermagem. Tendo em conta os deveres da profissão, procurei informar o adolescente das dificuldades que iria enfrentar durante as transições de

desenvolvimento e de saúde-doença como exemplos tão diversos como o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, a experiência de dor ou a necessidade de isolamento. Este ponto foi abordado com muita prudência, pois a informação dada não pode ser redutora das potencialidades e da esperança do adolescente. As aprendizagens teóricas e práticas, feitas nos diferentes contextos de estágio permitiram-me adequar os cuidados a cada adolescente, de acordo com as suas dificuldades, relacionadas com a sua aceitação da autoimagem.

O objetivo **aumentar os meus conhecimentos sobre a promoção da autoimagem no adolescente**, foi formulado para dar resposta ao terceiro objetivo geral do estágio.

Afim de promover a autoimagem, de uma forma positiva, em particular do adolescente com compromisso da mesma, foram realizadas as seguintes atividades, ao longo de toda a experiência formativa:

- ✓ Revisão bibliográfica sobre o tema - do ponto de vista dos adolescentes e/ou dos profissionais sobre o que é valorizado como promotor da autoimagem;
- ✓ Discussões sobre a temática com peritos da área em estudo no CMRA;
- ✓ Interações com adolescentes nos diferentes contextos de estágio;
- ✓ Reflexão escrita sobre as crenças dos clientes sobre o corpo.

Adolescentes com traumatismo vertebro-medular a vivenciar a transição saúde-doença referem como aspetos promotores da autoimagem a adoção de uma atitude positiva face à deficiência, a valorização de sentimentos de coragem, a aceitação, a esperança e o suporte dado pelos familiares, pelos amigos e profissionais de saúde (Pereira, 2004). Estes profissionais são considerados uma segunda família pelos adolescentes submetidos a transplante renal (Santos, 2006). A esperança relacionada com o transplante renal, enquanto caminho de recuperação das suas múltiplas perdas, entre as quais a autoimagem foi referida pelos adolescentes no estudo de Morales e Castillo (2007). Nesta alternativa terapêutica, a alteração da autoimagem revela-se um ponto bastante delicado, pois o corpo estranho, neste caso o rim, tem que ser aceite como parte integrante do próprio *self* e do seu corpo em crescimento, gerando ansiedade com níveis quase obsessivos, podendo levar ao

isolamento social (Auer, 2005). Os enfermeiros devem estar preparados para lidar com eventuais comportamentos de risco, como o não cumprimento da terapêutica e/ou da dieta e promover a adesão a comportamentos saudáveis.

Nas interações realizadas com as crianças e adolescentes, com doença do foro urológico, durante a prestação de cuidados, estes clientes revelaram algumas dificuldades acrescidas às que foram apresentadas nos estudos referidos, nomeadamente, no estágio no SRPD e no SCP, aquando da realização dos esvaziamentos vesicais. Durante estas interações, foram também manifestados o desejo de privacidade, de respeito pelo seu silêncio e de escolherem o profissional em quem mais confiam para a realização do procedimento. Na intervenção com doentes do foro urológico tive a preocupação de abordar o tema de forma a prepará-los para as alterações indesejadas, tais como a necessidade de realizar esvaziamentos vesicais intermitentes durante o dia, uso de fralda ou de saco de ostomia ou efeitos secundários da corticoterapia, em caso de transplante renal.

Durante a consulta de triagem no SUP, outro aspeto que se verificou incomodar os adolescentes de ambos os sexos, foi o peso. Apesar de abordados os riscos para a saúde associados à obesidade, este tema foi trabalhado com cuidado tendo em consideração as variações normais no tamanho e na forma do corpo, e considerando o estigma associado ao rótulo de "obesidade", como salienta Helman (2009). Para este autor, mudanças na dieta, no estilo de vida e na imagem corporal podem ser difíceis de atingir, se for considerando apenas uma abordagem puramente numérica ignorando o significado social do alimento, do horário das refeições e do corpo em si, para as pessoas envolvidas. Na prestação de cuidados destas crianças é importante ter em conta quatro áreas principais - crenças sobre forma e tamanho ideais do corpo, incluindo roupas e ornamentação; limites do corpo; estrutura interna do corpo e funcionamento do corpo (Helman, 2009). As crenças e as dificuldades devem ser avaliadas, tal como refere Meleis (2010), na aplicação das terapêuticas de enfermagem. Nas consultas de enfermagem que realizei, a par da avaliação do IMC, promovi hábitos de vida saudáveis, principalmente durante o estágio no SUP e no CS. O valor do IMC era discutido com as crianças, adolescentes e família, tendo em conta as curvas de crescimento atualizadas (DGS, 2012), mas também tendo em conta as crenças sobre o corpo e

cultura de cada cliente. As crenças sobre o funcionamento do corpo e a estrutura interna do mesmo, segundo Helman (2009), poderão influenciar experiências sensoriais dos clientes, nomeadamente a dor. Assim, a avaliação da dor foi feita para além da avaliação da mesma nas diversas escalas de dor, pois, tal como refere Schilder:

como o toque, a dor, mesmo quando superficial, também é sentida num nível que, psicologicamente, fica abaixo da superfície visual (percebida ou imaginada) do corpo. A dor precisa ser localizada e, assim, conectada com a organização da imagem corporal. (...) Parece que quando há qualquer dor na superfície do corpo, o modelo postural fica superenfocado neste ponto específico. Torna-se distorcido (...). (1999: 91)

Para Schilder (1999), o desenvolvimento da imagem corporal ocorre a par das experiências de dor sentidas desde criança, pelo que a dor não pode ser dissociada da imagem corporal, o que se compreende na promoção da autoimagem em clientes com amputação (membro fantasma) ou com lesões do córtex cerebral, entre outros. Segundo Oliveira (2009), as crianças/adolescentes de raça negra aceitam melhor o seu corpo em relação às crianças/adolescentes de raça branca, ou seja, têm maior satisfação corporal e são apoiadas na sua aparência física pela família. As crianças/adolescentes brancas tendem a desenvolver distúrbios alimentares, baixa autoestima e insatisfação corporal, por influência da sociedade, dos média e da própria família. Em termos culturais também podemos considerar uma maior insatisfação com a imagem corporal, nas raparigas em meio urbano, em relação ao meio rural (Dixit *et al.*, 2011).

Durante o desenvolvimento do estágio no SCP tive oportunidade de prestar cuidados a crianças/adolescentes submetidas a diferentes cirurgias, entre elas a circuncisão por motivos culturais ou religiosos. Assim, as crenças religiosas foram tidas em conta, de forma a promover a imagem corporal. Nestes cuidados foram envolvidos os adolescentes, mas também o seu contexto familiar e cultural. Nesta perspectiva do cuidado integral, as crenças sobre a sexualidade também foram consideradas pois,

só experimentamos nosso corpo como unidade, como um todo, quando o nível genital é harmoniosamente alcançado. Uma sexualidade genital inteiramente desenvolvida é indispensável para a apreciação completa da nossa imagem corporal. (Schilder, 1999: 152)

Dada a variedade de crianças com situações de saúde diversificadas, a promoção da autoimagem, não poderá obedecer a uma norma rígida, contudo uma das minhas

preocupações foi desenvolver cuidados culturalmente competentes, com suporte na pesquisa realizada.

A pesquisa na evidência científica permitiu-me ainda encontrar diferentes escalas utilizadas na avaliação da autoimagem, em adolescentes e outros grupos etários e em processos específicos de saúde-doença, que poderão ajudar na adequação dos cuidados de enfermagem tendo como alvo a promoção da autoimagem:

- Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2), de Garner, utilizada por Esnaola, Rodríguez & Goñi (2010);
- Eating Attitudes Test - 26, utilizado por Valença e Germano (2009);
- Maternal Adjustment and Maternal Atitudes, de Kumar, Robson e Smith, utilizada por Graça, Figueiredo e Carreira (2011);
- Escala de silhuetas representativa da raça branca; Escala de silhuetas representativas de raça negra de Elisabeth Collins; utilizada por Oliveira (2009).

Na continuidade do terceiro objetivo geral, defini para o estágio **conhecer as estratégias e técnicas utilizadas pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados a adolescentes com alteração da autoimagem.**

Em todos os contextos de estágio, a problemática da autoimagem foi alvo da minha atenção, de forma a desenvolver competências que me permitam ajudar o adolescente a aceitar a sua imagem corporal. Das atividades planeadas que me permitiram desenvolver estas competências, destaco:

- ✓ Pesquisa e leitura de documentos de referência sobre a temática, nomeadamente a evidência científica;
- ✓ Elaboração de grelha de observação das intervenções terapêuticas de enfermagem promotoras da autoimagem do adolescente, com base na teoria de Meleis (2010) (Apêndice III);
- ✓ Observação de terapêuticas de enfermagem utilizadas pelos enfermeiros, durante a prestação de cuidados;
- ✓ Registo das estratégias e técnicas de enfermagem identificadas e realizadas, na grelha de observação (Apêndice III);

✓ Registo dos dados recolhidos sobre esta temática durante as reuniões de trabalho com as Enfermeiras Chefes e EESIP (Apêndice IV).

Os dados recolhidos através da observação durante a prestação de cuidados e nas reuniões de trabalho realizadas com os Enfermeiros Chefes e EESIP, permitiram-me identificar algumas estratégias comuns aos vários contextos da prática, utilizadas pelos enfermeiros, assim como algumas encontradas na evidência científica:

- Elogio dirigido à aparência em geral, ou ao vestuário, ou ao penteado;

Considerando a transição de desenvolvimento experimentada pelos adolescentes, é fundamental ter em conta o elevado número de raparigas insatisfeitas com a sua autoimagem, a promoção de um peso saudável e do estado nutricional adequado (Dixit *at al.*, 2011). Esta problemática é também evidenciada por Fonseca e Matos (2005), tendo em conta o risco de problemas psicossociais relacionados com a obesidade nos adolescentes, entre os quais uma autoimagem negativa, que persiste na idade adulta, a qual deve ser abordada de forma preventiva. Esta deve ter início precoce, em adolescentes com excesso de peso e obesidade, para reduzir os problemas médicos e psicossociais associados.

- Recurso a figuras públicas como modelos a seguir e associações da comunidade;

A reabilitação de clientes com doenças estigmatizantes é exemplificada por Helman (2009), pela intervenção comunitária em doentes com lepra na Índia, em que o objetivo é mudar as atitudes da comunidade, quanto à tolerância e aceitação dos indivíduos com incapacidade.

Tendo em conta a transição saúde-doença, a promoção de grupos de ajuda, é utilizada de forma a facilitar esta transição. A promoção da esperança foi uma estratégia identificada na pesquisa realizada, utilizada pelos enfermeiros, para promover o *coping*, em adolescentes com "perda da autoimagem", como referem Morales e Castillo (2007).

A criatividade e o humor também são referidos por Assis, Pesce e Avanci (2006), como estratégias de *coping*, utilizadas em adolescentes, devendo estas ser utilizadas com cuidado, e tendo em conta a personalidade de cada um. Neste processo de ressignificar as cicatrizes, que doem no coração, o adolescente apoia-se em muitos mecanismos promotores de resiliência. As cicatrizes não se extinguem

pelo desporto ou pela arte, e o humor nem sempre é bem conseguido (Assis, Pesce & Avanci, 2006).

- Confronto com o espelho após uma cirurgia ou na reabilitação (UCIP, SRPD);

Na UCIP o recurso ao espelho é frequente durante os cuidados de higiene ao adolescente, para promover a sua autoimagem durante o internamento num local que onde a maquinaria e a técnica se sobrepõem ao ambiente familiar. Esta técnica também é referida por Serena, Scharf, Westfall e Pate (2010), por Salter (1992) e por Phaneuf (2005).

A confrontação com a nova imagem nem sempre é uma tarefa fácil. O desenvolvimento de técnicas específicas com crianças, em particular com adolescentes deve respeitar a fase em que se encontram. Na intervenção com adolescentes, Barros (2003) refere que,

as metodologias mais adequadas parecem ser a pesquisa e procura ativa de informação, automonitorização e definição de objetivos de mudança positivos, a programação de atividades, o confronto cognitivo, a descentração, a expressão emocional e o treino de competências de resolução de problemas. (Barros, 2003: 183)

Outras estratégias foram utilizadas na prestação de cuidados de enfermagem ao adolescente com alterações da autoimagem, tais como:

- O desenho da silhueta humana, em adolescentes com anorexia nervosa, reunião comunitária, sob o tema confiança, técnica de relaxamento corporal, painel/mural sobre beleza (SP);
- Promoção da adesão ao regime terapêutico (SUP, CS, SCP);
- Promoção da visita de amigos e colegas e promoção do uso de objetos pessoais durante o internamento (todos os campos de estágio);
- Dançaterapia em cadeira de rodas (SRPD).

Para cada adolescente, cabe ao enfermeiro avaliar as necessidades e aplicar terapêuticas individuais ou em grupo, tendo em consideração as diferentes e múltiplas transições pelas quais os seus clientes estão a passar, com o objetivo de ajudar a alcançar a estabilidade.

Em relação ao terceiro objetivo geral foi ainda definido o objetivo específico **aplicar técnicas específicas de intervenção no adolescente com alteração da autoimagem, promovendo a sua adaptação à mudança.**

Em cada local onde realizei o estágio, os enfermeiros realizam técnicas específicas, adequadas ao desenvolvimento da criança e adolescente, assim como à sua situação de saúde-doença. Na sequência do objetivo anterior, senti necessidade de aplicar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos, promovendo a adaptação do adolescente à nova autoimagem. Assim, foram realizadas as seguintes atividades:

- ✓ Preparação do adolescente para os procedimentos cirúrgicos (SUP, SCP);
- ✓ Participação em técnicas específicas utilizadas nos diferentes locais;
- ✓ Promoção de hábitos de vida saudáveis e mudanças de comportamento, nomeadamente na adesão ao regime terapêutico/vacinação;
- ✓ Articulação com outros técnicos de saúde de forma a dar continuidade às atividades propostas.

O desenho de uma criança antes da cirurgia pode revelar preocupações veladas sobre a mutilação, alterações corporais e perda do autocontrole, segundo Hochenberry e Wilson (2011). Nos adolescentes foram utilizados jogos, livros, folhetos de leitura durante o pré-operatório e pós-operatório (UCP). No SP participei em técnicas utilizadas como: construção de mural, sessão fotográfica no exterior, atividade de culinária (com adolescente anorética), sessão de relaxamento corporal, reunião comunitária e debate sobre beleza (Apêndice X). Também no SRPD, participei em técnicas específicas como realização de plano inclinado, exercícios de consciencialização da tosse, massagem terapêutica e treino vesical. Algumas destas técnicas que já utilizava antes passaram a ser utilizadas com uma intencionalidade terapêutica, de forma reflexiva, não só com o contributo da experiência partilhada pelos EESIP, mas de outras especialidades em enfermagem também.

Na minha intervenção, utilizei as técnicas de apoio narrativo preconizadas pela OE (2010) e dei especial ênfase à fase resolutiva da entrevista ao adolescente, tendo em vista a mudança de comportamentos por parte destes clientes .

Adolescentes com situações de saúde diversas, são referidos pela evidência científica como adolescentes com tetraplegia (Conceição *et al.*, 2010), ou submetidos a transplante renal (Kneinknecht, Neuhaus & Landolt, 2009), por apresentarem sintomas de depressão relacionados com alterações corporais. Foi minha preocupação avaliar e detetar sinais e sintomas que ultrapassem a normalidade, orientando para profissionais de saúde mental que promovam a

integração destes mesmos adolescentes (DGS, 2012; Ministério da Saúde, 2009). Alguns adolescentes foram encaminhados para o Serviço de Pedopsiquiatria, no estágio no SCP, contudo, seria importante existir a enfermagem psiquiátrica de ligação, nos serviços de internamento. Também estabeleci articulação com:

- A psicóloga, para preparação do adolescente para ver o seu membro amputado (SCP);
- As educadoras, para promover os cuidados com a aparência, utilizando o "*Kit de beleza*" em adolescentes com cirurgia craniana (SCP);
- As fisioterapeutas, para treinar o alinhamento corporal, e o plano inclinado em frente ao espelho (SRPD) e utilização de balões, guloseimas para estimulação sensorial em adolescentes vítimas de trauma (SCP).

Ao desenvolver o meu estágio também em locais diferentes do meu local de trabalho, considero importante a efetiva articulação que verifiquei existir, entre enfermeiros de diferentes especialidades na resposta às necessidades dos clientes.

Em consequência do terceiro objetivo geral defini como objetivo específico para o estágio **conhecer as necessidades de formação da equipa de enfermagem, quanto às transições vivenciadas pelo adolescente - desenvolvimento e imagem corporal.**

Como futura EESIP, tendo em conta as suas competências, como facilitadora da aprendizagem, enquanto intervenção autónoma de enfermagem, considerei importante conhecer as necessidades de formação dos enfermeiros. Este objetivo inicialmente foi definido para o último estágio, no meu contexto profissional, de forma a aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo da prática, pela seguinte atividade:

- ✓ Realização de reuniões com a Enfermeira Chefe e EESIP.

As necessidades de formação quanto à promoção da autoimagem no adolescente, foram expressas em todos os campos de estágio, quando apresentei o tema deste trabalho, nas reuniões com os Enfermeiros Chefes e EESIP dos diferentes serviços onde realizei o estágio.

Tendo em conta o objetivo anterior defini também como objetivo específico **contribuir para a formação da equipa de enfermagem, sobre a temática da autoimagem e adolescência, enquanto transições.**

Enquanto futura EESIP, procurei basear a minha praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, que se materializaram na auto e na hetero-formação realizada. Assim, foram realizadas dois tipos de atividades:

✓ Atividades de autoformação:

- Participação na conferência "Promoção da esperança nos processos de saúde-doença" (Anexo II), que me ajudou a compreender como adequar a esperança realista aos objetivos dos clientes;

- Participação nas II Jornadas da UCF do Hospital de Santa Maria "Velhos problemas, novos desafios", conforme anexo (Anexo II), que me permitiu conhecer melhor os problemas vivenciados pelos adolescentes em situações de grande complexidade, e compreender como são seguidas as crianças e jovens em risco, na área de Lisboa. A legislação e os seus constrangimentos foram abordados, em caso de aborto na adolescente. Também pude conhecer o trabalho dos diferentes técnicos e a articulação dos mesmos, no caso de crianças e jovens risco, contribuindo para o desenvolvimento de sinergias, na articulação dos recursos utilizados na minha prática profissional.

✓ Atividades de hetero-formação:

- Elaboração e apresentação de sessão de formação intitulada "A autoimagem no adolescente com alterações corporais - alguns contributos de enfermagem", nos diferentes contextos da prática, desde o primeiro campo de estágio, após divulgação nos Departamentos dos diferentes Serviços. O plano de sessão tipo utilizado, o *PowerPoint* realizado para a formação e o relatório desta atividade e avaliação da mesma apresentam-se em apêndice (Apêndice II).

- Elaboração do *poster* com o título "Desenvolvimento da autoimagem na criança" (Apêndice VII), nas dimensões de 50 centímetros de largura por 80 centímetros de altura, com apresentação oral, aos enfermeiros nos campos de estágio, e entrega em suporte de papel em todos os Serviços.

Estas atividades foram realizadas tendo em conta as necessidades de formação, diagnosticadas nas reuniões com os Enfermeiros Chefes e EESIP. O desenvolvimento infantil foi um foco de atenção, em todos os contextos da prática pelo que, senti necessidade de também explorar mais o desenvolvimento da autoimagem na criança, do qual resultou a elaboração do *poster* "Desenvolvimento da autoimagem na criança" (Apêndice VII). Este serviu de base à reflexão sobre a prática, em pequenos grupos de enfermeiros. No último estágio (SCP), o *poster* foi proposto pela Enfermeira Chefe para fazer parte da plataforma informática, do Departamento de Pediatria.

De acordo com o terceiro objetivo geral foi definido o objetivo **promover a reflexão sobre a problemática da autoimagem no adolescente, junto dos profissionais de enfermagem.**

Este objetivo foi definido dado o interesse demonstrado pelos enfermeiros dos campos de estágio, sobre a autoimagem no adolescente. Tendo em vista o desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, realizei a atividade:

✓ Partilha com os enfermeiros dos campos de estágio, de artigos de pesquisa da evidência científica, sobre promoção da autoimagem, e entrega de cópia dos mesmos para colocação nos manuais de formação de cada serviço (Apêndice IX). Os resultados de pesquisa de evidência científica foram selecionados tendo em conta os diversos contextos da experiência formativa, e muitos foram excluídos pelas múltiplas dimensões abrangidas.

De acordo com o terceiro objetivo geral foi traçado ainda o objetivo específico **promover a autoimagem positiva dos adolescentes, com alterações corporais aos três níveis de prevenção.**

Este objetivo foi delineado para o último estágio, no SCP, nas valências de internamento, ambulatório e bloco operatório. Para a sua consecução, foram realizadas as seguintes atividades:

- ✓ Avaliação do adolescente e família no momento de admissão;
- ✓ Promoção dos cuidados antecipatórios, fornecendo informações quanto aos cuidados de enfermagem nos procedimentos cirúrgicos ou de diagnóstico;
- ✓ Promoção da articulação e continuidade dos cuidados entre os Serviços e Instituições de saúde, no que diz respeito à alteração da autoimagem dos clientes.

A manutenção de uma autoimagem positiva é salientada por enfermeiros em adolescentes a realizar hemodiálise (Morales & Castillo, 2007) e adolescentes internados por tentativa de suicídio (Stein *et al.*, 2003), na evidência científica. Daqui se compreende a sua relevância em diferentes contextos práticos, como o SCP que, sendo um Serviço de Referência admite crianças até aos 18 anos. A intervenção de enfermagem abrange adolescentes com os mais variados diagnósticos médicos, como por exemplo cirurgia de ambulatório por circuncisão ou redução de fraturas na sequência de tentativa de suicídio, com internamentos prolongados. Neste serviço realizam-se cirurgias gerais, ortopédicas, neurocirurgias e cirurgias plásticas que implicam nalgumas delas cuidados como a tricotomia do couro cabeludo, manutenção de trações cutâneas e fixadores externos por longos períodos de tempo. Nos cuidados prestados foram tidos em conta os princípios relacionados com os cuidados atraumáticos e em particular quanto ao medo de alteração na autoimagem, no adolescente.

A fim de promover a autoimagem do adolescente de forma individualizada, foi fundamental realizar uma avaliação inicial em cada cliente a quem prestei cuidados. A colheita de dados, sobre os hábitos em casa e sobre a história de saúde foi realizada de forma sistematizada, tanto em regime de internamento como em ambulatório. A observação física permitiu-me verificar a presença de equimoses, sinais de abuso, limitações físicas e o estado físico geral, detetando precocemente alterações corporais. Através da entrevista, foi possível conhecer as preocupações quanto à doença, hospitalização e à própria intervenção cirúrgica. Desde a admissão que iniciei a relação de ajuda com o adolescente e família, que se prolongou até à consulta de pós-operatório em ambulatório, neste período de grande *stress* para estes clientes sendo, deste modo, importante a continuidade nos cuidados e o método de organização de trabalho por Enfermeiro de Referência.

As informações foram dadas de forma antecipatória, na preparação pré-operatória, realizada. Estas, incluíram as alterações corporais, resultantes da cirurgia ou da medicação e foram dadas tendo em conta a preparação para alta, com recurso a diversos folhetos, no sentido da promoção dos hábitos de vida saudáveis e da adesão aos cuidados, numa abordagem positiva. Tal como referem Brazelton e Greenspan (2006), no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento, a aceitação das diferenças individuais pelo próprio e pela família deve ser encarada precocemente, evitando o modelo negativo, centrado na doença. No processo de promoção da autoimagem no adolescente, privilegiei a participação deste cliente, incluindo a sua família nas atividades realizadas, com base na negociação.

Tendo em conta a continuidade de cuidados nestes clientes, transferidos entre Serviços ou Instituições onde realizei estágio, e considerando importante a articulação entre os diversos intervenientes, procurei explorar melhor este aspeto, nas reuniões de trabalho com os respetivos enfermeiros Chefes e EESIP. Os dados recolhidos (Apêndice IV), foram fundamentais na reflexão sobre a minha prática, de forma a melhorar a gestão dos cuidados prestados à criança, jovem e família e a melhorar a articulação entre equipas multiprofissionais. Nas atividades desenvolvidas passei a utilizar o Boletim Individual de Saúde de forma sistematizada, e as cartas de transferência, salientando o foco de atenção autoimagem e as intervenções realizadas na promoção da mesma, também referidas nos contactos telefónicos com os enfermeiros de referência das diferentes Instituições de Saúde. Assim, desenvolvi competências no domínio da gestão dos cuidados (OE, 2011a) ao preparar a alta hospitalar de adolescentes, com necessidade de cuidados na promoção da sua autoimagem.

Para além das atividades planeadas tive oportunidade de realizar observação participativa no bloco operatório do SCP (Setor onde não exerço atividades), nos cuidados prestados a adolescentes submetidos a cirurgias de quisto cerebral, quisto dermoide da calote e de fratura da rótula. Ainda, participei em cuidados como a admissão no bloco operatório, indução anestésica (escolha da música preferida do adolescente, para adormecer/acordar), cuidados pós-operatórios imediatos (recobro) e transferência para a unidade de internamento. As preocupações dos adolescentes foram salientadas pelos enfermeiros no bloco operatório tais como: pudor, número

de pontos da sutura, tamanho do penso, acordar e saber como correu a cirurgia ou saber se tem parafusos. O conhecimento destas preocupações e das intervenções de enfermagem no bloco operatório, permitiu-me dar respostas mais adequadas, na preparação pré-operatória (SCP) e nos cuidados pós-operatórios. Ainda, pude conhecer os projetos "Telefonema pré-operatório" e "Telefonema pós-operatório", que estão em fase de implementação no SCP, visto não existir uma consulta de enfermagem nesta área de intervenção.

Na promoção da autoimagem do adolescente, tive em conta os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no que diz respeito à diminuição do medo da cirurgia (OE, 2011c), à promoção de esperança e à preparação do regresso a casa da criança (OE, 2011d).

Sendo bastante abrangente este objetivo, a sua concretização continuará para além deste período temporal, em contexto profissional, pelo que foi elaborada uma proposta de intervenção do EESIP, com alguns princípios orientadores na promoção da autoimagem, em adolescentes com alterações corporais, no SCP (Apêndice VIII).

3.4. Reflexão sobre o percurso formativo

Nas diversas intervenções durante o estágio tive em conta os princípios do Código Deontológico (OE, 2009), nomeadamente quanto ao dever de informar o cliente e família, no que concerne aos cuidados de enfermagem, respeito, defesa e promoção do direito ao consentimento informado, proporcionando informação sobre os cuidados e recursos disponíveis. Na transposição destes princípios para a prática, pude desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a).

Das várias atividades realizadas realço as atividades de auto e hetero-formação que me permitiram desenvolver a responsabilidade de facilitar aprendizagens, em contexto de trabalho, na área da Especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, tendo em conta a necessidade em ver explicitada a problemática da autoimagem no adolescente.

A relação de ajuda foi uma terapêutica de enfermagem transversal a toda a prestação de cuidados à criança, adolescente e família em contexto de cuidados de

saúde primários ou de cuidados diferenciados. Esta técnica foi fundamental na prestação de cuidados, a adolescentes com alterações corporais, que verbalizaram preocupações com a sua autoimagem, quer em contexto do seu desenvolvimento, quer em contexto do seu processo de saúde-doença. A confiança estabelecida permitiu-me conhecer crenças, dificuldades, sentimentos relacionados com o corpo de adolescentes em crescimento e desenvolvimento. Deste modo, desenvolvi competências promotoras do respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais, dos quais realço a privacidade e a confidencialidade nos cuidados, tidas em conta na entrevista ao adolescente.

Ao longo do estágio, em cada contexto da prática, realizei reflexões (jornais de aprendizagem) sobre as minhas práticas, utilizando a teoria das transições de Meleis (2010), de modo a prestar cuidados baseados numa prática reflexiva, e que me ajudaram a ser agente facilitador das transições identificadas em cada cliente. Estas reflexões escritas foram partilhadas com a Professora Orientadora ao longo do estágio. Nas reflexões realizadas, também tive em conta a perspectiva interdisciplinar não só dos Enfermeiros Chefes e EESIP, mas também de alguns Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria e de alguns Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que comigo partilharam a sua experiência. Estes contributos permitiram-me complementar os conhecimentos da pesquisa sobre a problemática da autoimagem no adolescente, na intervenção com a criança, adolescente e família, em Serviços de internamento hospitalar diferentes do meu contexto profissional (SRPD, SP) e noutros contextos como o CS, UCIP ou SUP. Estudos sobre a perceção dos enfermeiros sobre a promoção da autoimagem em adolescentes, não foram encontrados.

O estágio de observação no SP contribuiu para aumentar os meus conhecimentos tendo em conta o encaminhamento necessário de algumas crianças e jovens para o SP, assim como na utilização da farmacoterapia que também utilizo enquanto profissional (SCP), quando a autoimagem se encontra comprometida, em adolescentes vítimas de trauma, com amputações ou outras sequelas.

Toda a minha intervenção no que respeita ao tema em estudo, teve por base a valorização do corpo, numa atitude positiva nos cuidados à criança e adolescente. Assim, tive em conta o contexto de desenvolvimento ou de saúde-doença, que altera

a autoimagem do adolescente, por exemplo no modelo postural, mas também tive em conta que "*o interesse dos outros pelo próprio corpo e as suas ações em relação ao corpo influenciarão o interesse que o sujeito tem pelas diversas partes do próprio corpo*" (Schilder, 1999: 151). Este aspeto foi explorado em relação à atitude dos pais face às alterações corporais, na criança, desde o período de recém-nascido, promovendo uma autoimagem positiva ao longo do desenvolvimento infantil, no desempenho das competências parentais.

Na prestação de cuidados privilegiei a comunicação, entre o cliente e o enfermeiro, e também a articulação e continuidade dos cuidados entre Serviços e entre Instituições, evitando a invasão do espaço do outro com procedimentos e perguntas repetidas e desnecessárias.

Apesar de centrar a minha atenção na identificação de estratégias utilizadas pelos enfermeiros na promoção da autoimagem dos adolescentes, não pude deixar de identificar também algumas dessas intervenções utilizadas com crianças em outras faixas etárias tais como: elogio sobre o controlo do corpo durante a vacinação, distração com brinquedos ou lengalengas, oferta de um diploma, (criança pré escolar e escolar), ou recurso ao humor dos "doutores palhaços" durante a realização de um penso. Na aplicação de técnicas específicas para promover a autoimagem também alarguei a minha intervenção a crianças em idade pré-escolar e escolar. Como técnica específica foi privilegiada a expressão criativa através da pintura de desenhos sobre a experiência no hospital, o desenho livre, o conto de uma história sobre a ida ao bloco operatório ou brincar com objetos relacionados com a cirurgia (SCP), ou com objetos utilizados na avaliação do desenvolvimento infantil (CS). Durante o estágio na UCIP foi utilizado um desenho para pintar (Anexo I), em que era pedido à criança para identificar as alterações corporais ocorridas no internamento, promovendo a expressão de emoções sobre o mesmo. De acordo com a competência que me propus desenvolver quanto à promoção da autoimagem, inicialmente no adolescente, adquiri conhecimentos e desenvolvi habilidades pelo que não pude deixar de refletir e intervir face à problemática em outras faixas etárias.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Tendo em conta as competências de perito, que pretendo alcançar, segundo os níveis de competência de Benner (2005), procurei ter um conhecimento fundamentado e contextualizado dos clientes, baseado numa perspetiva holística, na qual a alteração da imagem corporal foi tida em conta. As competências específicas decorrentes do Regulamento de Competências Específicas do EEESCJ (OE, 2011a), que me propus desenvolver, serviram de base para traçar os objetivos e atividades desenvolvidas, que foram apresentados anteriormente. Essas competências foram:

E 1. 1. 1 - Negoceia a participação da criança, do jovem e família em todo o processo de cuidar;

Esta competência foi desenvolvida durante todo o percurso formativo. Das atividades que me permitiram melhorar esta competência, saliento as reuniões multidisciplinares em que participei, no SRPD e no SP, com a presença do adolescente e familiares, nas quais eram negociadas estratégias com o adolescente e postas em prática com a colaboração de todos os intervenientes.

E 1. 1. 2 – Comunica com a criança, o jovem e família, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;

O período de estágio permitiu-me refletir sobre a utilização dessa mesma habilidade, tendo em conta os princípios científicos e com base no guia de boa prática, nomeadamente a entrevista ao adolescente (OE, 2010). O estudo e reflexão permitiram-me treinar esta competência, nos diferentes locais de estágio.

E 1. 1. 4 – Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças, aos jovens e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão de processos específicos de saúde/doença;

Em todo o percurso formativo adquiri habilidades especializadas, relacionadas com a utilização de novos recursos materiais (*kit* para esvaziamento vesical, plano

inclinado), humanos (Enfermeiro de Referência) e técnicos (debate, reunião comunitária). Também adquiri novos conhecimentos teóricos e práticos, quanto à promoção da autoimagem, na criança e no adolescente (recursos da comunidade, relaxamento corporal), em diferentes contextos de Cuidados Diferenciados e em Cuidados de Saúde Primários que passei a utilizar no meu local de trabalho. Passei a estar mais atenta aos adolescentes que necessitam de reabilitação ou de acompanhamento psiquiátrico após uma intervenção cirúrgica.

E 1. 1. 8 – Intervém em programas de saúde escolar;

Esta competência foi desenvolvida, com algumas limitações dada a época do ano em que decorreu o estágio no CS. A atividade principal realizada neste âmbito foi a programação de atividades para o ano escolar em curso, em equipa multidisciplinar. Tendo por objetivo contribuir para a promoção da autoimagem dos adolescentes que frequentam as escolas abrangidas pelo ACES, apresentei uma ação de formação para os enfermeiros do CS (Apêndice II) e elaborei um *poster* (Apêndice VII).

E 1. 2. 2 – Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais;

Esta competência foi desenvolvida especialmente nos estágios em CS (consulta de enfermagem de saúde infantil) e no SUP (triagem), onde foram detetadas algumas alterações físicas ou psicológicas que, foram orientadas para outros profissionais. Os adolescentes com internamentos prolongados, por cirurgias cranianas, cirurgias ortopédicas ou politraumatismos, foram encaminhados para a psicóloga ou para a nutricionista, em caso de excesso de peso ou emagrecimento, como intervenções autónomas de enfermagem (SCP). Varias vezes, foram tidas em conta as indicações para referenciação à consulta de saúde mental (Ministério da Saúde, 2009).

E 2. 4. 2 – Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança e jovem;

Os diferentes contextos de estágio permitiram-me conhecer e treinar diferentes tipos de terapias utilizadas pelos enfermeiros (relaxamento, brincar terapêutico, técnicas narrativas, humor, promoção da esperança e outros) e passar a utilizá-las de forma refletida, com intencionalidade terapêutica.

E 2. 5. 2 – Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação;

Em todos os contextos de estágio foi possível intervir face a diferentes reações da criança, do adolescente e família, relacionadas com a transições desenvolvimental e de saúde-doença, em que a autoimagem se encontrava comprometida, no sentido de promover respostas positivas, apesar dos eventos adversos. Através da preparação e realização de visita domiciliária (UCIP) e, através da preparação de altas de crianças e adolescentes com doença crónica (SRPD), foi possível participar na articulação com a comunidade escolar, facilitando a integração desses clientes.

E 3. 1. 2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem;

Embora existam instrumentos de avaliação de desenvolvimento em diferentes locais de estágio foi no estágio de CS, onde foi realizada de forma sistematizada a avaliação segundo o teste de Mary Sheridan, em crianças dos 0 aos 5 anos. Neste local tive oportunidade de treinar a avaliação do desenvolvimento às crianças e de fazer consultas de enfermagem de saúde infantil.

E 3.2.1 – Avalia o desenvolvimento da parentalidade;

A parentalidade foi um ponto avaliado de forma transversal ao longo de todo o estágio e em diferentes faixas etárias. Durante este percurso formativo dei ênfase à promoção do papel parental, em particular promovendo as competências parentais, numa perspetiva positiva na abordagem da criança saudável ou com doença.

E 3. 4. 1 – Facilita a comunicação expressiva de emoções;

O desenvolvimento desta competência foi essencial para a prestação de cuidados especializados a crianças e adolescentes, com doenças agudas, crónicas ou outros eventos, e também com a autoimagem comprometida. Esta intervenção baseou-se na relação de ajuda estabelecida com os adolescentes em todo o estágio e utilizando as orientações quanto às boas práticas a ter em conta na entrevista ao adolescente, em particular aplicando os princípios científicos na comunicação.

E 3. 4. 2 – Reforça a imagem positiva, se necessário.

O desenvolvimento desta competência baseou-se na identificação do compromisso da autoimagem, em adolescentes com alterações corporais, a vivenciar a transição de desenvolvimento e, nalguns casos, a transição saúde-doença. As estratégias utilizadas foram a comunicação e a de relação de ajuda, tendo em conta a individualidade de cada adolescente e família.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a experiência formativa desenvolvida ao longo do estágio, tive como alvo de cuidados a criança, o adolescente e a família, numa perspectiva integral, com base na reflexão sobre as minhas práticas e com base na pesquisa efetuada na evidência científica, as quais contribuíram para a minha aprendizagem, a nível pessoal e profissional, neste percurso. Na prestação de cuidados às crianças e famílias, foi minha preocupação pôr em prática a filosofia dos cuidados centrados nas necessidades da família e no estabelecimento de relações de ajuda. Assim, atuei no sentido de proporcionar apoio emocional aos clientes, de forma que lhes fosse possível controlar os *stressores* relacionados com a hospitalização, como defendem Hochenberry e Wilson (2011). Desta forma, espero contribuir enquanto agente de mudança no meu local de trabalho, tendo em conta as aprendizagens realizadas nos diferentes locais de estágio, alertando e incentivando a participação dos pais, família alargada e amigos no projeto de saúde da criança ou do adolescente. Foi, concomitantemente, minha preocupação o respeito pelas diversas perspetivas culturais de cada criança e família. Para tal, fui buscar contributos ao Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009) e à pesquisa realizada sobre os aspetos culturais, relacionados com a saúde-doença, que tiveram impacto na minha intervenção, quer em Cuidados de Saúde Primários, quer em Cuidados Diferenciados.

A partir da minha experiência como enfermeira num Serviço de Pediatria, e através dos objetivos propostos para alcançar durante este estágio, e as atividades realizadas, desenvolvi competências do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem, que contribuirão para maximizar o potencial de saúde destes clientes, quer em situação de saúde, quer em situação de doença aguda ou crónica. Tendo como foco de especial atenção o adolescente com alteração da autoimagem, adquiri competências que me permitirão contribuir para a promoção da autoimagem destes clientes, tendo em conta a mestria no desempenho de novos papéis após um

acidente, ou uma doença crônica, com repercussões no seu bem-estar. O estágio foi uma oportunidade de reflexão sobre a prática, promovendo igualmente a reflexão nos diferentes contextos com os enfermeiros, que cuidam de crianças e adolescentes que experimentam diferentes transições – de desenvolvimento e saúde-doença (Meleis, 2010).

Segundo Benner "*a enfermeira perita trabalha com os olhos no futuro*" (2005: 112) pelo que, pretendo continuar esta reflexão, com impacto na minha prática profissional e na de futuros profissionais, enquanto supervisora clínica, enquanto formadora e na área da investigação, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados a estes clientes, com base no respeito pelos aspetos ético-legais da profissão.

A abrangência e a multiplicidade de dimensões, a ter em conta na autoimagem, convidam-nos à realização de estudos mais aprofundados em cada contexto da prática, não perdendo, contudo, de vista a individualidade e singularidade de cada cliente. Sugiro a realização de estudos sobre a perceção dos profissionais de enfermagem, em relação à prestação de cuidados a crianças e adolescentes a vivenciar a transição na autoimagem, dimensão ainda pouco estudada.

Utilizar estratégias promotoras da autoimagem, em especial do adolescente, com alterações corporais, é também promover a autoimagem da profissão de enfermagem, valorizando este foco de atenção, e explicitando as diferentes terapêuticas de enfermagem utilizadas, nos diferentes contextos, que devem ser divulgadas, contribuindo assim, para a mudança nos cuidados prestados.

A experiência formativa desenvolvida ao longo do estágio permitiu-me uma diversidade de aprendizagens teóricas e práticas, que conduziram à reflexão sobre as mesmas, nos vários contextos da prática, adquirindo ou melhorando competências profissionais, definidas no diagnóstico inicial.

Face à experiência descrita anteriormente, penso ter atingido os objetivos propostos, o que me permitiu desenvolver competências comuns e também competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, e simultaneamente a consciência que o exercício da prática reflexiva realizado continuará a acompanhar-me no meu percurso profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais* - Contributos para a anamnese e recurso a cuidadores informais (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Almeida, J. M. R. (2007). *Adolescência e maternidade* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Assis, S. G. Pesce, R. P. & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência* - Enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed; Unicef.
- Auer, J. (2005). Perspectivas psicológicas. In Thomas N. (ed.) *Enfermagem em nefrologia* (2ª ed.). (pp. 79-110). Loures: Lusociência.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica* - Perspetiva desenvolvimentista (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2006). *A criança e o seu mundo* - Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem (5ª ed.). Barcarena: Editorial Presença.
- Brofenbrenner, U. (2005). *Making human beings human* - Biocological perspectives on human development. Califórnia: Sage Publications.
- Caetano, A. Cebolais, A. & Ferreira, R. C. (2009). *Exame global de saúde 11-13 anos* - Cadernos de 7 Rios. Lisboa: Centro de Saúde de Sete Rios.
- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: a nursing concern*. In Chinn, P. L. *Nursing research methodology*. Rockeville: Aspen.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Conceição, M. Auad, J. Vasconcelos, L. Macêdo, A. & Bressanelli, R. (2010). Avaliação de depressão em pacientes com lesão medular. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva* 12 (1/2) 43-59.
- Correia, H. et al. (2006) Cuidados de enfermagem em saúde comunitária ao adolescente. *Servir*. 54 (2) 78-86.

- Dec. Lei nº 161/96 de 4 de setembro, artigo 9º - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.
- Dias, M. G. F. F. & Fontaine, A. M. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Direcção-Geral da Saúde (2012). *Consulta pública – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Consultado a 16-10-2012. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Dixit, S. Agarwal, G. Singh, J. Surya, K. & Singh N. (July/2011). A study on consciousness of adolescent girls about their body image. *Indian Journal of Community Medicine* 36 (3) 197-202.
- Dobbels, F. Decorte, A. Roskams, A. & Van D. R. (mar/2010). Health-related quality of life, treatment adherence, symptom experience and depression in adolescent renal transplant patients. *Pediatr Transplant* 14 (2) 216-223.
- Eснаоla, I. Rodríguez, A. & Goñi (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud Mental* 33 (1) 21-29.
- Erikson, E. (1982). *Enfant et société*. Neuchâtel. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Fonseca, H. Matos, M. G. (2005). Perception of overweight and obesity among portuguese adolescents: an overview of associated factores. *European Journal of Public Health* 15 (3) 323-328.
- Graça, L. C. C. Figueiredo, M. C. B. & Carreira, M. T. C. (julho/2011). Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência* III Série (4) 27-35.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, Saúde e Doença* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Hesselgrave, J. (2011). Influências da promoção de saúde no desenvolvimento da criança – In Hochenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- Hochenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.

- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Carta da criança hospitalizada: Anotações* (2ª ed.). Lisboa: Autor.
- Josso, M. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.
- Kneinknecht, M. Neuhaus, T. & Landolt, M. (jun/2009). Nursing needs of renal transplanted adolescents, a descriptive cross sectional study in a Swiss hospital. *Pflege* 22 (3) 172-182.
- Kollar, M. L. (2011) Promoção da Saúde do Adolescente e da sua Família – In Hochenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- Lee, P. (2007). What does partnership in care mean for children's nurses? *Journal of Clinical Nursing* (16) 518-526.
- Matos, M. G. et al. (2012). HBSC/OMS - *Projeto Aventura Social*. Consultado a 01-07-2012. Disponível em http://aventurasocial.com/arquivo/1332166504_06%20Atividade%20Fisica,%20Corpo%20e%20Alimentacao%20v9.pdf
- Meleis, A. (1990). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. et al. (2000) - *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. [em linha]. Ebscohost. Consultado a 15/06/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=113&sid=19e16384-6060-4a9e-8589-1b3ce1fd8629%40sessionmgr104>.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde (2009). *Recomendações para a prática clínica de saúde Mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Consultado a 03-10-2012. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>.
- Morales, L. & Castillo, E. (Octubre-Diciembre/2007). Vivencias de los(as) adolescentes en diálisis - Una vida con múltiples pérdidas pero con esperanza. *Colombia Médica* 38 (4) (supl 2) 44-53.
- Oliveira, A. L. M. (2009). *Adaptação de instrumento - Avaliação da imagem corporal em crianças e adolescentes de raça negra residentes em Portugal*. Trabalho

de Investigação. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto. Porto.

Opperman, C. S. & Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea* (173-194). Lusociência: Loures.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem* - Enquadramento Conceptual. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2010) - *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* - Guia Orientador de Boa Prática - Entrevista ao adolescente; Promover o desenvolvimento infantil na criança. Cadernos OE. Série I, Nº 3, Vol. I.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* - CIPE - Versão 2. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2011c). *Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica* - Guia Orientador de Boa Prática - Medo da Cirurgia. Cadernos O. Série I, nº 3, Vol. 2.

Ordem dos Enfermeiros (2011d). *Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica* - Guia Orientador de Boa Prática - Promoção de esperança; Preparação do regresso a casa da criança. Cadernos O. Série I, nº 3, Vol. 3.

Papalia, D. E. Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001) *O mundo da criança – da infância à adolescência* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.

Pereira, J. F. C. (2004). *Dupla metamorfose* - Contributo para a compreensão das vivências e percepções do corpo nos adolescentes com lesão vertebro-medular. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Ribeiro, P. R. L. & Tavares M. C. F. (2011). As contribuições de Seymour Fisher para os estudos em imagem corporal. *Motricidade* 7 (4) 83-95.
- Roper, N. Logan, W. Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Salter, M. (1992). *Alteration de l'image corporelle - Le rôle de l'infirmière*. Paris: InterEditions.
- Santos, R. (2006). *Adolescentes com insuficiência renal crónica submetidos a transplante*. Monografia apresentada no 6º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa. Lisboa.
- Schilder, P. (1999). *A imagem do corpo – As energias construtivas da psique* (3ª ed.). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, LTDA.
- Serena, K. Scharf, M. Westfall, S. & Pate, M. (February/2010). I'm more than my physiology - Adolescent trauma patient in the pediatric intensive care unit. *CriticalCareNurse* (Supplement) 14-18.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of nursing scholarship* 26 (2) 119-127.
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (2008). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (4ª ed.) (43-83). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stein, D. *et al.* (2003). Suicidal tendencies and body image and experience in anorexia nervosa and suicidal female adolescent inpatients. *Psychother Psychosom* 72 (1) 16-25.
- Valença, C. & Germano, R. (2009). Percepção da auto-imagem e satisfação corporal em adolescentes - Perspectiva do cuidado integral na enfermagem. *Rev. Rene. Fortaleza* 10 (4) 173-180.
- World Health Organization (1986). *Young People's Health - A Challenge for Society*. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I
CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO 2012/2013

Mês	10	10	10	10	10	11	11	11	11	12	12	12	12	01	01	01	01	01	02	02	02	02	03	
Dias	01 05	08 12	15 19	22 26	29 02	05 09	12 16	19 23	26 30	03 07	10 14	17 19	20 02	03 04	07 11	14 18	21 25	28 01	04 08	11 15	18 22	25 01	04 08	
Local																								
ESEL	E			S 23					S 20								S 15					R	R	R
SRPD				OT 15																				
CS					OT 08																			
SP																								
UCIP													OT 06											
SUP																								
SCP																								

Legenda:

E – Escola - Preparação do estágio, elaboração de grelhas de observação

SRPD – Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

CS – Centro de Saúde (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados)

SP - Serviço de Pedopsiquiatria - Internamento

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

SCP – Serviço de Cirurgia Pediátrica

R - Relatório (Elaboração)

S - Seminário (na ESEL)

OT - Orientação Tutorial

APÊNDICE II

**FORMAÇÃO APRESENTADA - PLANO DA SESSÃO, *POWERPOINT*
DA SESSÃO E RELATÓRIO/AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO**

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Formador: Rosa Santos

Tema da Sessão: A autoimagem no adolescente com alterações corporais - Alguns contributos para a prática de enfermagem

Público-alvo: Enfermeiros do campo de estágio

Local:

Número de formandos:

Data: 2012/2013

Horário: 14H-15H

Metodologia: Expositiva e Participativa.

Material: Computador portátil, *Pen*, *Data show*, Quadro, artigos de pesquisa, *poster* "Desenvolvimento da autoimagem na criança".

Objetivo geral: Contribuir para a reflexão sobre a prática, quanto à transição da autoimagem vivida pelo adolescente com alterações corporais.

Objetivo específico: Motivar os enfermeiros para a explicitação de estratégias utilizadas na promoção da autoimagem no adolescente com alterações corporais.

Conteúdos Programáticos:

- Introdução: Importância da autoimagem no contexto atual;
- Conceitos: Adolescência, desenvolvimento infantil, desenvolvimento da autoimagem na criança, autoimagem, focos de atenção de enfermagem;
- Adolescentes com alterações na autoimagem - Teóricas de enfermagem;
- Intervenções de enfermagem face ao adolescente com alterações da autoimagem;

Avaliação dos formandos: Cada formando deverá partilhar uma situação de saúde-doença vivida na sua prática, que evidencie esta problemática, contribuindo para o debate;

Avaliação da sessão - Avaliação oral;

Entrega de cópia da formação para o dossier da formação do Serviço.

Ação de Formação
para enfermeiros

Elaborada por:
-Rosa Santos

Docente:
- Profª Filomena
Sousa



A Autoimagem no Adolescente com Alterações Corporais

Alguns contributos para a prática de enfermagem

2012/2013

Unidade Curricular – Estágio com relatório

Introdução

- Importância da autoimagem no contexto atual
- Motivações pessoais
- Finalidade



- Objetivo da sessão
 - Contribuir para a reflexão sobre a prática, quanto à transição da autoimagem, no adolescente com alterações corporais

Adolescência

Apresenta “características especiais” em função das épocas, do ambiente cultural, social e económico – confronto com problemas sociais diferentes.

As relações entre adolescentes e adultos são diferentes consoante os países e as culturas, a duração da adolescência e os métodos adotados para a socialização.

(Braconnier & Marcelli, 2000).

Adolescência

Período de transição, entre a infância e a fase adulta, um tempo de rápido amadurecimento físico, cognitivo, social e emocional (Kollar, 2011).

Dos 12 aos 20 anos - nem o seu início nem o seu fim estão claramente definidos (Papalia *et al.*, 2001).

Fases da adolescência

Inicial 10 – 13 anos

grupo de amigos do mesmo sexo

Intermédia 14 – 16 anos

grupo de amigos de ambos os sexos

Tardia > 16 anos

namoro

(Fonseca, 2002)

Adolescência

- A nível físico - mudança corporal visível exteriormente - modificação esquelética, ganho de massa adiposa e maturidade do sistema nervoso.
- Puberdade - processo através do qual o indivíduo atinge a capacidade de reprodução, que marca a sexualidade do adolescente.
- Com as transformações corporais, psíquicas e comportamentais, surgem também importantes alterações na relação interpessoal e conseqüentemente reestruturação da autoimagem (Correia *et al.*, 2006).
- Qualquer doença ou intervenção que afete a imagem corporal, quer seja momentânea ou permanente, requer dos enfermeiros uma explicação cuidadosa (Opperman & Cassandra, 2001).

Desenvolvimento Infantil

- Teoria do desenvolvimento cognitivo

Estádio das **operações formais**, o último estágio do **desenvolvimento cognitivo**, ou seja desenvolvimento do pensamento formal (Piaget cit. por Dias & Fontaine, 2001).

- Teoria do desenvolvimento psicosexual

Fase genital dos conflitos emocionais e pulsões sexuais, de grande “desordem” assim, é natural que também existam dificuldades por parte do jovem em construir a sua identidade, envolto em contradições e ambiguidade: ser adulto independente e ser criança protegida (Feud cit. por Almeida, 2007).

Desenvolvimento Infantil

- Teoria psicossocial

Fase da **identidade pessoal** que não se consegue sem confronto com o exterior e consigo próprio, de sentimentos ambivalentes. Esta é uma das crises psicossociais do desenvolvimento “*identidade versus confusão da identidade*” situação reconhecida pela sociedade que lhe possibilita experimentar diferentes papéis.

(Erikson cit. por Dias & Fontaine, 2001).

- Teoria da vinculação

A segurança da criança está ligada à **vinculação** a um ou vários adultos, que preenchem as suas necessidades, também através da afetividade e do toque, o que a tranquiliza, desenvolvendo o sentimento de confiança no outro e a autoconfiança (Bowlby, cit. por Duclos, 2006).

Desenvolvimento Infantil



Desenvolvimento da autoimagem

- Imagem da criança perfeita idealizada pelos pais (Hochenberry & Wilson, 2011)
- Os bebés recebem informações sobre os seus corpos a partir da autoexploração e de estímulos sensoriais de terceiros
- Quando começam a manipular o seu ambiente, tomam consciência de que o seu corpo está separado dos outros
- Entre os 9 e os 12 meses reconhece-se ao espelho, entre os 15 e os 18 meses distingue-se dos outros nas fotografias (Duclos, 2006)
- os pré-escolares tornam-se conscientes da totalidade do seu corpo, descobrem os genitais e a diferença entre os sexos

Desenvolvimento Infantil

Desenvolvimento da autoimagem (cont.):

- os escolares começam a aprender sobre a estrutura interna do corpo, funcionamento, diferenças do tamanho e configuração do corpo
- Na idade escolar qualquer desvio do padrão pode ser fonte de crítica e facilmente ridicularizado
- Adolescência - fase de maior preocupação com o aspeto físico, as mudanças e o seu novo eu integram-se no seu autoconceito, vivem conflitos entre o corpo real/corpo ideal, sendo a imagem corporal um elemento crucial na formação da identidade.

(Hesselgrave, 2011)

Desenvolvimento Infantil



Desenvolvimento da autoimagem (cont.):

- os escolares começam a aprender sobre a estrutura interna do corpo, funcionamento, diferenças do tamanho e configuração do corpo
- Na idade escolar qualquer desvio do padrão pode ser fonte de crítica e facilmente ridicularizado
- Adolescência - fase de maior preocupação com o aspeto físico, as mudanças e o seu novo eu integram-se no seu autoconceito, vivem conflitos entre o corpo real/corpo ideal, sendo a imagem corporal um elemento crucial na formação da identidade.

(Hesselgrave, 2011)

Contextualização histórica

○ Evolução do conceito do corpo

Na antiguidade – objeto de defesa de trabalho e de prazer
(reconhecimento pelo grupo e não pelo valor individual)

Civilização grega – corpo com valor estético

Idade Média – Dissociação entre o corpo e o espírito

Séc. XVII – Descoberta da circulação sanguínea – Conceção mecânica,
individualismo

Séc. XX – Retoma as reminiscências do “corpo grego”, conceito de
imagem do corpo, apoio da psicologia

(Pereira, 2004)

Autoimagem

A imagem corporal, componente vital do autoconceito – refere-se aos conceitos subjetivos e atitudes que os indivíduos apresentam em relação ao seu corpo. Composta por três componentes – fisiológica (perceção), psicológica (valores e atitudes) e social (si mesmo em relação aos outros) interrelacionados entre si, fenómeno complexo que evolui e se modifica no processo de crescimento e desenvolvimento. Interfere na formação da identidade.

(Hesselgrave, 2011)

A autoimagem é um fenómeno de interesse para várias disciplinas desde o século XX conceito com múltiplas dimensões, singular e que pode apresentar vários recortes. Segundo Fisher, podemos considerar

- - perceção corporal (desenvolvimento, experiências de tamanho do corpo),
- - fronteiras corporais
- - consciência corporal.



mecanismos de defesa, processos adaptativos e ansiedade corporal
(Fisher, cit. por Ribeiro & Tavares, 2011)

Autoimagem

Perceção do esquema corporal

Visão – do próprio corpo e sua posição no espaço

Sensibilidade tátil e proprioceptiva – posição do próprio corpo e dos membros no espaço

Sensibilidade vestibular do ouvido interno – perceção da gravitação, da aceleração, da posição no espaço, do equilíbrio

Córtex Parietal - área sensitiva e motora (movimentos e perceções)

(Phaneuf, s/d)

Perturbações da imagem corporal, com origem cerebral

Lobo parietal do hemisfério não dominante – incapacidade em compreender as variações das formas

Lobo occipitoparietal – do hemisfério não dominante – incapacidade em compreender o lugar

Córtex cerebral – alterações visuais e tácteis

(Salter, cit por Santos, 2008)

Focos de Atenção De Enfermagem

CIPE

Autoimagem – conceito ou imagem mental de si próprio
(OE, 2011)

Desenvolvimento do adolescente – define-se como um processo corporal, sendo um processo de progressivo crescimento físico, mental e social, e de desenvolvimento ao longo de toda a vida.



(OE, 2011)

Teóricas de Enfermagem

Os cuidados do parecer

-"suporte da comunicação não verbal, estes cuidados contribuem para construir e valorizar a imagem de si próprio e, assim, fazer emergir e fortificar o sentimento de identidade, mas também de pertença a um grupo" (Collière, 2003: 182).

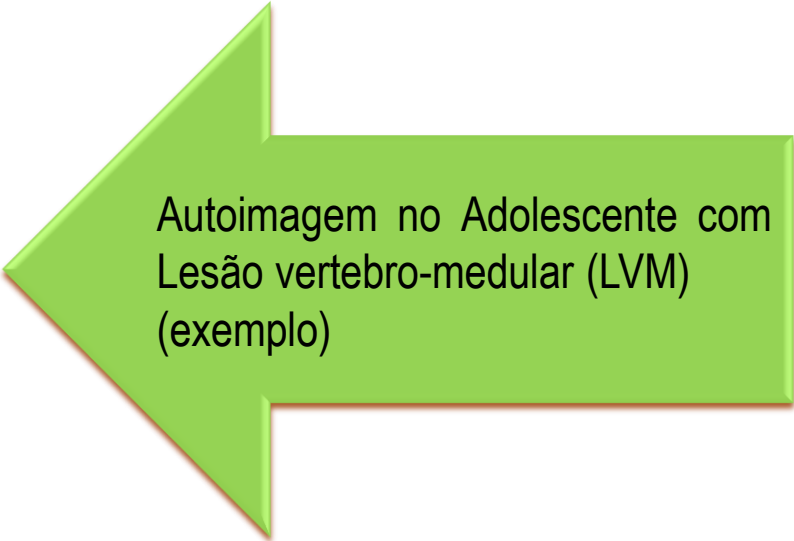
A s transições

A adolescência é um período em que várias transições ocorrem, uma das quais a transição na imagem corporal (Lauer, 1990, cit. por Meleis, 2010), sendo a missão de enfermagem facilitar os diferentes processos de transição (Meleis, 2010).

Teóricas de Enfermagem

Modelo de Roper - Logan - Tierney (2001)

Manter o ambiente seguro
Comunicar
Respirar
Comer e beber
Eliminar
Higiene pessoal e vestir-se
Controlar a temperatura corporal
Mobilizar-se
Trabalhar e divertir-se
Expressar sexualidade
Dormir
Morrer



Autoimagem no Adolescente com
Lesão vertebro-medular (LVM)
(exemplo)

Intervenções de Enfermagem

Compreender as reações dos clientes

- A negação, projeção, formação reativa e regressão, segundo Amiralian (1986), parecem ser mecanismos usados com frequência; Novaes (1975) complementa esta ideia afirmando que a regressão, sublimação, identificação, racionalização, fuga na fantasia e compensação também são mecanismos utilizados constantemente por pessoas com deficiência.
- A formação reativa refere-se à expressão de sentimentos opostos àqueles realmente existentes no nível inconsciente - um pai com uma aversão inaceitável pelo filho incapacitado pode superprotegê-lo e, assim, sentir-se muito amoroso para com ele.
(Campos, Avóglia & Custódio, 2007)

Intervenções de Enfermagem

- Entrevista ao adolescente tendo por base orientações científicas, reforçando a confidencialidade e a privacidade

(OE, 2010)

- Utilizando princípios da comunicação adequados à idade e desenvolvimento do adolescente, tendo em conta a participação dos pais/saída dos pais durante a entrevista.

(OE, 2010)

Intervenções de Enfermagem

- Nas consultas dos adolescentes, há que facilitar a acessibilidade e assegurar a privacidade e confidencialidade, permitindo, aos que o desejem, o atendimento a sós.

Ter em conta cuidados antecipatórios idade 10 - 18 anos

(DGS, 2011)

Intervenções de Enfermagem

Como fazer o diagnóstico de enfermagem?

- Manifestações individuais

A revisão da literatura sugere diversos problemas nos adolescentes com LVM

- Vivências e percepções do corpo: sentimentos de rejeição, autodestruição, tristeza, revolta, e raiva

- Alterações corporais e fisiológicas: alterações da mobilidade, a incontinência e as alterações da sensibilidade

- Interação com os profissionais: sentimentos de inutilidade, indiferença, distanciamento e falta de privacidade nos cuidados com o corpo

(Pereira, 2004)

Intervenções de Enfermagem

Como fazer o diagnóstico de enfermagem?

A revisão da literatura sugere diversos problemas nos adolescentes com LVM

- Na interação com os familiares: sentimentos de pena, desconhecimento da situação, a proteção e apoio e a prestação de cuidados físicos
- Na interação com os amigos: aceitação, compreensão, disponibilidade, acompanhamento, apoio e afetividade
- Na interação com a sociedade: pena, curiosidade, discriminação e impacto da cadeira de rodas

(Pereira, 2004)

Intervenções de Enfermagem

Estes adolescentes referem como estratégias para fazer face à deficiência:

- Adoção de atitude positiva
 - Valorização de sentimentos de coragem, aceitação, esperança,
 - Suporte dado pelos familiares, profissionais de saúde e amigos
- (Pereira, 2004; Salter cit. por Santos, 2008)

Intervenções de Enfermagem

Relacionadas com o conceito de “*Humanitude*”, estão algumas intervenções de enfermagem que promovem a autoimagem corporal, em qualquer idade, e tendo por base os cuidados gerais, e que devem ser explicitadas no plano de cuidados:

- **Verticalidade**
- **Toque**
- **Olhar**
- **Sorriso**
- **Palavra**
- **Vestuário**
- **Cuidado com o corpo**

(Phaneuf, s/d)

Intervenções de Enfermagem

- **Formação dos profissionais de saúde**
- **Investigação sobre a temática**

(Pereira, 2004)

- Utilização de instrumentos de avaliação da imagem corporal
Teste do Desenho da Figura Humana (Campos, 2007)
Escala da imagem corporal
Offer Self-image Questionnaire (adolescentes sem distúrbios psiquiátricos)

- **Ensino**

- Envolvimento dos estudantes numa forma positiva de cuidar
(Salter, cit. Por Santos, 2008)

Intervenções de Enfermagem

○ **Desenvolvimento das competências parentais**

- responsabilidade
- informação
- formação
- relação com os profissionais
- participação nas decisões
- parceria

(OE, 2010)

○ **Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais**

(DGS, 2011)

Intervenções de Enfermagem

Crianças e jovens em risco ou com necessidades especiais

- Cabe à equipa de saúde identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados
- Definição de um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento de capacidades e potencialidades.

(DGS, 2012)

Intervenções de Enfermagem

Deteção, encaminhamento e articulação

- **As perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência**
- prioritária a intervenção nos CSP ao nível da triagem, avaliação, intervenção e orientação dos casos
- articulação entre as equipas de Saúde Mental da Infância e Adolescência e os CSP (intervenção na comunidade).

Neste âmbito o enfermeiro deve:

- Conhecer a grelha de avaliação diagnóstico
- Conhecer a distinção entre o normal e o patológico
- Colaborar na referenciação à consulta de saúde mental

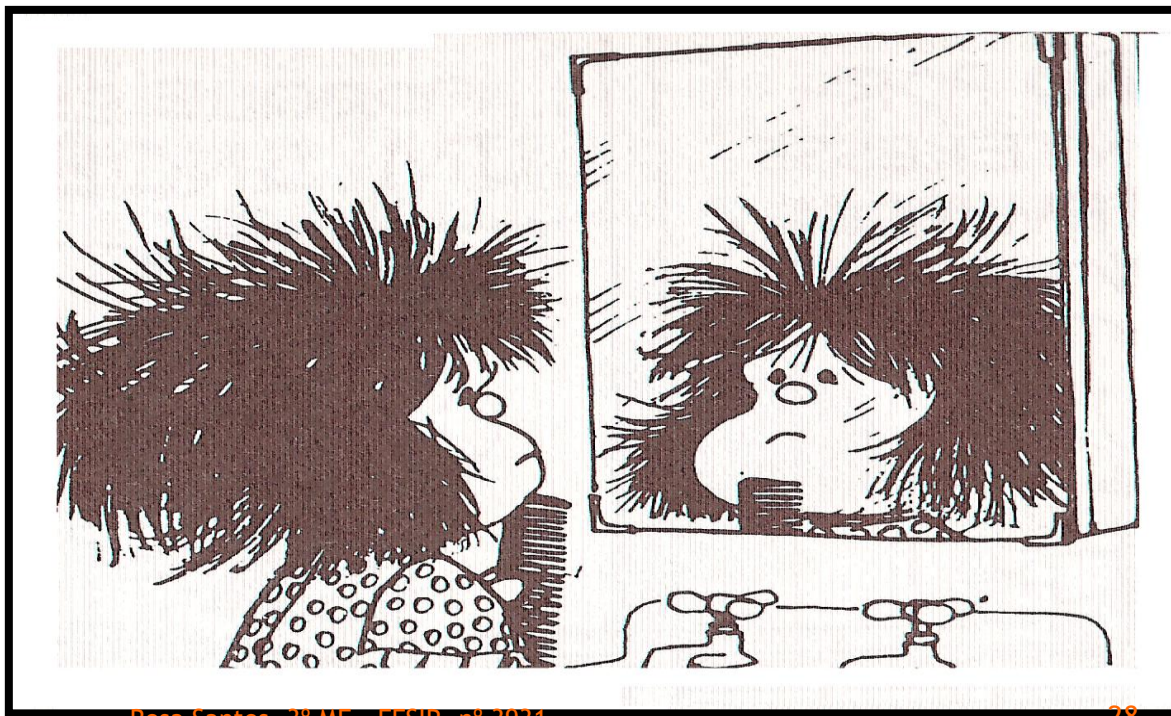
(MS, 2009)

- **Alterações neurológicas, alterações do comportamento e do foro emocional e relacional**

(DGS, 2012)

Avaliação e Debate

Reflexão do grupo de formandos sobre uma situação prática de um adolescente com alteração da imagem corporal, identificando a relação com cada atividade de vida diária e as intervenções de enfermagem realizadas.



Referências Bibliográficas

- ◉ Almeida, J. M. R. (2007). *Adolescência e maternidade* (3ª ed.). (pp. 47-78). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ◉ Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- ◉ Campos, M. T. Avoglia, H. R. C. Custódio, E. M. (janeiro/dezembro, 2007). A imagem corporal de indivíduos com paraplegia não congênita: Um estudo exploratório. *Formação* Ano 11 (11).
- ◉ Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- ◉ Correia, H. *et al.* (2006) Cuidados de enfermagem em saúde comunitária ao adolescente. *Servir* 54 (2) 78-86.
- ◉ Dias, M. G. F. F. & Fontaine, A. M. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- ◉ Direção-Geral da Saúde (2012). *Consulta pública – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em <http://www.dgs.pt> , consultado em 16-10-2012.
- ◉ Duclos, G. (2006). *A auto-estima, um passaporte para a vida*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ◉ Fonseca, H. (2002). *Compreender os adolescentes - Um desafio para pais e educadores*. Barcarena: Editorial Presença.
- ◉ Hesselgrave, J. (2011). Influências da promoção de saúde no desenvolvimento da criança – In Hochenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- ◉ Hochenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- ◉ Kollar, M. L. (2011) Promoção da Saúde do Adolescente e da sua Família – In: Hochenberry, M. J. & Wilson, D. *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- ◉ Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Referências Bibliográficas

- ◉ Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — *Resumo Executivo. Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- ◉ Opperman, C. S. & Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea* (p. 173-194). Lusociência: Loures.
- ◉ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1, Vol. I.
- ◉ Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE – Versão 2 – Classificação para a prática de enfermagem*. Lisboa: Autor
- ◉ Papalia, D. (2001). *O mundo da criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- ◉ Pereira, J. F. C. (2004). *Dupla metamorfose – Contributo para a compreensão das vivências e percepções do corpo nos adolescentes com lesão vertebro-medular*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em saúde. Universidade Aberta, Lisboa.
- ◉ Phaneuf, M. (s/d). *O conceito de humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais*. Disponível em <http://www.infiresources.ca>, consultado em 08-10-2010.
- ◉ Roper, N. Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ◉ Ribeiro, P. R. L. & Tavares M. C. F. (2011). As contribuições de Seymour Fisher para os estudos em imagem corporal. *Motricidade* 7 (4) 83-95.
- ◉ Santos, R. (julho/dezembro, 2008). Alteração da imagem corporal. *Enfermagem* (2ª Série) (51/52) 20-26.

Imagens:

www.google.com

Relatório da atividade de formação apresentada aos enfermeiros e avaliação da sessão

A sessão de formação com o título "A autoimagem no adolescente com alterações corporais - Alguns contributos para a prática de enfermagem" foi apresentada aos enfermeiros dos campos de estágio, de acordo com as necessidades manifestadas pelos Enfermeiros Chefes dos respetivos locais, nas reuniões de trabalho com estes realizadas, nomeadamente no SRPD e no CS. No SCP a formação foi realizada apenas abordando alguns conteúdos programáticos, nos diferentes setores do Serviço, visto não ser possível agendar formação durante o estágio por este Serviço se encontrar em processo final de acreditação em saúde.

A sessão de formação foi divulgada antecipadamente no Departamento correspondente de cada Serviço.

A apresentação durou cerca de 1 hora, sendo 20 minutos da mesma utilizados para debate de exemplos práticos relacionados com o tema em estudo.

Na apresentação estiveram presentes uma média de 5 enfermeiros que correspondiam a 100% dos enfermeiros presentes nesse turno, incluindo a Enfermeira Chefe e a EESIP.

Na sessão de formação apresentada no CS estiveram presentes 1 enfermeira de outra Extensão do CS e dois Estudantes da Licenciatura em Enfermagem.

A avaliação da sessão de formação foi feita de forma oral, quanto aos seguintes tópicos:

- Interesse do tema para o campo de estágio
- Qualidade dos conhecimentos transmitidos
- Clareza da apresentação
- Sugestões

As respostas variaram entre bom e muito bom, sendo referida uma sugestão para reduzir o conteúdo escrito nalguns slides.

A sessão terminou com entrega de cópia da mesma em suporte informático e em suporte de papel às Enfermeiras Chefes dos campos de estágio.

Nos campos de estágio UCIP e SUP a atividade de formação dos enfermeiros baseou-se na apresentação do *poster* realizado sobre "Desenvolvimento da autoimagem na criança", sob a forma de resumo. O *poster* também foi apresentado em todos os outros campos de estágio, de forma resumida, e entregue em suporte de papel para afixar em cada Serviço.

Alguns artigos utilizados na pesquisa sobre a evidência científica, também utilizados na preparação da sessão de formação, foram selecionados de acordo com o contexto prático e partilhados na reflexão com os enfermeiros. Estes artigos foram afixados no quadro das salas de trabalho durante o estágio e colocados no final, no dossier/manual da formação de cada Serviço.

APÊNDICE III

**GRELHA DE REGISTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTOS
REALIZADOS DURANTE O ESTÁGIO**

Grelha de registo de observação
- Caracterização dos adolescentes e intervenções de enfermagem

Local de estágio-----

Características dos adolescentes observadas		Intervenções de enfermagem observadas (estratégias e/ou técnicas)
Identificação do cliente: idade; sexo doença aguda/crónica ou outros eventos	Indicadores do processo de transição (sintomas da doença, funcionamento deficiente, desconexão, falta de poder, falta de integridade)	Terapêuticas de enfermagem

Grelha construída de acordo com a teoria das transições (Meleis, 2010) e leitura sobre as transições (Abreu, 2011).

Registos de observações realizadas durante o estágio

- Caracterização dos adolescentes e intervenções de enfermagem

Estágio no SRPD

Identificação do cliente: idade; sexo doença aguda/crónica ou outros eventos	Indicadores do processo de transição (sintomas da doença, funcionamento deficiente, desconexão, falta de poder, falta de integridade)	Terapêuticas de enfermagem
A. S. 17 anos, masculino, tetraplegia em consequência de mergulho em piscina	Mudança no padrão de eliminação vesical com esvaziamentos vesicais de 3 em 3 horas (cateterismo vesical). "não sinto nada, não me dói nada, não me importo". "A vantagem de partir o pescoço é que só vou à escola no próximo ano!" Preocupações "se a equipa ensina a passar da cama para a cadeira de rodas", "ir no Natal a casa e ir de canadianas em vez de cadeira de rodas".	Musicoterapia, durante os esvaziamentos vesicais. Promover a participação em atividade, com figura pública com o mesmo diagnóstico. Promoção de expressão de emoções sobre o facto de ter uma reportagem num órgão de comunicação social sobre o seu acidente e como lidou com isso. Promoção de esperança realista /Discussão em equipa sobre a informação dada ao adolescente de forma a manter a esperança realista. Negociação de atividades que A. consegue realizar com ajuda, no computador. Incentivar presença da família e de fotografias da mesma. Promover visita do grupo de colegas de turma.
J. B., 13 anos, masculino Tetraplegia por mergulho em piscina	Recusa medicação, vomita, a mãe não colabora na administração. Recusa alimentar-se com as outras crianças, no refeitório, "os outros doentes deficientes fazem-lhe impressão". Os esvaziamentos vesicais fazem-lhe impressão, não suporta ver o tudo a entrar no meato urinário.	Ensino sobre as vantagens da medicação e de evitar o internamento pela infeção urinária. Promoção de uma atitude positiva por parte da mãe face à medicação. Proposta de mudança de medicação. Incentivar ir ao refeitório de forma progressiva. Mudança de quarto para junto de outro adolescente.
A. 13 anos, masculino, Paralisia cerebral Atraso estato-ponderal; Proposta para colocação de gastrostomia	Dificuldade em aceitar a colocação da gastrostomia, por parte do adolescente e família.	Explicação da técnica e vantagens da gastrostomia na nutrição e crescimento, dos cuidados, na reunião multidisciplinar. Dar tempo para reflexão

Registos de observações realizadas durante o estágio
- Caracterização dos adolescentes e intervenções de enfermagem

Estágio no CS

Identificação do cliente: idade; sexo doença aguda/crónica ou outros eventos	Indicadores do processo de transição (sintomas da doença, funcionamento deficiente, desconexão, falta de poder, falta de integridade)	Terapêuticas de enfermagem
M. D. 19 anos, feminino Origem russa Doença de Crohn Vacinas para atualizar	Preocupação com a instituição de nova medicação para controle da inflamação intestinal, com a mudança de país para residir e estudar e com início de curso profissional.	Administração de vacinas do plano nacional de vacinação em atraso. Implementação de projeto de saúde com a adolescente. Conversa sobre o suporte familiar. Ensino sobre a proteção solar durante a imunossupressão. Ensino sobre os efeitos secundários da imunossupressão na imagem corporal.
V. M. 17 anos, feminino Vigilância de saúde	Preocupação com as gordurinhas acumuladas no abdómen e nas ancas e com o peso.	Avaliação de desenvolvimento/crescimento. Ensino sobre as mudanças naturais da adolescência no sexo feminino. Avaliação do índice de massa corporal e esclarecimentos sobre o mesmo. Reforço positivo.
L. F. 13 anos, masculino Vigilância de saúde Exame global de saúde 11-13 anos	Preocupação com a ocorrência de fimose.	Exame global de saúde. Rastreio auditivo, rastreio visual. Ligação à saúde escolar. Esclarecimentos sobre os cuidados com a fimose, e eventual cirurgia em ambulatório. Encaminhamento para médico de família.

Registos de observações realizadas durante o estágio
- Caracterização dos adolescentes e intervenções de enfermagem

Estágio no SP

Identificação do cliente: idade; sexo doença aguda/crónica ou outros eventos	Indicadores do processo de transição (sintomas da doença, funcionamento deficiente, desconexão, falta de poder, falta de integridade)	Terapêuticas de enfermagem
S. 9 anos, feminino Anorexia nervosa	Humor deprimido Atraso crescimento estato-ponderal (sem percentil peso) Cabelo sem brilho Dificuldade em cumprir repouso Separação dos pais	Participação em atividades de grupo. Retira capacidade do controlo alimentar. Avaliação do peso 2 vezes semana, reforço positivo face ao aumento de peso. Ensino sobre as propriedades dos alimentos. Negociação de um plano alimentar progressivo. Supervisão da ingesta alimentar e dos movimentos repetitivos. Incentivar a desenhar a família e a ver as fotografias dos mesmos. Permissão para receber telefonema dos pais.
R, 17 anos, masculino Isolamento	Recusa medicação antidepressiva pelas alterações corporais que lhe provocam: protusão da língua	Ensino sobre as vantagens da medicação. Proposta de mudança de medicação.
R. 12 anos, masculino Epilepsia Agressividade com os pares/família	Obesidade (baixa estatura e aumento de peso) Muda frequentemente de atividades	Promoção de atividades de grupo: jogos, música, tendo em conta o respeito pelas regras do jogo. Mediação familiar no sentido de promover a parentalidade.
F. 17 anos, masculino Tentativa de suicídio	Institucionalizado, se não é reconhecido tenta suicídio. Tentativa de suicídio da mãe. Chamavam olhinhos, manchinhas e outros nomes na escola (7º ano). Sente-se discriminado por ser homossexual, muito vaidoso com a imagem. Os pais não aceitam isso.	Promoção de expressão de emoções (frase para completar). Incentivar a participação no curso de fotografia. Permissão para manter os pírcingues no internamento. Promoção da participação no jornal.

Registos de observações realizadas durante o estágio
- Caracterização dos adolescentes e intervenções de enfermagem

Estágio na UCIP

Identificação do cliente: idade; sexo doença aguda/crónica ou outros eventos	Indicadores do processo de transição (sintomas da doença, funcionamento deficiente, desconexão, falta de poder, falta de integridade)	Terapêuticas de enfermagem
<p>A. P.</p> <p>18 anos, masculino</p> <p>Colecistectomia</p> <p>Proteinúria</p>	<p>Preocupação com a transferência para enfermaria</p> <p>Preocupação com a sutura e quando retira pontos</p> <p>Preocupação com a dieta, por diferentes membros da família com doenças crónicas</p>	<p>Explicação sobre os cuidados com a sutura/cicatriz.</p> <p>Promoção de privacidade na unidade de cuidados intensivos.</p> <p>Transferência e contacto com o serviço de internamento.</p> <p>Ensino sobre a dieta adequada simplificada.</p>
<p>A. P. 17 anos</p> <p>Internamento do filho com Ventilação Invasiva, com 8 dias de vida</p>	<p>Dificuldade em dormir, dificuldades relacionadas com o período de puerpério</p>	<p>Promoção da parentalidade e vinculação.</p> <p>Ensino para adequar períodos de descanso durante o dia, alternar com a presença do pai, ensino sobre a extração de leite e cuidados com o corpo durante o puerpério.</p>
<p>J. C.</p> <p>10 anos, masculino</p> <p>Paralisia cerebral</p> <p>Dificuldade respiratória</p>	<p>Angústia com a separação dos pais, quando estes vão almoçar.</p> <p>Desconforto após os cuidados de higiene, aumento da espasticidade.</p> <p>Preocupação dos pais face a eventual ventilação no futuro.</p>	<p>Proporcionar distração no computador que consegue controlar, utilizando jogos de luta.</p> <p>Comunicar com os símbolos na mesa de atividades</p> <p>Aquecer o creme hidratante, antes da aplicação.</p> <p>Promover o relaxamento com a massagem.</p> <p>Relação de ajuda.</p>

Registos de observações realizadas durante o estágio
- Caracterização dos adolescentes e intervenções de enfermagem

Estágio no SUP

Identificação do cliente: idade; sexo doença aguda/crónica ou outros eventos	Indicadores do processo de transição (sintomas da doença, funcionamento deficiente, desconexão, falta de poder, falta de integridade)	Terapêuticas de enfermagem
A. P. 18 anos, masculino Tetralogia de Fallot, febre	Preocupação com a transferência para serviço de adultos Preocupação com os valores analíticos e eventual internamento Deficientes cuidados de higiene	Explicação sobre as alterações analíticas e sua relação com uma possível infeção. Transferência e contacto com o serviço de internamento de pediatria para realização de cuidados de higiene.
A. C. 12 anos Feminino Descompensação da diabetes juvenil	Não cumprimento do regime terapêutico em contexto de passagem de ano.	Identificação de comportamentos de risco. Identificação de pessoa significativa, na gestão do regime terapêutico.
Feminino Ingestão medicamentosa	Discussão com o pai no messenger Vive apenas com a mãe, o pai está no Brasil	Promoção de expressão de emoções. Identificação de fatores de risco. Promoção da autoestima. Encaminhamento para outros profissionais.
	Preocupação com excesso de peso, depois de ir a Cabo Verde	Ensino sobre cuidados com alimentação, validação fatores culturais. Encaminhamento para outros profissionais.

Registos de observações realizadas durante o estágio**- Caracterização dos adolescentes e intervenções de enfermagem****Estágio no SCP**

Identificação do cliente: idade; sexo doença aguda/crónica ou outros eventos	Indicadores do processo de transição (sintomas da doença, funcionamento deficiente, desconexão, falta de poder, falta de integridade)	Terapêuticas de enfermagem
A. P. 15 anos, feminino Excisão de tumor da fossa posterior	Preocupação com a extensão de zona de tricotomia do couro cabeludo Exprime necessidade de cortar o cabelo para que cresça todo uniforme	Explicação da necessidade de realizar a tricotomia. Ensino sobre alternativas para minorar o impacto da falta de cabelo: uso de lenço, boina. Contactar a barbeira de serviço.
N. T. 16 anos Masculino Cirurgia de empiema cerebral	Medo da morte, relacionado com o fato de ser transferido para um hospital de referência com valência de neurocirurgia "quem vem para este hospital tão grande deve ser para vir morrer" Medo de ser internado num serviço de adultos	Esclarecimento de dúvidas na fase pré-operatória, quanto às alterações corporais relacionadas com a cirurgia, os cuidados pós operatórios e percurso durante o internamento.
R. T. 15 anos Feminino Cirurgia craniana	Cabelo rapado Necessidade de disfarçar a parte rapada com um lenço,	Promoção dos cuidados com a aparência - utilizando um lenço. Negociar com a adolescente no sentido de ser realizado corte de cabelo pela barbeira do hospital.
N. T. 16 anos Masculino Cirurgia de empiema cerebral	Medo da morte, relacionado com o fato de ser transferido para um hospital de referência com valência de neurocirurgia "quem vem para este hospital tão grande deve ser para vir morrer."	Esclarecimento de dúvidas na fase pré-operatória, quanto às alterações corporais relacionadas com a cirurgia, os cuidados pós operatórios e percurso durante o internamento, utilizando atitude positiva.

APÊNDICE IV

**GUIÃO ORIENTADOR E REGISTOS DAS REUNIÕES DE TRABALHO
COM AS ENFERMEIRAS CHEFES E EESIP**

Guião orientador das reuniões de trabalho com as Enfermeiras Chefes e EESIP de cada campo de estágio

- 1 - Que estratégias são utilizadas pela equipa de enfermagem, na prestação de cuidados a adolescentes com alterações corporais, na aceitação da autoimagem?

- 2 - Os enfermeiros utilizam na sua prática, a autoimagem como um foco de atenção, de forma sistematizada?

- 3 - Que dificuldades e facilidades encontram os enfermeiros na intervenção de enfermagem, junto da criança, adolescente e família, nesta transição de saúde-doença?

- 4 - O que gostaria que fosse melhorado nesta área de intervenção, em particular na articulação de enfermagem com o Serviço de Cirurgia Pediátrica, (serviço de referência), tendo em conta a continuidade de cuidados a crianças e adolescentes, em especial com alterações da autoimagem?

Registos realizados acerca das reuniões de trabalho com as Enfermeiras Chefes e EESIP de cada campo de estágio

Os registos recolhidos nas reuniões realizadas, realizados de acordo com a guião anterior foram codificados e apresentam-se de seguida:

Reunião nº 1

R1 - Privacidade na informação, perguntas abertas na entrevista e cuidados individualizados.

R2 - Não é utilizada a linguagem CIPE, mas é referenciado em SAPE o IMC, especialmente em adolescentes obesos, é estabelecido contrato e volta daí a 6 meses. Tem em conta um projeto de IMC > 95%. É efetuado registo em texto livre não padronizado.

R3 - Dificuldades em facilitar a transição: espaço físico, presença dos pais, falta de privacidade, tempo de consulta, atitude do profissional (falta de disponibilidade). Fatores que facilitam - equipa jovem, disponibilidade, horários flexíveis, profissional de referência (confiança).

R4 - Implementar consulta formalizada de adolescentes, diminuir a dificuldade nos contactos telefónicos com outros profissionais e instituições, facilitar a referenciação de situações graves, como anorexia nervosa, obesidade e alterações de comportamento social (agressividade, isolamento, défice no rendimento escolar), uniformizar os registos no Boletim Individual de Saúde, implementar o SAPE em todas as instituições de saúde, discussão de casos.

Reunião nº 2

P1 - Avaliação de desenvolvimento estado-ponderal (excesso peso; baixo peso), estágio pubertário, sexualidade, relações interpessoais e grupos de pares. Abordagem individual e encaminhamento para psicóloga ou para o médico de família. Articulação dos cuidados.

P2 - Utiliza-se no SAPE, mas também avaliação empírica.

P3 - Dificuldades: separar saúde de doença, falta de consulta do adolescente organizada, falta de resposta integral, na preparação para a fase adulta (autoimagem, saúde mental), que depois se traduz em comportamentos de risco (sexuais, drogas). Dificuldade na continuidade na consulta aos adolescentes.

P4 - A enfermagem não tem um papel ativo no caso da interrupção voluntária da gravidez, a referenciação é feita pelo médico de família e não há intervenções terapêuticas de enfermagem. Os boletins individuais de saúde deveriam ser preenchidos sistematicamente por todos os serviços.

Reunião nº 3

Q1 - As estratégias utilizadas variam com o diagnóstico e com o sexo da criança/adolescente. Alguns exemplos de intervenções são:

- escolha da roupa por parte da criança;
- promoção da higiene oral e pentear-se em frente ao espelho;
- aplicação de gel no cabelo;
- permitir a visualização das feridas por exemplo com fotos das mesmas;
- ênfase na comunicação com o adolescente - como acha que os outros vão aceitar a sua imagem;
- as ajudas técnicas são escolhidas sempre que possível com motivos adequados à idade da criança, humanizando os cuidados;
- solicitando aos pais que tragam fotos para o internamento;
- participação dos amigos;
- juntar adolescentes e seus pais, no mesmo quarto;
- promoção de visita e comunicação com figuras públicas, com quem se identificam;
- utilização de espelhos ao nível do corpo em cadeira de rodas;
- utilização da maca-banheira, que facilita o banho integral e promove o conforto;
- individualização da unidade com objetos pessoais do domicílio, evitando o hospitalismo;
- promoção da utilização do vestuário habitual, evitando o pijama do hospital.

Q2 - Não se utiliza linguagem CIPE. Não se regista o foco de atenção autoimagem no processo de enfermagem (Modelo teórico de Nancy Roper).

Q3 - Os profissionais sentem dificuldade em perceber o momento ideal para abordar o tema da autoimagem com o adolescente. Se está a passar por essa transição - que sinais manifesta? o que lhe dizer? manter a esperança de que forma, considerando que os objetivos são diferentes da realidade?

O facto de a equipa ser jovem facilita a intervenção. Muitas vezes os adolescentes identificam-se com os profissionais jovens, o que facilita a motivação, o riso, o humor e o ambiente terapêutico utilizado por estes enfermeiros.

Q4 - Em termos de transferência é importante os enfermeiros transmitirem o que a criança e os pais sentem quanto aos tratamentos em curso (exemplo do esvaziamento vesical), o nível de sensibilidade e evolução da participação dos mesmos nos cuidados e perspetivas sobre os mesmos para o futuro, facilitar na recuperação.

Reunião nº 4

L1 - Estratégias utilizadas relacionadas com os cuidados físicos: Cuidados com o acne, utilização das roupas de casa, penteado, adereços, perfume e utilização do espelho. Outras estratégias são o ensino aos pais das crianças, valorizando os aspetos positivos e utilizando o reforço positivo. Utilização da comunicação dando ênfase à comunicação verbal não verbal (tom de voz...), ao nível da compreensão e da expressão. Promovendo o posicionamento correto, a mobilidade, o deslocar-se, o sentar-se...

L2 - O registo é feito em suporte de papel. Realiza-se o registo quanto ao foco de atenção autoimagem, apenas nas situações mais evidentes. É realizado trabalho em equipa tendo em conta os hábitos de vida, antes do internamento.

L3 - A intervenção de enfermagem varia com as diferentes situações. Algumas dificuldades prendem-se com o facto de os utentes lidarem de diferentes formas com a sua situação, sendo as mais difíceis de lidar as situações agudas/traumáticas em fase de revolta ou negação. Dificuldade na abordagem por parte dos profissionais, necessidade de formação. Fatores que facilitam são a boa disposição da equipa, capacidade de escuta, de rir, de estar com as crianças, adolescentes e seus pais; participação dos profissionais nas festas das crianças; almoço conjunto; passeios vários fora do serviço de internamento, para avaliar as barreiras na integração, a aceitação e a reação dos próprios. Promover a ida a casa e o confronto com os outros.

L4 - Nada a referir.

Reunião nº 5

S1 - Respeito pela privacidade; utilização das camas vagas com menor exposição no serviço, local mais reservado.

S2 - Não. Existe um programa informático mas não é utilizado.

S3 - No atendimento ao adolescente o serviço teve que ser adaptado em termos de recursos físicos, humanos e materiais e relacionais. Sendo detetadas algumas necessidades na comunicação com o adolescente, mas o facto de ser uma equipa jovem, facilita a intervenção.

S4 - Melhorar a comunicação com as equipas de enfermagem, nomeadamente melhorando os contactos com os enfermeiros de referência.

Reunião nº 6

T1 - Respeito pela privacidade e intimidade do adolescente. Reservamos as vagas menos expostas para os adolescentes, utilizamos cortinados para individualizar as unidades, painéis nas paredes para tornar o ambiente mais acolhedor, facilitando o uso de objetos de casa e uso do espelho nos cuidados de higiene e vestuário. Promovemos a visita dos amigos, ver programas de televisão, vídeo e jogos para a idade.

T2 - Não se utiliza linguagem CIPE, registo ainda feito em papel.

T3 - É dado ênfase na comunicação com o adolescente, mas ainda com necessidades de formação por parte dos enfermeiros.

T4 - Necessidade de melhorar a articulação dos cuidados, em crianças e adolescentes com patologia do foro da neurocirurgia ou traumatologia.

Reunião nº 7

U1 - Muito importante ouvir o adolescente, perceber o que ele quer saber. É preparada (improvisada) uma sala para realizar a consulta ao adolescente e selecionado pessoal sensível à problemática da

adolescência para o atendimento. Evitar levantar problemas ou piorar os mesmos com a atitude do enfermeiro.

U2 - Por vezes é utilizada linguagem CIPE, mas nem sempre é registado o foco autoimagem comprometida.

U3 - Necessidades de formação. Necessidades de espaço físico para entrevista ao adolescente. Equipa jovem facilita intervenção.

U4 - Intensificar a comunicação na transferência dos adolescentes com problemas neurocirúrgicos.

Reunião nº 8

V1 - Atendimento em gabinete improvisado para o efeito; criação de um folheto de acolhimento ao adolescente e família.

V2 - Por vezes é utilizada linguagem CIPE, mas nem sempre é registado o foco de atenção autoimagem.

V3 - Necessidade de formação dos enfermeiros, pelo que está a ser implementado um folheto de acolhimento aos pais e adolescentes.

V4 - Nada a melhorar.

Reunião nº 9

X1 - Os adolescentes são colocados em camas no mesmo quarto ou em quarto de isolamento quando é possível e respeitando a preferência do adolescente. Promove-se a utilização de objetos do domicílio como o pijama.

X2 - Não se utiliza. Registo em suporte de papel.

X3 - Necessidades de formação sobre as transições do adolescente.

X4 - Não se aplica.

Reunião nº 10

Z1 - Promover a privacidade, fechando as cortinas na observação. Utilização de objetos pessoais do domicílio. Participação dos adolescentes nos cuidados.

Z2 - Não se utiliza linguagem CIPE. Registo em suporte de papel.

Z3 - Necessidades de formação sobre a comunicação e de um guia de acolhimento aos pais e adolescentes.

Z4 - Não se aplica.

APÊNDICE V

NORMA - COMUNICAÇÃO COM O ADOLESCENTE E FAMÍLIA

Logótipo da Instituição

Serviço de Cirurgia Pediátrica

NORMA - COMUNICAÇÃO COM O ADOLESCENTE E FAMÍLIA

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:
Serviço/Órgão:	Serviço/Órgão:	Serviço/Órgão:
Nome: Rosa Santos	Nome:	Nome:
Assinatura	Assinatura	Assinatura
Data: Fevereiro 2013	Data:	Data:

1. OBJECTIVO

Aplicar princípios científicos de forma uniformizada, na intervenção de enfermagem junto do adolescente internado ou em ambulatório e sua família, no que diz respeito à comunicação.

2. ÂMBITO

A comunicação com o adolescente deve ser considerada pelos profissionais de enfermagem, tendo em conta o alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, até aos dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias, de forma gradual e progressiva e atendendo as especificidades de cada área de intervenção (Despacho 9871/2010), sendo a comunicação uma das competências a desenvolver. Por outro lado a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família (Carta da Criança Hospitalizada, Artº 8º). Assim, a presente norma aplica-se a todos os enfermeiros que desempenham funções no Serviço de Cirurgia Pediátrica.

3. DESCRIÇÃO

Para estabelecer uma comunicação adequada com o adolescente é importante o enfermeiro ter em conta as características da adolescência. Fonseca (2005) refere-se à adolescência como o percurso da dependência à autonomia, onde acontecem alterações a quatro níveis:

Biológico - comandadas pela puberdade, que irá influenciar o surto de crescimento e as diversas transformações a nível do corpo,

Cognitivo - referente à capacidade de elaborar raciocínios cada vez mais complexos,

Psicológico - desenvolvimento da autonomia e construção da identidade,

Social - relacionado com o desempenho de novos papéis.

A comunicação é essencial na relação enfermeiro/adolescente pelo que os enfermeiros como detentores de conhecimentos científicos que envolvem competências técnicas e humanas, devem estar conscientes das suas atitudes perante o outro, o qual espera de nós um profissional atento e compreensivo.

A comunicação é definida por Phaneuf (2005) como sendo um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas.

A linguagem verbal deve ser utilizada de forma simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias, assim como às reações com quem se estabelece a comunicação. As mensagens não verbais transmitidas ao cliente devem ter em conta os gestos, a mímica, reações emotivas, palidez/rubor da pele, suor, alteração do ritmo respiratório (Phaneuf, 2005).

A comunicação é uma habilidade imprescindível a utilizar na relação com a criança/jovem e família, que atribuem significados a cada gesto ou movimento realizado pelo que a comunicação com crianças de todas as idades, os componentes não verbais do processo de comunicação transmitem as mensagens mais importantes (Hockenberry & Wilson, 2011).

O enfermeiro deve ter a capacidade para reconhecer e entender os sentimentos do adolescente, procurando compreender o outro, observando os diferentes aspetos sob a sua perspetiva. Isto implica compreensão e empatia. O saber escutar, a disponibilidade para os ouvir, o sentarmo-nos ao seu lado, mesmo sem palavras, transmite-lhes segurança, fá-los sentir que existe alguém que se preocupa e em que podem confiar. Saber ouvir é uma das melhores formas de oferecer apoio, criando uma atmosfera recetiva e de aceitação com o adolescente e sua família (Hockenberry & Wilson, 2011).

4. RESPONSABILIDADES

Assim, alguns princípios devem ser tidos em conta, na comunicação com o adolescente:

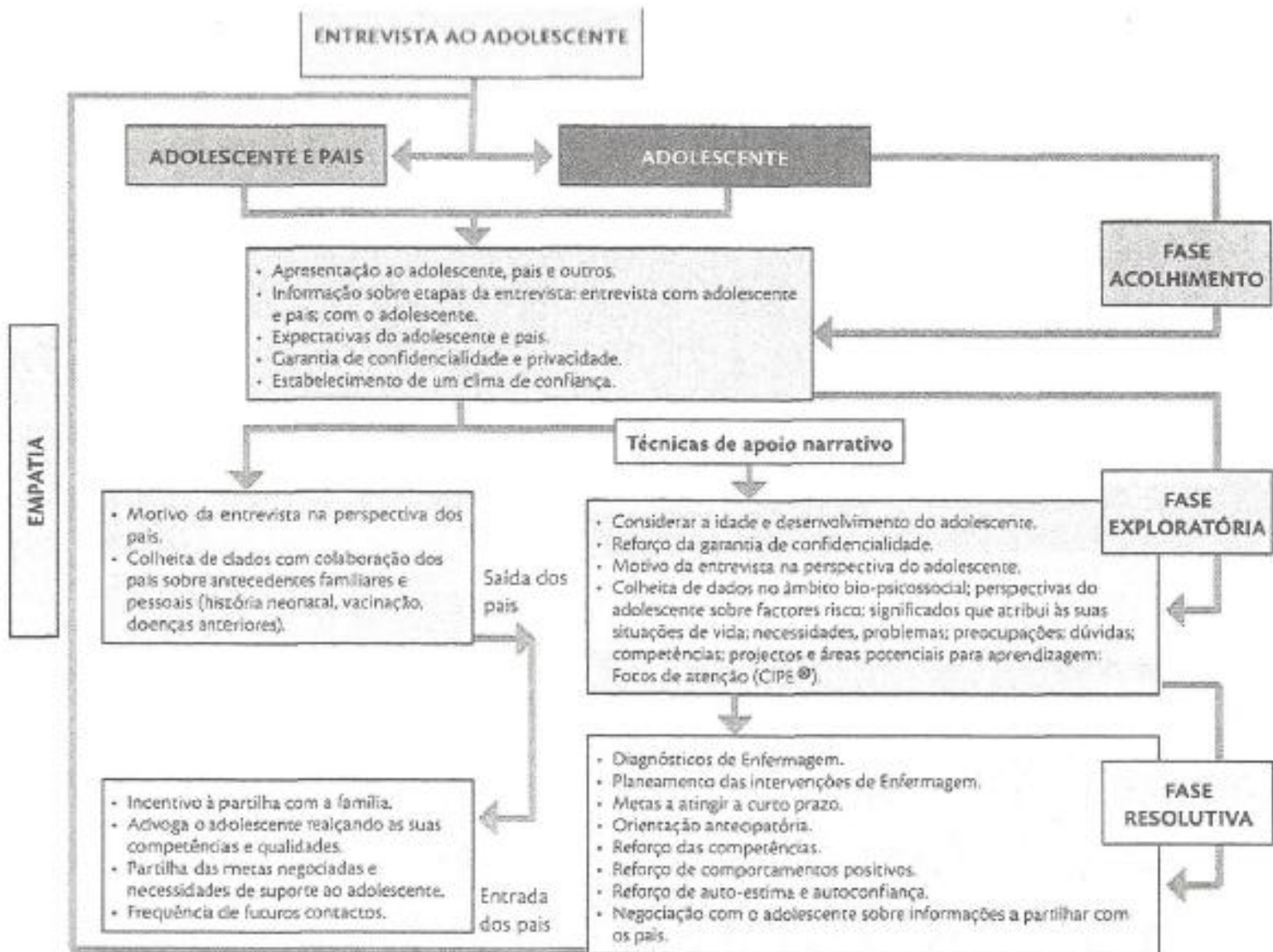
- Cumprimentar o adolescente em primeiro lugar e em seguida os familiares, saber qual o nome pelo qual gosta de ser chamado, apresentar outros profissionais, estabelecendo sempre o diálogo preferencialmente com o adolescente.
- Respeitar a privacidade do adolescente, durante a observação realizada.
- Garantir a confidencialidade, explicando ao adolescente, que os dados recolhidos só serão transmitidos se estritamente necessário, dentro da equipa multidisciplinar.
- Estabelecer uma relação baseada na empatia, demonstrando interesse em relação às suas preocupações, sentimentos, dificuldades e expectativas para o futuro, promovendo a confiança.
- Escutar, sem fazer juízos de valor, demonstrando disponibilidade e interesse pelos problemas do adolescente, evitando interrupções desnecessárias e fazendo o mínimo de registos, durante a interação.
- Estabelecer uma comunicação efetiva de forma a conhecer as áreas de intervenção de enfermagem, inicialmente utilizando perguntas menos pessoais, e depois de aprofundar a relação, fazer perguntas mais pessoais.
- Evitar assumir um papel moralista ou de companheiro do adolescente, transmitindo segurança.
- Utilizar uma linguagem adequada à fase de desenvolvimento em que se encontra, para que a mensagem a transmitir seja entendida, sem utilizar a linguagem do adolescente.
- Encorajar o adolescente a expor as suas dúvidas em relação à doença, facilitando a obtenção de toda a informação pertinente e relevante, sobre o seu plano de cuidados.
- Identificar competências do adolescente na adaptação à sua situação de saúde-doença, ajudando-o, envolvendo a sua família e outros recursos.
- Minimizar sentimentos contraditórios durante o internamento, promovendo a sua autonomia e independência, no autocuidado, integrando de forma positiva a experiência hospitalar.

- Fornecer informações antecipatórias sobre os cuidados a prestar. Em relação aos procedimentos invasivos ou não invasivos devem ser cuidadosamente explicados, quanto à necessidade de realização dos mesmos, tal como as finalidades e consequências. O medo, a ansiedade e o stress em relação às alterações da imagem corporal devem ser superados pela promoção de expectativas realistas.
- Envolver o adolescente no autocuidado de forma responsável utilizando como estratégia a negociação.
- Considerar a individualidade do adolescente, permitindo a utilização das suas roupas e objetos pessoais, promovendo os cuidados com a sua aparência.
- Demonstrar atitude de flexibilidade quanto à realização de atividades próprias da adolescência - ouvir música, ver televisão, usar computador, ler, jogar, etc, integrando-as no projeto de cuidados.
- Promover o papel parental durante a hospitalização, contribuindo para o desenvolvimento de competências para a participação dos pais enquanto parceiros nos cuidados, transmitindo segurança e envolvimento nos mecanismos de adaptação do adolescente.
- Incentivar as relações/socialização com os pares. A visita de amigos, colegas da escola, professores, promove a permuta de saberes, atividades e informação, minimizando o isolamento e promovendo o envolvimento de todos na recuperação.
- A entrevista do adolescente baseia-se na comunicação implementada com este e seus pais, e deve obedecer ao algoritmo definido pela Ordem dos Enfermeiros, no Guia Orientador de Boa Prática - Entrevista ao Adolescente (2010).

Referências bibliográficas:

- Despacho 9871/2010. DR II Série. 112 (2010-06-11) 32123.
- Fonseca, H. (2005). *Compreender os adolescentes - Um desafio para pais e educadores* (3ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Hochenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Carta da Criança Hospitalizada - Anotações* (2ª ed.). Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. "Cadernos da OE". Número 3, Série 1, Vol. I.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

ANEXO I - Algoritmo da entrevista ao adolescente (Ordem dos Enfermeiros, 2010)



APÊNDICE VI
OBJETIVOS PARA CADA CAMPO DE ESTÁGIO

**3ºCurso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular
Estágio com Relatório**



In: Quino (1989). *Toda a Mafalda*. Lisboa: Dom Quixote.

**OBJETIVOS PARA CADA
CAMPO DE ESTÁGIO**

Trabalho realizado por:

Rosa Santos, nº 3931

Docente:

Prof.^a Maria Filomena Sousa

Lisboa

2013

OBJETIVOS PARA CADA CAMPO DE ESTÁGIO

Objetivos Gerais/Específicos/Atividades para o estágio no SRPD

1 - Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções dos enfermeiros, realizadas com adolescentes, com alterações corporais, em situações de grande complexidade, nos quais a autoimagem se encontra comprometida.

1. 1 - Melhorar os meus conhecimentos sobre as intervenções dos enfermeiros na promoção de uma transição positiva, na autoimagem de adolescentes com alterações corporais

- Realização de pesquisa nas bases de dados científicas sobre a intervenção dos enfermeiros nesta transição;
- Realização de pesquisa sobre as intervenções terapêuticas utilizadas pela teórica Meleis.

1. 2 - Conhecer os recursos físicos, materiais e humanos do local de estágio, que facilitam a intervenção dos enfermeiros ao nível da conceção, gestão e supervisão dos cuidados à criança, e em particular junto do adolescente com alterações da autoimagem.

- Reuniões com a Enf^a Chefe, EESIP (Enf^a de Referência) e eventual perito na temática do projeto;
- Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados);
- Observação das estratégias utilizadas e realização de registo dos dados recolhidos em grelha de observação e registo e elaboração de jornal de aprendizagem sobre uma observação significativa sobre a temática em estudo.

1. 3 - Conhecer como a equipa se articula com outros técnicos/Serviços/Instituições na promoção da transição saúde-doença, em especial quanto à autoimagem dos adolescentes.

- Recolha de informações sobre os procedimentos de enfermagem relacionados com a articulação dos cuidados intra-hospitalares e extra-hospitalares;
- Acompanhamento dos adolescentes com alterações na autoimagem, nas atividades junto de outros profissionais de saúde.

2 - Conhecer os processos de adaptação e coping da criança/adolescente e família, em processos específicos de saúde-doença, e em particular com alterações corporais, tendo em vista a aceitação da sua autoimagem.

2. 1 - Aprofundar conhecimentos sobre a avaliação do desenvolvimento infanto-juvenil, de forma a melhor poder facilitar a transição saúde-doença, em particular nos adolescentes com alterações da autoimagem.

- Consulta de documentos oficiais utilizados na avaliação do desenvolvimento infantil;
- Aplicação dos conhecimentos adquiridos na avaliação do desenvolvimento infantil;
- Promoção da parentalidade no processo de transição saúde-doença, nos adolescentes com alterações corporais.

2. 2 - Utilizar técnicas de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento do adolescente.

- Consulta dos Guias Orientadores de boa prática (OE, 2010);
- Realização de leituras de documentos que deem especial ênfase à comunicação com o adolescente;
- Participação nos cuidados utilizando princípios científicos na comunicação.

2. 3 - Conhecer as dificuldades (condições inibidoras da transição) dos adolescentes com alterações corporais quanto à realização de uma transição positiva na sua autoimagem.

- Utilização da relação empática, em conversas informais, durante a prestação de cuidados;
- Identificação das manifestações apresentadas quanto ao desempenho de novos papéis relacionados com a sua autoimagem e seu registo nas reflexões realizadas;
- Contactos com os pais;
- Registo dos dados recolhidos em registo escrito reflexivo (jornal de aprendizagem) utilizando o Ciclo de Gibbs.

2. 4 - Conhecer técnicas específicas utilizadas na intervenção de enfermagem em adolescentes, com alterações corporais.

- Pesquisa sobre as terapêuticas de enfermagem referidas pela teórica Meleis e outros autores assim como na evidência científica;
- Utilização das técnicas na intervenção junto dos adolescentes com alterações da autoimagem;
- partilha com a equipa sobre a pesquisa realizada.

Objetivos Gerais/Atividades para estágio em CS

1 - Aprofundar conhecimentos sobre a avaliação do desenvolvimento infanto-juvenil, de forma a melhor poder facilitar a transição desenvolvimental, em particular no adolescente, nomeadamente quanto à sua autoimagem.

- Leitura de documentos oficiais utilizados na avaliação do desenvolvimento infantil;
- Aplicação dos conhecimentos adquiridos na avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil, nomeadamente através da entrevista durante as consultas de saúde infantil,;
- Avaliação do desenvolvimento infantil utilizando um instrumento de avaliação.

2 - Utilizar técnicas de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança, em especial do adolescente, assim como à sua situação de saúde.

- Consulta dos Guias Orientadores de Boa Prática (OE, 2010);
- Realização de leituras de documentos que deem especial ênfase à comunicação com o adolescente;
- Participação nas consultas de enfermagem de saúde infantil, utilizando os princípios científicos da comunicação.

3 - Conhecer as dificuldades dos adolescentes com alterações corporais quanto à realização de uma transição positiva na sua autoimagem.

- Utilização de comunicação adequada, facilitando a verbalização das suas preocupações, dificuldades e sentimentos durante a prestação de cuidados de saúde primários;
- Contactos com os pais;
- Leituras de documentos sobre as temáticas.

4 - Aprofundar conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem, na promoção da autoimagem do adolescente com alterações corporais, visando uma transição bem sucedida, ao longo do seu desenvolvimento.

- Pesquisa e leitura de documentos relacionados com intervenções dos enfermeiros, promotoras da transição, utilizando:
 - Bases de dados
 - Biblioteca da ESEL;
- Realização pesquisa sobre as intervenções terapêuticas utilizadas pela teórica Meleis.

5 - Conhecer as atividades realizadas pelos enfermeiros, promotoras da saúde e do desenvolvimento do adolescente, incluindo da sua autoimagem.

- Reuniões com a Enfª Chefe e com Enfª de Referência, (EESIP);
- Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados).

6 - Conhecer como a equipa se articula com outros técnicos/Serviços/Instituições na promoção da saúde da criança, em particular em relação ao adolescente a vivenciar a transição do desenvolvimento e da autoimagem.

- Recolha de informações sobre os procedimentos de enfermagem relacionados com a articulação dos cuidados intra e extra Institucionais;
- Acompanhamento dos adolescentes com alterações na autoimagem, nas atividades junto de outros profissionais de saúde (psicóloga, saúde escolar, apoios na comunidade).

7 - Promover a reflexão sobre a problemática junto dos profissionais de enfermagem.

- Discussão sobre o tema;
- Partilha de artigo de investigação utilizado na pesquisa bibliográfica.

Objetivos Gerais/Atividades para o estágio no SP

1 - Melhorar as técnicas de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança e do adolescente, assim como à sua situação de saúde.

- Consulta dos Guias Orientadores de boa prática (OE, 2010);
- Realização de leituras de documentos que deem especial ênfase à comunicação com o adolescente, em contexto de doença psiquiátrica na infância e adolescência, de forma a promover a expressão de emoções sobre a autoimagem.

2 - Aprofundar conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem, na promoção da autoimagem do adolescente com alterações corporais, na área da pedopsiquiatria, visando uma transição bem sucedida, ao longo do seu desenvolvimento.

- Pesquisa e leitura de documentos relacionados com intervenções dos enfermeiros, promotoras da transição, utilizando:
 - Bases de dados
 - Biblioteca da ESEL;
- Realização pesquisa sobre as intervenções terapêuticas utilizadas pela teórica Meleis, em contexto de intervenções com grupos de clientes.

3 - Conhecer o funcionamento do SP, quanto à assistência a adolescentes com alterações da sua autoimagem.

- Conversa com o Enfº Chefe e Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria;
- Observação participante de atividades de enfermagem realizadas no contexto da equipa multidisciplinar, que visem a promoção da autoimagem do adolescente.

4 - Observar as abordagens realizadas pelos enfermeiros, promotoras da autoimagem do adolescente, em contexto de internamento na área de pedopsiquiatria.

- Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, processos clínicos);
- Observação de procedimentos dos enfermeiros tendo em conta o guião elaborado.

5 - Promover a reflexão sobre a problemática junto dos profissionais de enfermagem

- Discussão sobre o tema;
- Partilha de informação, nomeadamente artigos de investigação.

Objetivos gerais/Atividades para o estágio na UCIP

1 - Aprofundar os meus conhecimentos sobre a promoção da autoimagem em situação aguda, visando uma transição bem sucedida.

- Realização de estudo sobre a temática da autoimagem;
- Pesquisa sobre as intervenções terapêuticas referidas pela teórica Meleis, em contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos.

2 - Conhecer a UCIP quanto à sua dinâmica e filosofia, na prestação de cuidados à criança e em particular a adolescentes com alterações da autoimagem.

- Reunião com a Enfermeira Chefe e Enfermeira de Referência (EESIP);
- Consulta de documentos disponíveis no local de estágio: protocolos, normas, manuais de procedimentos;
- Participação na articulação de enfermagem intra e extra Instituição, com outras Instituições, com a comunidade, nomeadamente através da UMAD (realização de visita domiciliária).

3 - Aprofundar técnicas de comunicação adequadas à idade, estágio de desenvolvimento infantil em particular em situação de doença aguda.

- Realização de leituras de documentos sobre comunicação, dando especial atenção aos que se relacionam com o adolescente em situação aguda;
- Utilização das técnicas de comunicação e princípios, utilizando metodologia científica.

4 - Conhecer as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados a crianças e adolescentes em particular com alteração da imagem corporal.

- Reunião com Enf^a Chefe e EESIP (Enfermeira de Referência) do local de estágio;
- Consulta de bibliografia sobre as estratégias referidas na evidência científica;
- Observação participante dos cuidados às crianças internadas na UCIP.

5 - Conhecer as dificuldades dos adolescentes, quanto à aceitação da imagem corporal, em situação aguda.

- Conversas com aos adolescentes, família e profissionais, utilizando os princípios da comunicação;

- Promoção da expressão de sentimentos e emoções nos adolescentes, face às alterações no processo de saúde doença, em particular quanto à imagem corporal, com base na relação terapêutica;
- Leitura de documentos sobre a temática.

6 - Conhecer técnicas específicas de abordagem em adolescentes com alteração da imagem corporal, em situação aguda.

- Consulta de evidência científica sobre o assunto;
- Observação de intervenções terapêuticas no local de estágio e seu registo em grelha de observação.

7 - Promover a reflexão junto dos profissionais de enfermagem, sobre a temática em estudo

- Reflexão sobre o tema com a Enfermeira de Referência;
- Partilha de informação no local de estágio, nomeadamente artigos de investigação.

Objetivos gerais/Atividades para o estágio no SUP
--

1 - Conhecer o Serviço de Urgência Pediátrica quanto à sua dinâmica e filosofia, na prestação de cuidados à criança e adolescente, e em particular com alterações da autoimagem.

- Reuniões com a Enfermeira Chefe e EESIP (Enfermeiro de Referência);
- Consulta de documentos disponíveis no local de estágio: protocolos, normas, manuais de procedimentos;
- Saber como se articulam os enfermeiros intra e extra Instituição, com outras instituições e com a comunidade.

2 - Aprofundar técnicas de comunicação adequadas à idade, estágio de desenvolvimento infantil em particular em situação de urgência.

- Realização de leituras de documentos sobre comunicação, dando especial atenção aos que se relacionam com o adolescente em situação aguda;
- Utilização das técnicas de comunicação e princípios, utilizando metodologia científica.

3 - Conhecer as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados a crianças e adolescentes, em particular com alteração da imagem corporal.

- Reunião com Enf^o Chefe e EESIP do local de estágio;
- Consulta de bibliografia sobre as estratégias referidas na evidência científica;
- Observação participante dos cuidados prestados a crianças e adolescentes, no SUP.

4 - Conhecer as dificuldades dos adolescentes, quanto à aceitação da imagem corporal, em situação aguda.

- Conversas com os adolescentes, família e profissionais, utilizando os princípios da comunicação;
- Promoção de expressão de sentimentos, nos adolescentes, face às alterações no processo de saúde doença, em particular quanto à imagem corporal, com base na relação terapêutica;
- Leitura de documentos sobre a temática.

5 - Promover a reflexão junto dos profissionais de enfermagem, sobre a temática em estudo.

- Reflexão sobre o tema com o Enf^o de Referência;
- Partilha de informação no local de estágio, nomeadamente artigos de investigação.

Objetivos gerais/Atividades para o estágio no SCP
--

1 - Prestar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, aos três níveis de prevenção.

- Consulta das orientações da Direcção-Geral da Saúde (2012), para a prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente quanto aos cuidados antecipatórios;
- Consulta das orientações da DGS (2012) quanto às idades recomendadas para as intervenções cirúrgicas;
- Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes;
- Promoção da parentalidade nos diferentes momentos do processo de saúde-doença, utilizando os princípios dos cuidados centrados na família;
- Promoção da participação da criança e adolescente no seu projeto de saúde;
- Respeito pelas questões ético-legais, nomeadamente consentimento informado, para os procedimentos/cirurgia;
- Preparação para procedimentos diagnósticos e terapêuticos/cirurgia;
- Cuidados após procedimentos/cirurgia tendo em vista a alta;
- Articulação com outros técnicos de saúde dando resposta às necessidades diagnosticadas.

2 - Utilizar técnicas de comunicação adequadas à idade, estágio de desenvolvimento e cultura da criança e adolescente.

- Realização de leituras de documentos sobre comunicação, dando especial atenção aos que se relacionam com o adolescente;
- Utilização de técnicas e princípios científicos.

3 - Conhecer as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados a crianças e adolescentes, em particular com alteração da imagem corporal.

- Realização de reuniões com os Enfermeiros Chefe/EESIP do local de estágio;
- Consulta de bibliografia sobre as estratégias referidas na evidência científica, relacionada com o contexto prático;
- Observação de intervenções realizadas pelos enfermeiros e seu registo em grelha de observação.

4 - Conhecer técnicas específicas de abordagem de adolescentes com alteração da imagem corporal.

- Consulta de evidência científica sobre o assunto;

- Observação e registo de intervenções terapêuticas utilizadas no local de estágio.

5 - Conhecer as possíveis dificuldades dos adolescentes, quanto à aceitação da imagem corporal, em diferentes momentos da transição em situações de grande complexidade.

- Promoção do diálogo com o adolescente;
- Promoção de expressão de sentimentos por parte dos adolescentes face às alterações no processo de saúde doença, em particular quanto à imagem corporal;
- Registo dos dados referidos pelos adolescentes/observados em grelha de registo;
- Realização de reflexão sobre os dados recolhidos.

6 - Desenvolver uma relação terapêutica com a criança/jovem e família em situações de grande complexidade, mau prognóstico e morte.

- Utilização da escuta ativa da criança, adolescente e família;
- Atitude de disponibilidade na prestação dos cuidados;
- Promoção de uma atitude de respeito pela criança e adolescente com alterações corporais;
- Promoção de um ambiente terapêutico.

7 – Identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem, quanto à temática em estudo.

- Reunião com a Enfermeira Chefe e EESIP.

8 - Contribuir para a formação da equipa de enfermagem, sobre a temática da autoimagem na adolescência, enquanto transição.

- Participação na formação em serviço, tendo em conta a temática desenvolvida.
- Elaboração de uma proposta de intervenção para o Enfermeiro Especialista, quanto à problemática apresentada;
- Elaboração de uma norma de procedimento de enfermagem para o SCP.

9 - Promover a autoimagem positiva aos três níveis de prevenção junto dos adolescentes, internados para cirurgia ou em ambulatório.

- Envolvimento dos adolescentes e família, no processo de cuidar, incluindo tratamentos, preparação para a alta, assim como dos pares, tendo em conta a singularidade de cada cliente;

- Fornecimento de orientações antecipatórias sobre as alterações ocorridas no processo saúde-doença, nomeadamente no desenvolvimento juvenil e face a procedimentos traumáticos;
- Promoção de hábitos de vida saudáveis, tendo em conta o desenvolvimento de uma autoimagem positiva: alimentação, adesão ao regime terapêutico, mudança de comportamentos, cuidados com o sol, exercício físico e lazer.

APÊNDICE VII

POSTER - DESENVOLVIMENTO DA AUTOIMAGEM NA CRIANÇA

Desenvolvimento da Autoimagem na Criança



A autoimagem é uma componente essencial do autoconceito da pessoa humana. Esta desenvolve-se a par do desenvolvimento infantil. Enquanto foco de intervenção de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011) a autoimagem é definida como conceito ou imagem mental de si próprio, do seu corpo, no seu todo ou em parte ou da aparência física do próprio.



Os bebés recebem informações sobre os seus corpos a partir da autoexploração e de estímulos sensoriais de terceiros.

Quando começam a manipular o seu ambiente, tomam consciência de que o seu corpo está separado dos outros.

(Hesselgrave, 2011)

Entre os 9 e os 12 meses as crianças reconhecem-se ao espelho e entre os 15 e os 18 meses distingue-se dos outros nas fotografias.

(Duclos, 2006)

Na idade pré-escolar as crianças tornam-se conscientes da totalidade do seu corpo, descobrem os seus genitais e a diferença entre os sexos masculino e feminino.

(Hesselgrave, 2011)

Na idade escolar as crianças começam a aprender sobre a estrutura interna do corpo, funcionamento, diferenças do tamanho e configuração do corpo.

Nesta fase qualquer desvio do padrão pode ser fonte de crítica e facilmente ridicularizado.

(Hesselgrave, 2011)

A adolescência é a fase do desenvolvimento, onde há maior preocupação com o aspeto físico, com as mudanças do corpo e com o seu novo *eu*.

O adolescente integra no seu autoconceito, vive conflitos entre o corpo real/corpo ideal, sendo a imagem corporal um elemento crucial na formação da identidade.

(Hesselgrave, 2011)

Tendo em conta o desenvolvimento infantil qualquer situação patológica ou intervenção que afete a imagem corporal, quer seja momentânea ou permanente, requer da parte do enfermeiro uma atuação cuidadosa (Opperman & Cassandra, 2001) nas diversas áreas de intervenção de enfermagem.



Referências bibliográficas:

Duclos, G. (2006). *A auto-estima, um passaporte para a vida*. Lisboa: Climepsi Editores.

Hesselgrave, J. (2011). Influências da promoção de saúde no desenvolvimento da criança - In

Hochenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.

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

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIFE - Versão 2 - Classificação para a prática de enfermagem*. Lisboa: Autor.

Fonte das imagens: www.google.com

APÊNDICE VIII
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DO EESIP

LOGÓTIPO DA INSTITUIÇÃO

Proposta de intervenção do EESIP na promoção da autoimagem do adolescente com alterações corporais

Dada a singularidade das alterações relacionadas com a autoimagem, cabe ao EESIP propor um plano de intervenção, tendo em vista a promoção da autoimagem positiva no adolescente, cujas circunstâncias de saúde-doença a alteraram. Tendo em conta a toda a experiência desenvolvida ao longo do estágio e o estudo do tema realizado, saliento algumas intervenções do EESIP, na promoção da autoimagem, no adolescente com alterações corporais, que pretendo implementar na minha prática profissional, no SCP.

Assim, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria:

- Tem por base a teoria das transições de Meleis (2010), em que intervém como facilitador dessas mesmas transições.
- Respeita os princípios éticos e deontológicos, nas intervenções promotoras da autoimagem entre os quais dever de informação, dever de sigilo, respeito pela intimidade.
- Reflete sobre a problemática da autoimagem, dos clientes, no seu contexto prático, e sobre as suas próprias dificuldades, crenças e valores face ao tema (Phaneuf, 2005).
- Identifica sinais e sintomas que evidenciam compromisso da autoimagem, pela observação, entrevista e avaliação do desenvolvimento, utilizando boas práticas (OE, 2010) nos diferentes contextos profissionais.
- Estabelece objetivos realistas, em conjunto com o adolescente e família, para aos cuidados a desenvolver de forma a melhorar a autoimagem, utilizando o contrato terapêutico e com base na esperança nos processos de saúde-doença (Charepe, 2012; Morales & Castillo, 2007).
- Define ações de enfermagem que promovam a autoimagem, nas dimensões fisiológica, psicológica e social, respeitando a individualidade do adolescente.

- Utiliza recursos humanos, materiais e técnicos de que dispõe de forma antecipatória, prevenindo alterações na autoimagem em cada fase de desenvolvimento.
- Comunica com o adolescente em ambiente terapêutico e de acordo com a sua idade, desenvolvimento e situação de saúde-doença e sua cultura, utilizando uma atitude positiva, dando especial atenção à comunicação não verbal, relacionada com a autoimagem (Phaneuf, 2005).
- Promove a expressão de emoções, com base na relação de ajuda (Phaneuf, 2005).
- Gere os seus próprios sentimentos, das crianças, adolescentes e suas famílias, que experimentam a "perda" da autoimagem perfeita (Phaneuf, 2005).
- Prepara o adolescente para procedimentos relacionados com o seu corpo, e as alterações destes decorrentes, negociando a sua participação nos mesmos.
- Envolve os estudantes de enfermagem, na problemática da autoimagem, em cada contexto da prática (Salter, 1992; Santos, 2008).
- Utiliza conhecimentos pluridisciplinares na promoção da autoimagem.
- Utiliza técnicas específicas de enfermagem, integradas em plano de cuidados individualizado.
- Utiliza a evidência científica, relacionada com o seu contexto prático, na programação de intervenções promotoras da autoimagem.
- Transmite à equipa de enfermagem informações pertinentes sobre a autoimagem dos clientes, de forma oral e escrita (diário de enfermagem, carta de alta, carta de transferência, Boletim Individual de Saúde).
- Promove a continuidade de informação entre Instituições de saúde, tendo em conta os problemas detetados.
- Reflete com a equipa multidisciplinar as estratégias promotoras da autoimagem do adolescente.
- Promove a integração de crianças e adolescentes, com alterações corporais, na escola e na comunidade (grupos de apoio, associações).
- Promove o contacto do adolescente com os seus pares, no processo de saúde-doença.

- Promove os cuidados centrados na família, tendo em conta a parceria, com vista à autonomia do adolescente nos cuidados com a sua autoimagem (Hochenberry & Wilson, 2011).
- Regista em suporte informático ou suporte de papel, no plano de cuidados, o que respeita à autoimagem.
- Encaminha para outros profissionais de saúde, nomeadamente de saúde mental, quando apresentam sintomas de perturbação da esfera emocional ou do comportamento alimentar (Ministério da Saúde, 2009).
- Articula com outros profissionais, reforçando autoimagem positiva, dando resposta às necessidades do adolescente.
- Regista as intervenções especializadas realizadas na articulação dos cuidados, com outros profissionais, em impresso próprio (Apêndice I).

Referências bibliográficas:

- Charepe, Z. (2012). Promoção da esperança nos processos de saúde-doença. In *Ciclo de Conferências Saber mais sobre...* Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 25-10-2012. Lisboa.
- Hochenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde (2009). *Recomendações para a prática clínica de saúde Mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Consultado em 03-10-2012, disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>.
- Ordem dos Enfermeiros Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1, Vol. I.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Morales, L. & Castillo, E. (Octubre-Diciembre/2007). Vivencias de los(as) adolescentes en diálisis - Una vida con múltiples pérdidas pero con esperanza. *Colombia Médica* 38 (4) (supl 2) 44-53.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Autor.

Apêndice I - Folha de registo de intervenções do EESIP, no âmbito da articulação dos cuidados

NOME DA CRIANÇA	PROBLEMA IDENTIFICADO	ARTICULAÇÃO REALIZADA	DATA RÚBRICA

APÊNDICE IX
REFLEXÕES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO

**3ºCurso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular
Estágio com Relatório**



**REFLEXÕES REALIZADAS
DURANTE O ESTÁGIO**

Trabalho elaborado por:

Rosa Santos, nº 3931

Docente:

Prof.^a Maria Filomena Sousa

Lisboa

2013

Reflexão 1 - Estágio no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

A reflexão sobre a ação permite transformar a mesma, em especial quando o profissional assume novamente o papel de estudante e assim apreende novas competências na sua área de intervenção e noutras em que poderá vir a intervir.

O início de um estágio é marcado por um período de integração, e é em relação a esse período que inicio a presente reflexão.

Tendo em conta o meu projeto a desenvolver na disciplina de estágio com relatório, subordinado ao tema "Promoção da autoimagem no adolescente com alterações corporais - Contributos de enfermagem", selecionei para local de estágio o SRPD. Esta escolha baseou-se na possibilidade de acompanhamento de adolescentes que vivem transições no seu estado de saúde-doença, em simultâneo na sua autoimagem, provocadas por doenças agudas, crónicas ou outros eventos (Meleis, 2010). Esta escolha também se baseou no conhecimento de muitos adolescentes enviados pelos serviços onde tenho desempenhado funções para o SRPD. A experiência neste campo de estágio permite-me o acompanhamento destes adolescentes, no processo de transição do hospital para o domicílio, tendo em conta a adaptação nas diferentes atividades de vida diária, assim como na inserção social. (...) Este momento de integração, foi fundamental para redefinir os objetivos e atividades a desenvolver, com base numa avaliação inicial, para conseguir atingir as competências de Enfermeira Especialista em Saúde da Criança e do Jovem.

A integração assenta no conhecimento das condições físicas, humanas e materiais, em particular as que estão relacionadas com a promoção da autoimagem no adolescente. Os recursos que considerei mais importantes na promoção da autoimagem foram os seguintes:

Recursos físicos

- A cor cinzenta, impressa nas paredes do Serviço de Pediatria, a contrastar com a dos cortinados alaranjados, sem qualquer motivo relacionado com a adolescência;

- O espaço físico amplo, importante na prestação de cuidados de qualidade, facilitando quer as condições de trabalho dos profissionais, quer a mobilidade dos doentes, nomeadamente nas casas de banho, enfermarias e refeitório. O espaço físico também se tornou importante, ao tratar questões de privacidade e intimidade dos adolescentes;
- A localização estratégica dos equipamentos: lavatórios e espelhos que promovem a participação dos doentes no seu autocuidado frente ao espelho, nomeadamente na promoção da aceitação da nova autoimagem;
- Os locais onde se desenvolvem as atividades com as crianças situam-se todas no mesmo piso, facilitando assim a acessibilidade aos mesmos;
- Salas reservadas ao internamento de adolescentes rapazes ou raparigas respetivamente, sendo as outras salas distribuídas pelas crianças mais novas e sala de observação;

Recursos humanos

- Os recursos humanos, no Serviço de Pediatria, têm como pilar a Enf^a Chefe e Enf^a Coordenadora, com formação especializada em saúde infantil e pediatria, alguns elementos da equipa com formação em reabilitação e um também em saúde mental; nos aspetos relacionados com a autoimagem esta mais-valia permitiu complementar as intervenções de enfermagem, dada a complexidade do tema;
- A equipa multidisciplinar diversificada permitiu dar resposta às necessidades dos doentes, nomeadamente com a presença da educadora, até às 20 horas, existindo articulação das atividades com a equipa de enfermagem;

Recursos materiais

- A existência de recursos específicos para promover a autonomia dos doentes foi fundamental, nomeadamente ajudas técnicas como talas, andarilhos, banheira-maca, cadeiras de transporte adaptadas a cada situação, cadeira de banho e outros;
- Os impressos utilizados para os registos, em suporte de papel assentam na utilização de várias escalas, permitindo aos enfermeiros avaliarem a evolução dos doentes.

Algumas conversas com profissionais de enfermagem permitiram-me perceber:

- O interesse pelo tema da autoimagem nos adolescentes, para estes profissionais, apesar das dificuldades em abordar o tema;
- Existência de um perito (Pereira, 2004), que já trabalhou neste Serviço e que desenvolveu um trabalho na área temática abordada, em adolescentes com traumatismo vertebro-medular;
- Profissionais também interessados por este tema nomeadamente na sala de treino de "Atividades de Vida Diárias", onde os doentes se preparam para a realização de atividades de vida, tendo em conta a integração no seu domicílio.

Saliento também, algumas atividades realizadas no SRPD, em que tive oportunidade de participar:

- Visita médica, em que foram apresentados os casos clínicos, alguns dos quais já conhecia, que foram transferidos do meu local de trabalho;
- Reunião de alta, com assistente social, médicos, terapeutas e pais;
- Acompanhamento dos procedimentos no caso de alta e sua articulação com o CS;
- Acompanhamento dos adolescentes nas diversas atividades de vida diária como higiene pessoal, ambiente seguro, eliminação vesical e intestinal, respiração, movimentar-se, expressão da sexualidade, sono e repouso, comunicação; nesta atividade pude realizar observação de manifestações relacionadas com a autoimagem;
- Acompanhamento de adolescentes em diversas atividades terapêuticas, em que os mesmos manifestam algumas dificuldades relacionadas com a transição na sua autoimagem;
- Conversas com os pais avaliando a parentalidade, diagnosticando algumas falhas de conhecimento.

Algumas destas atividades permitiram-me refletir sobre a vivência destes adolescentes com alterações na autoimagem, após a transferência do hospital, onde vivenciaram a fase aguda, agora numa perspetiva diferente, tendo em vista a integração na família e na sociedade. Deste modo, o confronto com as dificuldades reais, com as limitações, com o próprio diagnóstico de doença crónica, com a primeira ida a casa, são momentos que exigem a intervenção dos enfermeiros, nomeadamente na promoção da autoimagem. A intervenção estendeu-se aos pais das crianças e adolescentes, desde a compreensão da fase de reação à doença dos

filhos, à intervenção na promoção do papel parental, nas atividades de vida dos filhos.

Inicialmente, senti um sentimento de impotência na ajuda prestada a estes adolescentes, de forma a facilitar a transição na sua autoimagem, contudo o acompanhamento dos mesmos nas atividades permitiu-me perceber melhor as suas dificuldades, estabelecendo um paralelo com as pesquisas realizadas. Uma das limitações encontradas foi a privacidade e individualidade que algumas questões relacionadas com o corpo requerem, não sendo fácil a abordagem deste problema, em contexto real. Foi fundamental a observação, para poder perceber algumas dificuldades, manifestadas por sentimentos de ambivalência, de angústia, de desespero, de raiva, de fuga entre outros. A entrevista, utilizando perguntas abertas, também me permitiu que os adolescentes verbalizassem alguns fatores relacionados com as transições que estão a viver. Os fatores abordados foram essencialmente os fatores facilitadores, como as relações com os amigos e família, e os avanços realizados nas terapias específicas (reabilitação, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outras).

As minhas dificuldades foram ultrapassadas com a consulta dos diversos profissionais que acompanham este tipo de transições há mais tempo, consulta de documentação relacionada com a adolescência, como o guião de entrevista ao adolescente, assim como evidência científica relacionada com as vivências de adolescentes com alterações corporais, como tetraplegia, com esvaziamentos vesicais, nos quais se encontra associada também a depressão (Campos, Avoglia & Custódio, 2007). O aprofundamento destas questões levou-me a realizar intervenções de enfermagem com conhecimentos mais consolidados.

Na segunda semana do estágio a minha reflexão centrou-se mais na prestação de cuidados aos clientes, e no questionamento sobre as minhas práticas. Como se diagnostica o problema relacionado com a autoimagem? Como comunicar com adolescentes e família, com alterações corporais, em que a autoimagem se encontra comprometida? Como se promove a parentalidade em pais de adolescentes, com alterações na autoimagem? Que estratégias implementar? Deveremos ou não promover a esperança e de que forma?

A resposta a estas questões permitiu-me desenvolver algumas competências propostas, como a promoção de *coping* e adaptação, e a promoção de autoimagem positiva.

Quanto ao diagnóstico de alteração de autoimagem, referido pela CIPE, tive necessidade de aprofundar o modelo teórico de Nancy Roper (Roper, Logan & Tierney, 2001), utilizado no local de estágio, para melhor poder relacionar a teoria com a prática, o que resultou na sessão de formação, com exemplos apresentados, relacionados com algumas situações de saúde de adolescentes internados existentes no Serviço e apresentando um exemplo de plano de cuidados. A forma como comunicamos com os adolescentes foi uma das questões abordadas nas reflexões com os profissionais em relação à comunicação verbal e não verbal. Devemos ser diretivos ou não diretivos, com os adolescentes e seus pais? Em que fase da reação à hospitalização estes se encontram? Será que estão preparados para receberem as nossas orientações?

Muitas vezes, constatada pela equipa multidisciplinar a dissonância entre a expressão verbal e não verbal dos adolescentes e seus pais, questionamo-nos em equipa como intervir. A questão persiste, face ao objetivo da hospitalização, capacitar para a alta, e sendo esta cada vez mais precoce, como poderemos capacitar sem dar tempo para a interiorização das dificuldades, respeitando os silêncios de cada um, esperando o melhor desenlace possível. Por outro lado torna-se importante encontrar o meio termo para os pais que tentam superproteger e substituir os filhos, ou para os que se demitem totalmente das funções parentais e as delegam totalmente nos profissionais. Esta questão parece difícil de responder e não é consensual entre os profissionais. Por esse motivo tive necessidade de consultar evidência científica, sobre a perceção da imagem corporal pelos próprios clientes, e perceber as possíveis reações à doença para poder propor intervenções, quer para os adolescentes, quer para os seus pais. A intervenção nestes aspetos segundo os documentos consultados, foi de encontro à participação ativa do adolescente no seu processo de transição e foi o que pude constatar em algumas situações de cuidados como a preparação para a alta e a programação do primeiro fim de semana em casa. Estes cuidados foram necessariamente planeados em

equipa multidisciplinar, tentando lidar com a incerteza, sentimento manifestado por estes clientes face às várias transições que estão a viver.

Permanece em aberto a questão relacionada com a comunicação, dizer a verdade ou não. Da minha experiência vivida, pude aperceber-me que as opiniões não são consensuais. A conferência "Promoção da esperança nos processos de saúde-doença" (Charepe, 2012) ajudou-me a ter uma perspetiva mais clara sobre a esperança/incerteza que vivem estes adolescentes e suas famílias. A esperança baseada no sentido da vida, faz parte da natureza humana, então, esta deve ser baseada em objetivos e orientada pela motivação, suportada em recursos externos e internos. Assim, esta é reconhecida como um mecanismo de *coping*. Por tudo isto, foi uma estratégia desenvolvida em situações de grande complexidade, como na transição saúde-doença. Os relacionamentos em mutualidade (Meleis, 2010) estão relacionados com a promoção da esperança, contudo nos adolescentes que acompanhei, não verifiquei que esse caminho fosse útil para atingir a transição bem sucedida, o que me sugeriu necessidade de maior pesquisa sobre esta questão.

Aproveito para refletir também sobre um momento de grande tensão vivido por um adolescente, de 13 anos de idade, tetraplégico, vítima de lesão vertebro-medular, por mergulho em piscina; esse momento, também influenciou a reflexão dos enfermeiros sobre a prestação de cuidados. Quando eu e a Enf^a de Referência tentávamos uma estratégia de administração de antibiótico em xarope, para substituir a toma em comprimido, que o adolescente não tolerava, também verificávamos em simultâneo a competência parental para administração do mesmo na transição para o domicílio. Nesse momento, o adolescente reagiu através de gritos, manifestando revolta por estar vivo, por ter sido reanimado no acidente, por estar a sofrer, referindo o desejo de morte associado a algum descanso físico e espiritual.

Esta situação totalmente inesperada naquele momento da toma da medicação, foi para nós profissionais fonte de reflexão, transmitida à equipa no sentido de compreendermos a fase que o adolescente estava a passar. Refletimos sobre a técnica que utilizamos para administrar o xarope, pois tínhamos chamado a mãe à parte e explicamos a importância de manter uma atitude positiva face ao tratamento

da infecção urinária e de promover a autonomia nesse cuidado, para o poder fazer no domicílio. Mas não era isso que se tratava, mas foi graças a essa situação, que já era um *stressor* anterior, que desencadeou a raiva e a revolta manifestada naquele momento. Concluímos que tinha sido bom termos validado com a mãe previamente, pois, naquela altura ela interveio em primeiro lugar, com uma postura serena e confortando o filho. A Enf^a de Referência e eu utilizámos a técnica da distração e descentração do problema, o que nos permitiu administrar o xarope e no fim todos comemos gomas, que o adolescente nos ofereceu, pois era só com estas que mascarava o sabor do xarope. Neste dia o adolescente foi à consulta de psicologia e não falou mais nada sobre o assunto. Falei com a psicóloga mais tarde sobre o problema, onde percebi que a sua opinião era que este adolescente e sua mãe necessitavam deprimir, para se erguer de novo.

Enquanto o adolescente se encontrava na consulta de psicologia, deparei-me com a mãe com a cabeça baixa, enrolada na gabardine cinzenta, sozinha como habitualmente. Falámos sobre o sucedido com o filho de manhã. Tentei perceber se a ajudava falar com outras pessoas, o que pareceu difícil uma vez que sempre foi muito introvertida. Falámos sobre o resto da família, os apoios e a ida de fim de semana. Neste momento, a preocupação da mãe era a imensidão de atividades organizadas em favor do adolescente, não havendo tempo para estar simplesmente em casa após dois meses de internamento. Na reunião de enfermagem, percebi que esta senhora não procura ajuda, conversa quando solicitada, mas os profissionais é que têm que ir ao seu encontro, incluindo a psicóloga. Alguns enfermeiros referem alguma hostilidade quando convidada a realizar os cuidados ao filho tendo em vista a alta, assim como alguns problemas na comunicação. A análise destas reações interferem na preparação para a primeira ida a casa.

Ao realizar o esvaziamento vesical, o adolescente verbalizou a "impressão de ver o tubo entrar na pilinha" o que aconteceu após o ter interrogado porque estava com um olho aberto e outro fechado e a puxar a blusa para cima, durante o procedimento. Esta afirmação confirmou o que anteriormente me tinha falado em relação aos pesadelos sobre o corpo, em sensação de morte no fundo da piscina e a impressão que lhe causava ver os profissionais a andar (e ele não poder andar), a

impressão que lhe causava estar no refeitório com outras crianças em cadeira de rodas a almoçar.

Estas manifestações levaram-me em particular a refletir sobre as reações do adolescente face ao acidente e às alterações físicas, que alteraram a sua autoimagem de jogador de rãguebi, autónomo nas suas atividades de vida diária e agora dependente em quase todas elas. Estas reações foram de encontro ao que encontrei na literatura (Campos, Avoglia & Custódio, 2007), sendo que a intervenção deve ser em termos multidisciplinares, pois as dificuldades na comunicação prejudicam ainda toda esta problemática. Como fator positivo na transição saliento que o adolescente dispensou a presença da mãe nas consultas de psicologia; noutros momentos também pediu para ficar sozinho, o que interpretei como uma necessidade no seu desenvolvimento e na busca da sua identidade, através da reflexão.

Saliento o fato desta família não procurar partilhar com mais ninguém o seu sofrimento, inclusivamente com outros pais numa situação semelhante, apesar da sua ser única. Face a isto sugeri à equipa a estratégia de substituir a permanência da mãe por uma tia, por períodos, o que anteriormente se revelou eficaz, dado o cansaço prolongado que este internamento implica, a par do afastamento do domicílio.

Mais uma vez me questioneei em que momento devemos intervir ou deixar deprimir ou intervir de forma mais diretiva, dado que temos que validar os ensinamentos e preparar a alta, tendo em conta prazos.

Esta situação criou em mim um misto de emoções como pena, angústia, frustração e impotência, por não ver resultados tão imediatos como gostaria. Como já conhecia a situação da Instituição de onde tinha sido feita a transferência, o meu local de trabalho, estabeleci com a família uma relação de confiança. Não tinha a perceção sobre estes clientes terem que lidar com o desconhecimento do que lhes está a acontecer, apesar de estarem informados. Neste sentido pude intervir na prevenção de fatores de *stress*, minorando a ansiedade nomeadamente nos procedimentos traumáticos (estudos urológicos, consultas de seguimento). O fato de ter acompanhado este adolescente em exames complementares de diagnóstico, permitiu-me reforçar-lhe a necessidade de cuidados físicos como os esvaziamentos

vesicais, para prevenção de outras complicações; para isso foi explorado o período do pensamento formal (Almeida, 2007) em que o adolescente se encontra, para lhe explicar os mecanismos fisiológicos afetados.

Referências bibliográficas:

- Almeida, J. M. R. (2007). *Adolescência e maternidade* (3ª ed.). (pp. 47-78). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Campos, M. T. Avoglia, H. R. C. Custódio, E. M. (Janeiro-Dezembro/2007). A imagem corporal de indivíduos com paraplegia não congênita: Um estudo exploratório. *Formação* Ano 11 (11).
- Charepe, Z. (2012). Conferência - "Promoção de esperança nos processos de saúde-doença", Universidade Católica Portuguesa, 25-10-2012, Lisboa.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Pereira, J. F. C. (2004). *Dupla metamorfose – Contributo para a compreensão das vivências e percepções do corpo nos adolescentes com lesão vertebral medular*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em saúde. Universidade Aberta, Lisboa.
- Roper, N. Logan, W. Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.

Reflexão 2 - Estágio no Centro de Saúde

Na primeira semana de estágio no Centro de Saúde encontrava-me entusiasmada quanto à oportunidade de cuidar de adolescentes em plena transição desenvolvimental (Meleis, 2010), de forma a dar resposta aos objetivos traçados para este estágio. Face à não existência de consulta de adolescentes neste Centro de Saúde, nem em nenhuma das extensões deste centro, optei por acompanhar adolescentes também noutras consultas como planeamento familiar, saúde materna

e sala de tratamentos, dado o número reduzido de adolescentes na consulta de saúde infantil.

Uma dessas experiências que considerei interessante foi a consulta a uma adolescente de 17 anos, que recorreu à consulta de planeamento familiar. Esta encontra-se a morar e a estudar numa escola secundária da área de influência deste Centro de Saúde.

Nesta consulta tive oportunidade de desenvolver todos os passos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2010), no Guião de Boas Práticas, para a entrevista ao adolescente, desde o acolhimento e apresentação, assim como o pedido de autorização para participar na consulta, uma vez que já existia anteriormente uma relação estabelecida com a Enf^a de Referência, que acompanha toda a família. A adolescente foi questionada sobre o motivo de recorrer à consulta, sendo este o reinício da contraceção e o acesso à mesma. Fiz ensino sobre o método escolhido pela adolescente e também sobre a proteção das doenças sexualmente transmissíveis e evicção de comportamentos de risco, após a colheita de dados prévia.

Os contributos para a reflexão sobre o tema do meu projeto basearam-se sobre uma pergunta aberta que fiz sobre como está a correr esta fase da adolescência, se teve algumas alterações corporais que a preocupassem. A rapariga refere que "está tudo bem". Contudo, com o decorrer da consulta e depois de conhecer as suas motivações profissionais para ser hospedeira, a mesma pergunta foi respondida de forma diferente. Sobre as alterações corporais manifesta a seguinte preocupação "começam a incomodar-me as gorduras na cintura e na anca". Este foi o ponto de partida para refletir com a adolescente sobre as alterações corporais na adolescência, diferenças entre géneros, imagem corporal nesta fase de desenvolvimento. Também foram abordadas as alterações corporais provocadas eventualmente pelo método contracetivo escolhido. Considerei importante a relação empática estabelecida com esta adolescente, transmitindo confiança, de forma a verbalizar as suas preocupações e dificuldades, o que não existia no início da entrevista. A adolescente recorreu à consulta sozinha, parecendo marcar a sua autonomia, nesta fase de desenvolvimento.

Abordando o exemplo desta consulta com a Enfermeira de Referência, refletimos na dificuldade em implementar o algoritmo da entrevista ao adolescente (OE, 2010) nomeadamente na saída dos pais em parte da consulta, não sendo este o caso, mas eventualmente em casos futuros. Também questioneei a acessibilidade a outro CS no caso da adolescente querer manter a sua privacidade, visto toda a família ser seguida neste CS.

Refleti ainda, sobre a questão da necessidade de reforçar a confidencialidade da consulta, durante a mesma, também porque a adolescente se mostrava um pouco tímida, comportamento talvez relacionado com o facto de toda a família ser seguida pela Enf^a de Referência.

Na fase final da entrevista, e dada a receptividade da adolescente às orientações dadas foi feita a sugestão para recomendar esta consulta às amigas.

De salientar a observação da adolescente que se apresentou tímida, o que é esperado face à privacidade e confidencialidade de um aspeto tão íntimo que é a sua sexualidade (...).

Dado encontrar-me num contexto de Cuidados de Saúde Primários, esperava contactar com adolescentes saudáveis e a experimentar apenas a transição desenvolvimental. Contudo, surgiram outras situações que considerei muito importantes na intervenção secundária e terciária. Isto foi possível no acompanhamento de um rapaz de 22 anos que considerei para a minha intervenção, tendo em conta a dificuldade em estabelecer o final da adolescência (Fonseca, 2002). Este rapaz acrescia à transição desenvolvimental, a transição saúde-doença (Meleis, 2010), visto ser um doente crónico, com cardiopatia congénita. Este recorreu ao CS, para consulta de urgência, por apresentar sinais inflamatórios no implante que lhe tinha sido colocado 10 dias antes no abdómen, onde que fazia perfusão de um vasodilatador. A mãe contou-me a história de saúde do filho, atualmente com hipertensão pulmonar descompensada. Esta situação fez-me recordar conhecimentos anteriores, de quando trabalhava em cardiologia pediátrica e constatando que já tinha prestado cuidados a este rapaz, quando tinha seis anos. O que me permitiu estabelecer uma relação empática e compreender melhor o processo de transição saúde-doença que este rapaz estava a experimentar, assim

como a transição organizacional que também experimentava, no tratamento da sua doença (Meleis, 2010).

Face aos sinais físicos relacionados com a patologia, como estatura baixa, tom azulado da pele e unhas, tentei perceber como era o seu dia a dia. Apesar de já não estudar, saía à rua, com as suas limitações apesar de fazer oxigenioterapia à noite. Toma banho e faz a sua vida habitual mesmo com o implante no abdómen. Apesar de ser uma novidade na sua tratamento, referiu-me que era um tratamento "para a vida toda". Conferi toda a medicação tentando perceber se havia algum indício de não adesão à terapêutica, concluindo que era apenas necessário e urgente ser medicado para a inflamação local. Observei um rapaz resiliente face às alterações corporais que apresenta, quanto ao futuro e às limitações, vivendo o seu dia a dia, baseado num futuro incerto face à não indicação para transplante cardíaco. Esta perspetiva foi bastante diferente da postura da adolescente que se sentia incomodada com as gordurinhas na anca. No caso deste rapaz a preocupação principal era a inflamação que lhe começava a limitar as suas atividades diárias, pelo que foi encaminhado à médica para ser medicado. Também sugeri o contacto com o laboratório que forneceu o implante, para verificar se os cuidados com o mesmo estavam a ser seguidos corretamente e avaliar o que se poderia fazer para evitar o agravamento da inflamação local e a infeção sistémica. Este foi um exemplo de intervenção aos três níveis de prevenção.

Neste CS a consulta de enfermagem é marcada semanalmente durante o 1º mês de vida para o recém-nascido, para monitorização do peso corporal. Este é o ponto de partida para a avaliação da amamentação/aleitamento artificial, da parentalidade, dos laços afetivos, e das dificuldades dos pais. Numa destas consultas deparei-me com uma adolescente de 16 anos, mãe de um bebé de 1 mês. Esta foi uma oportunidade de avaliar o bebé, mas também de ajudar a mãe na transição para a maternidade, a par da transição desenvolvimental em que se encontra enquanto adolescente (Meleis, 2010). Esta intervenção de enfermagem incidiu sobre os novos papéis a desempenhar como amamentação, prevenção de acidentes, higiene do bebé, vestuário, vacinação, suporte familiar etc. Contudo, esta foi uma surpresa para mim, quanto à afetividade e o cuidado com o recém-nascido nesta adolescente

nesta fase da adolescência , marcada pela capacidade de decisão e autonomia como fatores facilitadores da transição, tendo em conta Meleis (2010). Esta experiência marcou-me pela positiva a contrastar com a necessidade de orientar mães mais velhas sobre o cuidado ao recém-nascido quanto aos afetos, estimulação, cuidados de higiene, amamentação, entre outros. Esta foi uma oportunidade de perceber que a gravidez e a maternidade na adolescência podem ser transições positivas. Uma das preocupações evidenciada pela adolescente quanto à sua autoimagem, relacionava-se com a necessidade de pintar o cabelo e como poderia fazê-lo encontrando-se a amamentar, tendo sido orientada sobre isso, facilitando assim também o assumir esse novo papel de mãe e adolescente.

Outra situação que também me marcou pela positiva foi uma adolescente de 20 anos, que recorreu ao CS para a sua primeira consulta de saúde materna, acompanhada por sua mãe, e bastante entusiasmada com a sua gravidez planeada. Esta situação mereceu a minha atenção no que respeita à transição da imagem corporal durante a gravidez, explicando de uma forma antecipatória as transformações físicas, os desconfortos e os cuidados a ter com o corpo, durante esta transição de forma a ser conseguida com sucesso. Na intervenção foram tidos em conta os fatores familiares e socioprofissionais da rapariga como facilitadores desta transição, tal como refere Meleis (2010).

Uma adolescente de 19 anos procurou a consulta de planeamento familiar para tomar a pílula do dia seguinte, em consequência de uma relação sexual pouco segura. Esta foi uma oportunidade de intervir quanto à transição desenvolvimental, no que respeita à adoção de comportamentos sexuais seguros, na prevenção e informação sobre as alterações corporais relacionadas com a toma desta medicação e na prevenção de novas situações semelhantes. Esta entrevista teve como ponto alto a garantia da confidencialidade, aspeto que aterrorizava a adolescente, por se encontrar no 1º ano do curso de medicina, longe de casa, com o namorado a estudar noutra cidade e sem saber se lhe mandariam alguma carta para pagar, em casa dos pais que ficariam a saber do que se passou. Esta adolescente, apesar de ser estudante de medicina pareceu-nos pouco informada sobre a prevenção de saúde feita pelo Serviço Nacional de Saúde, pelo que foi orientada para a consulta de planeamento familiar um mês depois.

Estas três situações em que pude intervir com adolescentes na fase tardia da adolescência (Fonseca, 2002) permitiram-me também participar na promoção da transição para a idade adulta, quanto à adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, como alimentação, exercício, adesão à terapêutica e à vigilância de saúde, sono e repouso, cuidados com o corpo e assim, promovendo uma autoimagem positiva nestes adolescentes, futuros adultos.

A realização de 4 exames globais de saúde, em adolescentes dos 11 aos 13 anos, foi para mim uma oportunidade de treinar entrevistas a adolescentes, nesta fase inicial da adolescência, como refere Fonseca (2002).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), a entrevista ao adolescente é um instrumento utilizado pelos enfermeiros que requer alguns requisitos também relacionados com a comunicação. Nestes se incluem as características de quem entrevista, perceber a forma como o adolescente se apresenta, respeitar os aspetos éticos, e o algoritmo da entrevista, entre outros, que me facilitaram esta intervenção. Nestas entrevistas, todos os adolescentes apresentaram preocupações diferentes, pelo que a intervenção teve que ser baseada nos cuidados individualizados. Por exemplo, na intervenção com um adolescente pouco comunicativo, em que a mãe que respondia pelo filho às perguntas, foi necessário abordar com esta, as questões da parentalidade na adolescência e a promoção da autonomia.

Noutro adolescente, foi identificado um problema de excesso de peso, que foi abordado tendo em conta a colheita de dados sobre os seus hábitos alimentares e a promoção de mudança dos mesmos. Aparentemente, não se detetaram preocupações com as alterações da sua imagem corporal nas relações com os pares. Outro problema identificado foi a fimose, ao abordar o tema da sexualidade, o qual foi encaminhado para o médico para resolução cirúrgica. Também, tranquilizei o adolescente, quanto à eventual cirurgia e os cuidados pós operatórios, que se realizam no meu local de trabalho, o que me proporcionou à vontade para falar com ele sobre o assunto. Também foram abordados os problemas identificados com o pai, no final da entrevista, o que me permitiu concluir que é possível fazer a entrevista com os pais só em parte da entrevista ao adolescente, como preconizado no algoritmo da entrevista (OE, 2010).

Numa terceira entrevista, com uma adolescente, foram identificados hábitos tabágicos, atraso da escolaridade e um déficit grave de visão, além de perda recente do pai, tendo passado a viver com a mãe, de quem estava afastada desde os 4 anos. Esta situação foi um pouco difícil para mim, em termos de promoção de confiança, pois habitualmente a adolescente era consultada pela Enf^a de Referência. Contudo, foi pedida à colega que já conhecia para lhe administrar a vacina HPV. A entrevista decorreu sem problemas na comunicação, contudo senti que se tivesse mais confiança teria identificado mais problemas. Soube posteriormente pela colega que esta era também agressora dos seus pares na escola. Foi negociado com a adolescente manter a abstinência do tabaco, como tem feito nos últimos meses, elogiado o seu crescimento. Sobre a necessidade de usar óculos foram apresentadas outras alternativas para melhorar a sua autoimagem. Posteriormente, foram confirmados alguns dados de saúde com a mãe e articulados algumas intervenções com médico, assim como, a necessidade de retomar as consultas de psicologia, que tinha interrompido. Esta foi um exemplo de intervenção em que a adolescente, dada a complexidade das transições que experimentava. Foi encaminhada para outros técnicos de saúde, de acordo com a Comissão Nacional para a Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2009) e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2012), tendo em conta as necessidades de outros cuidados diferenciados (...).

Nestas consultas de enfermagem, a reflexão que fiz com os enfermeiros, foi sobre o seguimento de um algoritmo previamente estipulado (OE, 2010) e a dificuldade em cumprir esse mesmo algoritmo. Por exemplo, a avaliação do peso num adolescente obeso deve ser das últimas intervenções de enfermagem, ou mesmo não obrigatória a sua avaliação, segundo uma enfermeira que realiza habitualmente esta consulta. Contudo, outros enfermeiros da prática questionam se as avaliações antropométricas não fazem parte das funções de enfermagem em todas as consultas.

A abordagem da sexualidade foi um dos cuidados antecipatórios que senti que deveria ser realizada por uma pessoa de confiança, por exemplo o Enfermeiro de Referência, em alguns adolescentes que acompanhei.

A deteção de situações de risco, relacionadas com a adolescência, nestas consultas, levou-me a refletir que estes adolescentes deveriam ter um acompanhamento mais efetivo, visto que, após estas consultas, muitas vezes só voltam a ter contacto com os enfermeiros, para fazer a vacina do tétano aos 20 anos. Este assunto foi discutido com os enfermeiros da prática, que me referiram que o papel da saúde escolar é muito importante, contudo insuficiente para as necessidades.

Na experiência que desenvolvi no estágio em CS, a problemática da autoimagem foi mais evidente nas raparigas. Isto acontece possivelmente, porque as raparigas são posteriormente acompanhadas nas consultas de planeamento familiar e saúde materna, em contrapartida os rapazes não têm estas consultas, o que não permite uma apreciação da autoimagem, no desenvolvimento, nos rapazes. Assim, não quer dizer que estes não apresentem alterações na sua autoimagem, a questão é que estes não vão às consultas. Tal como demonstra o relatório do Projeto "Aventura Social", os rapazes também referem preocupação em relação ao facto de achar que "o seu corpo é ou está gordo", contudo numa percentagem inferior (Matos, 2012).

Referências bibliográficas:

- Direção-Geral da Saúde (2012). *Consulta pública – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em <http://www.dgs.pt>, consultado em 16-10-2012.
- Fonseca, H. (2002). *Compreender os adolescentes - Um desafio para pais e educadores*. Barcarena: Editorial Presença.
- Matos, M. G. *et al.* (2012). HBSC/OMS - *Projeto Aventura Social – Atividade física, corpo e alimentação*. Disponível em www.aventurasocial.com, consultado a 01-11-2012.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e*

Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1, Vol. I.

Reflexão 3 - Estágio no Serviço de Pedopsiquiatria

Algumas interações estabelecidas com a adolescente M. A. de 16 anos, foram bastante significativas, particularmente por consistir um desafio para mim a sua compreensão, dada a complexidade do caso clínico. Uma das interações revelou-se uma situação de aprendizagem quanto à gestão das minhas emoções. M. A. foi transferida de um Hospital da zona sul do país, por depressão e isolamento social, já seguida em psicologia e pedopsiquiatria. Foi vítima de *bullying* desde o 5º ano, mantém ideação e risco de suicídio, e apresenta comportamentos de automutilação (cortes nos pulsos e pernas), assim como ingestão ocasional de tabaco e haxixe. Apresenta-se tímida, triste, pouco comunicativa, olhar desconfiado e reage com acessos de impulsividade consigo própria e com os outros, especialmente face a comentários relacionados com o seu corpo. Os pais estão desempregados, com depressão e têm problemas com a vizinhança, no meio rural onde vivem.

A interação com esta adolescente aconteceu em vários momentos do dia. De manhã na sala de atividades apresentei-me, cumprimentei-a. O fato de ser da mesma região que eu, serviu para quebrar o gelo, no início da interação. Contudo, quando me disse de onde era, estremeci e pensei como iria lidar com essa situação que me trazia lembranças pessoais difíceis. Tentando ultrapassar esse fato, depois do pequeno-almoço desafiei-a a fazer alguma atividade o que recusou, depois falei-lhe das atividades programadas para aquele dia. Noutro momento convidei-a a partilhar as suas preocupações ao que a sua primeira reação foram lágrimas, pelo que fiquei com ela enquanto me falou dos problemas relacionados com o *bullying* na escola e do curso que estava a frequentar atualmente. Posteriormente, outra criança convidava-nos para jogar ao monopólio o que acabou por aceitar e mostrar que sabia algumas regras do jogo, apesar de dizer que não sabia. Houve alguns

sorrisos, sem desvios do olhar, o que me fez sentir satisfação por ter conseguido esse resultado e ter superado positivamente um obstáculo pessoal que considerei inicialmente na comunicação com M. A. Refletindo sobre as minhas dificuldades em particular neste caso, verifico que para Watson (2002: 55), “(...) *o cuidar requiere envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos (...), envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências*”. Estes aspetos fazem a diferença entre uma relação estritamente pessoal, duma relação profissional com uma intencionalidade terapêutica, que penso ter conseguido.

Na hora da reunião comunitária a adolescente ficou tensa e não participou oralmente. Depois de almoço refugiou-se no quarto, tendo interrompido o seu descanso para lhe apresentar uma adolescente mais nova que iria ficar internada a seu lado. Posteriormente, por se manter isolada no quarto fiz-lhe uma visita, estabelecendo uma relação terapêutica baseada na confiança que já tinha iniciado anteriormente. Esta encontrava-se sentada na cama pensativa e aproveitando que estava uma tarde de sol quebrei o gelo com esse facto. Neste momento, falou-me da dificuldade em ficar internada, pois não estava preparada para tal, sentia-se prisioneira. Falou-me da falta de amigos e das lesões que fazia a si própria, pois a dor física fazia-lhe "esquecer a outra dor", relacionada com o que de negativo diziam sobre o seu corpo. Falei-lhe de como era importante reconhecer esse facto. Na altura achava que isso não lhe trazia qualquer risco, e que o tratamento não fazia nada. Falei-lhe de como seria importante canalizar esses pensamentos para outras coisas positivas, procurar suporte e atividades locais. Falei-lhe da importância de ter objetivos, tendo revelado que queria ser psicóloga e que sabia que "tinha que estar bem para ajudar os outros..." Tem uma irmã de 30 anos que mora em Lisboa, o que me permitiu fazer a ligação aos recursos familiares para facilitar as transições que a adolescente está a experimentar. De facto, os enfermeiros orientam a sua prática pelo pressuposto de que a experiência de hospitalização pode ser promotora do desenvolvimento/crescimento dos clientes, acreditando que “(...) *é possível ajudar a lidar com o sofrimento de forma saudável, o que pode ter repercussões positivas em futuras experiências com cuidados de saúde*” (Diogo, 2012: 113). Este princípio, que

também aprendi neste estágio ajudou-me a lidar com a revolta desta adolescente, quanto ao internamento.

Esta interação foi para mim um desafio, pois enquanto pessoa e profissional tive que gerir os meus sentimentos pessoais em relação a esta situação, e quando soube onde morava a adolescente, senti que não seria capaz de manter uma relação profissional com a mesma, contudo pensei para mim numa estratégia para lidar com isso. Tal como refere Diogo (2012, 229), as relações entre os clientes e os profissionais estão impregnados de emoções, que podem ser positivas ou negativas “...com origem nos sujeitos em interação mas também que emergem da própria interação” e foi exatamente o que me aconteceu. Então, busquei inspiração nos conhecimentos adquiridos na consulta do Guião de boa Prática - Entrevista ao adolescente (OE, 2010) reforçando a confidencialidade e o sigilo, promovendo a reflexão com perguntas abertas, e utilizando a síntese do que a adolescente dizia, para ela refletir no que tinha dito e continuar a falar sobre si.

O início do problema pareceu estar relacionado com o facto de lhe chamarem gorda e feia desde muito cedo, apresentando não só uma autoimagem negativa, utilizando a linguagem da CIPE (OE, 2011), como uma autoestima negativa e portanto um conceito de si comprometido. A intervenção de enfermagem com esta adolescente teve como finalidade facilitar a socialização nas atividades propostas, assim como a expressão de emoções através da relação de ajuda. A proximidade que estabeleci com a adolescente permitiu-me participar nas reuniões da equipa, com contributos para o seu projeto terapêutico, com base na identificação das dificuldades e dos objetivos que motivavam a adolescente, como querer acabar o curso de bar e mesa e participar em atividades sociais.

Durante o estágio várias intervenções foram realizadas pela equipa de enfermagem, na sua maioria intervenções de grupo, nas quais pude participar, nomeadamente na reunião comunitária, onde estiveram presentes todos os adolescentes e profissionais do Serviço, sendo o tema de reflexão "a confiança". Decorreram outras atividades de grupo como o debate sobre a "beleza", durante o qual se realçou a importância de "cuidar de nós", enquanto intencionalidade terapêutica. Nestas atividades que exigiam participação oral, M. A. não participou. Também, houve uma sessão de relaxamento, e outras atividades como atelier de beleza, decoração de Natal e

passeio ao exterior, para sessão de fotografia às paisagens e reflexão sobre a mesma. Nestas atividades em que M. A. não esteve tão exposta, participou sem grandes dificuldades, o que pareceu de acordo, com o medo que manifestou sobre o fato de não se conseguir controlar face aos comentários de terceiros e reagir com agressividade e impulsividade. Foi usado o reforço positivo para lhe mostrar como era bom falar sobre os seus medos e tentar encontrar recursos para lidar com eles, substituindo a automutilação e o própria ideação suicida.

No passeio ao exterior, M. A. mostrou-se satisfeita por sair finalmente à rua, uma vez que se sentia presa, no internamento. O valor da liberdade, bastante valorizada pela adolescente é bastante explícito neste momento. De salientar a importância que é dada pelos profissionais na observação e interpretação da expressão não verbal. (...) Outro aspeto a referir na intervenção de enfermagem nesta situação foi a questão da segurança. Assim, tive em conta a manutenção de um ambiente seguro, evitando lesões corporais, fugas e outros incidentes como a ingestão medicamentosa. Este ambiente terapêutico foi diferente do que eu estou habituada na minha prestação de cuidados, assim como a presença dos pais apenas no horário de visita, pois, esta faz parte do plano terapêutico. Este aspeto tem a ver com a autonomização do adolescente, contudo tive alguma dificuldade em cuidar, sem a presença constante dos pais, como faço na minha prática diária.

A relação terapêutica que estabeleci com esta adolescente, originou sentimentos como insegurança face a uma situação nova e complexa para mim enquanto profissional, que me permitiu refletir sobre o cuidar enquanto encontro entre quem cuida e quem é cuidado (Collière, 2003). Senti que consegui nesta adolescente alguma sensação de bem-estar e mestria face às diferentes transições que experimenta (Meleis, 2010). Por exemplo, na sessão de beleza, esta aceitou esticar o cabelo e também esticou a outra adolescente, sentindo-se bem com isso.

Muito ficou por explorar na descrição e análise desta situação de grande complexidade, mas este é o retrato de muitas transições vividas por outros adolescentes internados neste serviço e cuja intervenção de enfermagem exige individualização nos planos de cuidados. Nesta experiência profissional tive oportunidade de perceber que, tal como refere Diogo (2012: 159) *“os enfermeiros apresentam uma disposição emocional, ou seja, uma atenção afetiva e sensibilidade*

para com as pessoas (clientes), e para com as experiências emocionais destes, de forma intencional e persistente”. Porém, a sua disposição emocional também sofre oscilações sendo regulada pelos próprios enfermeiros com intencionalidade terapêutica.

No exemplo apresentado, vários aspetos da adolescência foram por mim tidos em conta na reflexão sobre a intervenção apresentada. Um deles foi a confidencialidade utilizada na relação terapêutica, comunicada à adolescente. Também refleti sobre os problemas do isolamento, relacionamento com os pares, depressão, *bullying*, agressividade, automutilação, entre outros.

Em qualquer dos problemas referidos neste caso clínico, o corpo revelou-se de extrema importância, na relação com os outros. Os referidos problemas tiveram um impacto negativo na autoimagem e no próprio autoconceito. As componentes psicológica e social da autoimagem, como define Hesselgrave (2011) encontram-se alteradas, com estes problemas que levados ao extremo alteram também a componente fisiológica da autoimagem, no sentido em que o próprio corpo é colocado em risco de vida.

A reflexão sobre a prática vivida neste estágio está de acordo com a bibliografia consultada em que as intervenções terapêuticas em enfermagem em adolescentes internados com tentativa de suicídio (Hintikka *et al.*, 2006) promovem a melhoria da autoimagem dos mesmos.

Alguns dos sintomas descritos são referidos pelo Ministério da Saúde (2009) aos quais o EESIP deve estar atento nas diferentes áreas de intervenção, sendo que muitos deles como descrevi estão relacionados com o corpo e a autoimagem dos adolescentes. Estes adolescentes devem ser encaminhados para outros profissionais no sentido de evitar situações de extrema complexidade como a que descrevi. Para isso é muito importante considerar a autoimagem como um foco de intervenção e observar sinais e sintomas de compromisso da mesma, muitos deles identificados pela observação da linguagem não verbal.

Referências bibliográficas:

Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica* - Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. Loures: Lusociência.
- Hintikka, U. Marttunen, M. Pelkonen, M. Laukkanen, E. Viinamäki, H. & Lehtonen, J. (Dec/2006). Improvement in cognitive and psychosocial functioning and self-image among adolescent inpatient suicide attempters. *BMC Psychiatry* 29, 6:58.
- Hesselgrave, J. (2011). Influências da promoção de saúde no desenvolvimento da criança – In: Hochenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory* - Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. *Resumo Executivo. Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1, Vol. I.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE – Versão 2 – Classificação para a prática de enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem - Ciência humana e cuidar* - Uma teoria de enfermagem. Lisboa: Lusociência.

Reflexão 4 - Estágio no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

Uma situação que me marcou neste estágio foi a de um adolescente, D. de 18 anos de idade, com antecedentes de meningite aos 7 meses, atualmente com proteinúria, seguido em consulta de nefrologia e internado na UCI para realização de pós-operatório de colecistectomia, por via laparoscópica. Durante o período de contacto com D. este queixava-se de dor no ombro e iniciava a sua dieta progressiva. Os pais

por seu lado, apesar de D. já ter estado internado por meningite, encontravam-se bastante ansiosos com a dieta do filho, situação totalmente nova para eles e aguardavam pela transferência para a enfermaria. Após o estabelecimento de uma relação de confiança D. também manifestou preocupação sobre o momento de retirar os pontos operatórios e com os cuidados com as cicatrizes.

Quando uma criança/adolescente e família estão no hospital, vivem uma situação de crise, um período de desequilíbrio físico e psicológico que temporariamente diminui as suas capacidades habituais de enfrentar os problemas, como refere Jorge (2004). Ao permanecerem num Serviço de Saúde, os pais vivem momentos emocionalmente intensos, experienciando sentimentos diversos como ansiedade, medo, raiva, e até frustração.

"A notícia de internamento da criança ou jovem é habitualmente perturbadora para a família; uma experiência emocional que envolve a situação de doença associada a muitas emoções relacionadas com a perspectiva do que se vai encontrar no serviço de internamento" (Diogo, 2012: 116).

Foi o que aconteceu com este adolescente e família, para quem, esta situação era totalmente nova e ainda procuravam uma explicação para a causa da doença, e que segundo as suas crenças muito provavelmente a doença era provocada pela toma de medicação por muitos anos. Todos se encontravam ansiosos com a transferência para a enfermaria onde D. poderia ter outras condições adequadas à sua idade, nomeadamente a privacidade, e "não ter vários bebés ao lado a chorar constantemente, como neste local estranho, hostil e gerador de *stress*, apesar do apoio encontrado nos profissionais que promovem um ambiente de afeto e segurança". Este apoio contrasta com um espaço físico cheio de aparelhagem que não sabem para que serve e muito menos porque tem que ficar ali 24 horas segundo o protocolo pós-operatório, se não está a necessitar de cuidados tão específicos. Segundo Diogo (2012), os enfermeiros na sua prática de cuidados à criança, jovem e família, procuram promover um ambiente seguro e afetuoso, porque as emoções perturbadoras que estes vivem podem estar associadas a um ambiente percebido como estranho, frio, assustador ou adverso, e dominador. Assim, no caso deste adolescente a transferência é aceite como positiva, tendo em conta a ida para a enfermaria como um espaço mais acolhedor, e é tida como um sinal de

evolução positiva da sua situação clínica, o que não é interpretado da mesma forma por outros clientes, com quem interagi.

Tendo em conta a perspectiva de Diogo (2012), um ambiente seguro e afetivo implica elementos e mensagens humano-afetivas nas interações e também os aspetos físicos do contexto, que possam ser percebidas como seguros e familiares pelos clientes, ou seja um ambiente onde as pessoas se sentem bem. Neste contexto, a minha intervenção baseou-se no conhecimento do adolescente e família, incluindo as suas origens culturais, agregado familiar, antecedentes de saúde, preocupações e dificuldades com a situação atual. Um dos pontos abordados foi sobre a dor reflexa que apresentava no ombro, tendo para isso utilizado a perícia que desenvolvi para lhe explicar o mecanismo da dor na situação de laparoscopia que havia realizado e tendo em conta a avaliação da dor, desenvolver esforços para esta seja controlada, contribuindo para a realização do primeiro levante com sucesso.

Depois do adolescente se encontrar mais confortável falei-lhe então dos cuidados pós-operatórios com as cicatrizes, nomeadamente a proteção solar. Posteriormente na hora das refeições em que D. experimentava a introdução de dieta progressiva, assisti à refeição e aproveitei o momento para conversar com os pais que estavam muito ansiosos com a nova dieta do filho, e a dificuldade em conciliarem com a sua própria dieta, pois também apresentam patologias com dietas específicas. Dei algumas dicas para a elaboração de uma dieta que fosse acessível a todos os elementos da família, simplificando deste modo a vida da mãe, que cozinhava.

Estas intervenções só foram possíveis tendo em conta a minha experiência profissional anterior, por isso tranquilizei o adolescente, quanto aos cuidados com as suas cicatrizes, quanto ao controlo da dor e junto dos pais, quanto à elaboração de um plano alimentar para toda a família. Também tive em conta as características da fase tardia da adolescência (Fonseca, 2002), tendo em conta o interesse por experiências de namoro comuns nesta fase e como tal a preocupação com o aspeto do corpo, particularmente após uma cirurgia. Em simultâneo foi possível incentivar o processo de autonomia e independência nas atividades de vida diária, tendo em conta também a teórica utilizada na Instituição (Roper, Logan & Tierney, 2001) nos cuidados ao corpo (higiene pessoal, vestuário, a alimentação, eliminação e outros.)

Estas intervenções terapêuticas (Meleis, 2010) realizaram-se tendo em conta um modelo de cuidar em parceria em que a família é o “alvo de cuidados” e que os cuidados devem ser organizados e centrados nas necessidades familiares. Esta filosofia é sustentada principalmente por crenças e valores que defendem que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado dos filhos e o seu contributo na prestação de cuidados. Sendo esta a filosofia desta UCI, foi utilizada neste caso, tendo os cuidados por base o relacionamento interpessoal personalizado e único. Através da comunicação nos cuidados de enfermagem foi possível conhecer e compreender os problemas, as necessidades, as capacidades e as limitações desta família em particular.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros caracteriza-se pela parceria estabelecida com a criança e família, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Além da comunicação, a promoção de um ambiente seguro e afetuoso permite ao longo de todo um contínuo relacional transformar positivamente a hospitalização e facilitar o processo de adaptação (Diogo, 2010).

Na adolescência em que o desenvolvimento se verifica a nível físico, cognitivo, social e psicológico é de extrema importância sentir-se atrativo para os pares e pode provocar sofrimento quando apresenta alterações na sua aparência ao comparar-se com os outros. Para promover a adaptação às transições referidas alguns cuidados devem ser tidos em conta pelos enfermeiros, segundo Mullen & Pate (cit. por Kelly *et al.*, 2010):

- Respeito pela privacidade,
- Evitar exposição física desnecessária,
- Evitar falar do passado com os pais,
- Explicar os factos,
- Incluir participação nas decisões,
- Facilitar as visitas dos pares,
- Encorajar a discussão sobre conceitos,
- Promover senso de controlo, permitindo escolhas quando possível,
- Procurar a perspetiva do paciente,

- Antecipar os medos do adolescente quanto ao isolamento social, perda de controlo, rejeição, alterações na aparência.

Para mim esta experiência foi bastante enriquecedora, pois baseou-se numa intervenção tendo em conta a parceria de cuidados, possibilitando a negociação de estratégias promotoras da maximização da situação de saúde do adolescente, facilitando a adaptação de D. e sua família.

As estratégias utilizadas na intervenção de enfermagem nesta UCI estão de acordo com as estratégias encontradas na bibliografia (Kelly *et al*, 2010), tendo em conta o adolescente como um todo. Isto foi conseguido, realçando a sua participação nas decisões, ajudado pela equipa multidisciplinar a encontrar-se com as alterações provocadas por exemplo por uma situação traumática, geradora de *stress*, com impacto na alteração da aparência. Uma das intervenções na UCI poderá ser o suporte dado pelos profissionais durante o primeiro contacto do adolescente com o espelho, em que se confronta com uma nova imagem de si, de acordo com a minha prática e com os autores supracitados.

Referências bibliográficas:

Diogo, P. (2010). *Metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar - O processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.

Fonseca, H. (2002). *Compreender os adolescentes - Um desafio para pais e educadores*. Barcarena: Editorial Presença.

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.

Kelly, S. Scharf, M Westfall, S. & Pate, M. (February/2010). I' more than my physiology - Adolescent trauma patient in the pediatric intensive care unit. *CriticalCareNurse*, Supplement 14-18.

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

Nancy, R. Logan, W. Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.

Reflexão 5 - Estágio no Serviço de Urgência Pediátrica

A presente reflexão refere-se a uma interação ocorrida no Serviço de Urgência Pediátrica. Esta interação teve como interlocutor um adolescente, T. M. de 17 anos com uma Tetralogia de Fallot, operado nos primeiros anos de vida, num Hospital de Referência. Neste momento recorreu ao SUP, por uma lipotimia, que resultou num traumatismo do olho direito, apresentando febre, tosse e hipotensão. Foram também referidos pela equipa magreza e maus cuidados de higiene.

O adolescente encontrava-se internado em maca, no corredor do SUP, para observação, acompanhado por um senhor que toda a gente referia ser o pai. Ao iniciar a interação com estes clientes, dirigi-me em primeiro lugar ao adolescente confirmando o seu nome e idade, e apresentando-me, disponibilizando para o ouvir sobre as suas preocupações no momento do internamento. T. parecia um pouco cansado pelo que não fiz perguntas, mas o senhor que o acompanhava começou a contar-me a história de saúde do rapaz e a queda que teve nesse dia às 7h da manhã, provocada pela lipotimia. Entretanto, o senhor afastou-se um pouco da maca e eu disse "estás a faltar à escola hoje?", ao que o rapaz me disse que estava a fazer um curso de gestão informática no ensino técnico-profissional. Salientou que faltava frequentemente, que tinha mudado de escola há pouco tempo e que estava a gostar, mas que gostava de ser mecânico como o seu pai tinha sido. Percebi que o senhor não era o pai, ao que me respondeu que era o padrasto e que tinha vivido dos seus 6 aos 16 anos numa Associação, pois a mãe não tinha possibilidades para o criar. Disse-me que o pai tinha falecido com sida e que gostava muito dele.

Para esta interação, considero que foi importante o padrasto se ter afastado da maca, para que o adolescente me tivesse revelado estes dados. A privacidade num corredor de urgência foi um aspeto complicado a respeitar, contudo mantendo presente na minha mente o algoritmo definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), utilizando a empatia, passei à outra fase da entrevista, confirmando alguns

dados com o padrasto e tentando resolver em conjunto com ambos a ansiedade sobre a alta do rapaz que se encontrava hemodinamicamente estável. Assim, chamei o médico que estava responsável pelos doentes das macas e este foi fazer a observação clínica. Nesse momento eu estava presente e quando o médico levanta a roupa apercebemo-nos não só da acentuada escoliose, mas do acne e pontos negros no tronco, mas também da sujidade imensa na região cervical. Esta situação provocou uma troca de olhares entre mim e o médico sobre o que iríamos fazer com esta situação. A própria condição de emagrecimento estava a provocar ferida nas zonas de acne da região lombar.

Esta situação levou-me a questionar, como é que eu vou abordar este assunto com o adolescente, num contexto de história tão complexa que eu tinha acabado de ter conhecimento, e que partilhei com o médico e com os colegas. Os dados que recolhi ficaram registados informaticamente no sistema.

Dado avaliarmos que não era o local com melhores condições para o rapaz tomar banho, chegou-se à conclusão que seria melhor o internamento, também para melhor estudar a situação. Após identificação do problema telefonei para a equipa de enfermagem do Serviço de Internamento para promover a continuidade quanto aos cuidados de higiene.

Por um lado fiquei mais aliviada, pois o rapaz ia para o internamento onde teria melhores condições para os cuidados de higiene e num espaço mais adequado ao atendimento do adolescente. Conhecendo anteriormente esse espaço, neste estágio, e sabendo que utilizando o modelo teórico de Roper (2001), a colheita de dados iria ser completada e elaborado um plano de cuidados, e posteriormente o caso poderia ser seguido pela Unidade Móvel de Apoio Domiciliário. Por outro lado, senti alguma frustração, porque gostaria de ter realizado mais atividades para dar resposta à situação de doença deste cliente e por ter sido transferido tão rapidamente, que a parte final da entrevista ficou de alguma forma incompleta. Em simultâneo senti um misto de satisfação, uma vez que a interação com o adolescente e padrasto, possibilitou a colheita de alguns dados que completaram o processo de enfermagem e permitiriam o estabelecimento de um projeto de cuidados para este cliente, pois estava para ter alta. Analisando mais profundamente este caso, penso que se continuasse esta interação teria que perceber quais as

suas crenças e valores culturais face ao corpo, expectativas de saúde entre outros e quais as dificuldades e limitações existentes para as diferentes transições que o adolescente estava a experimentar - desenvolvimental, saúde-doença e situacional (Meleis, 2010). Estava perante um rapaz, que referia frequentemente "já estou habituado" face aos procedimentos hospitalares, internamento... face à situação de doença crónica. Por um lado revelando alguma resiliência face à sua situação, sem sentimentos de raiva, não manifestando qualquer revolta, contudo um certo desinvestimento nos cuidados com o corpo.

Como nos refere Collière (2003), os cuidados do parecer são o suporte da comunicação não verbal, são cuidados que contribuem para construir e valorizar a imagem de si próprio. Assim, a situação neste adolescente deveria ser melhor explicitada, para que, com a prestação de cuidados de higiene não estivéssemos a criar um problema que não foi manifestado pelo próprio. Este, foi um dos pontos que me baseei na reflexão conduzida pelo meu Enfermeiro de Referência, sobre os objetivos do Serviço de Urgência, ou seja, não criar mais problemas que os clientes já manifestam. Tal como refere Gândara (2010) o poder veiculado pelos cuidados é redutor quando é a expressão de um poder autoritário e dominador. Este poder revela-se quando menospreza e não mobiliza as capacidades do outro, ou não o faz descobrir novas aptidões, num trajeto de vida que se deseja potenciador de valorização e enriquecimento pessoal, trabalho este que deveria ser feito neste adolescente, para que o banho não o colocasse em situação de maior vulnerabilidade. Como nos refere Collière,

"ser cuidado... cuidar-se... cuidar sucedem-se, sem se justapôr, mas sobrepondo-se, revestindo amplitudes diversas consoante as fases da vida, mas também em função das condições sociais e económicas e do meio cultural. Nos meios mais protegidos, a capacidade de cuidar desenvolvem-se de forma menos rápidas e mais difícil (...)" (2003: 178).

Assim, a cultura de pobreza é aquela que passa de geração em geração baseada na perpetuação de deficiências ou insucessos, contudo dada a diversidade populacional da área de influência do Hospital, a equipa de enfermagem está desperta para uma diversidade cultural e portanto para várias crenças e valores sobre os hábitos de higiene. A questão era saber quais as crenças ou dificuldades daquele cliente para se encontrar com défice de cuidados de higiene. Para ultrapassar estas transições adquirindo mestria no desempenho e melhorar o bem-

estar, alguns indicadores referidos por Meleis (2010), temos que conhecer os fatores inibidores e facilitadores da transição, o que nem sempre se consegue no Serviço de Urgência, onde a interação é limitada pelo tempo de permanência e condições físicas (...).

Perante o caso que descrevi, enquanto futura EESIP, fez-me refletir sobre a necessidade de conhecer melhor o cliente, nomeadamente quanto às condições de saneamento. Partilhei com a equipa, a minha reflexão confrontando com a dificuldade em lidar com uma situação com que nunca me tinha deparado e com a facilidade com que nós cultura ocidental estigmatizamos os outros, nas condições mais básicas como os cuidados de higiene. Tal como refere Helman (2009: 24)

"a enfermagem transcultural não visa apenas ao cuidado compreensivo, culturalmente, dos clientes de origens variadas, mas também às estruturas da sociedade que constroem e perpetuam a desigualdade e a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde."

Assim, esta ideia deve ser aplicada à própria reflexão e consciência dos próprios profissionais sobre a sua própria cultura. Este autor também exemplifica a própria situação de magreza, nalgumas culturas é associada a doentes com sida.

Ficou por explorar a preocupação do adolescente quanto à transferência para o Serviço de adultos nos próximos tempos, por já conhecer os Serviços de Pediatria e os cuidados prestados. Esta preocupação também foi manifestada por outros adolescentes em vários contextos de estágio e que é importante ser acompanhada em adolescentes com doença crónica, na transição para o Serviço de adultos.

Referências bibliográficas:

- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Gândara, M. M. G. (2010). *O exercício do poder nos cuidados de enfermagem - Os cuidados de higiene*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em enfermagem. Lisboa.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, Saúde e Doença* (5ª ed.). Artmed Editora: Porto Alegre.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1, Vol. I.

Roper, N. Logan, W. Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.

Reflexão 6 - Estágio no Serviço de Cirurgia Pediátrica

Em relação ao estágio no Serviço de Cirurgia Pediátrica, uma dos adolescentes que acompanhei na prestação de cuidados foi a E. S. de 16 anos, com o diagnóstico de cordoma com infiltração cervical, operada pela equipa de Otorrinolaringologia em conjunto com a equipa de Neurocirurgia de outro Hospital. Esta cirurgia foi complexa e foi necessária a realização de uma traqueostomia.

Segundo Meleis (2010) a adolescente experiencia várias transições nomeadamente de saúde-doença, desenvolvimental e situacional, tendo em conta a necessidade de emigrar do seu país, para realizar este tratamento.

Uma das minhas prioridades foi conhecer os fatores facilitadores e inibidores para facilitar estas transições com sucesso. Um dos fatores facilitadores que identifiquei foi a presença da mãe que participava nos cuidados e ajudava na comunicação com os profissionais. Também tive que perceber em que contexto cultural se inseriam estes clientes, pois segundo Helman (2009), o significado dado ao corpo varia com a cultura das pessoas e em alguns países africanos a magreza é associada à Sida.

Assim, estabelecendo uma relação empática, mostrei disponibilidade para que E. manifestasse as suas preocupações, dificuldades, desejos e preferências. Havia um fator inibidor - a presença de uma traqueostomia que dificultava a comunicação.

Para dar respostas adequadas às necessidades de E. então solicitei que usasse a escrita para me transmitir o que exigisse discurso mais elaborado, visto se perceber palavras simples e alguns gestos e eu também usaria palavras simples. Negociando esta forma de comunicação para poder ajudá-la e utilizando alguns exercícios que o médico ensinou, foi possível estabelecer uma relação centrada nas necessidades desta rapariga.

Para mim era a primeira vez que prestava cuidados a uma adolescente, com traqueostomia, e que anteriormente era saudável. Neste caso a traqueostomia era transitória - fator facilitador da transição saúde-doença, utilizado para promover a esperança de voltar a falar e a alimentar-se pela boca. Após retirar a traqueostomia manifestou grande alegria e sensação de bem-estar. A capacidade de mestria na capacidade de falar foi alcançada, ensinando a pôr os dedos sobre o antigo orifício quando falava. Esta foi uma intervenção terapêutica para a questão feita inicialmente "quando vou falar?" e que aos poucos conseguiu melhorar esta competência e melhorar o seu bem-estar.

Outro aspeto verbalizado foi "quando posso levantar-me? Tenho vontade de andar em pé por aí..." Esta necessidade foi verbalizada de forma escrita e fez-me refletir sobre o valor que muitas vezes não damos ao levantar e que nesta adolescente tinha especial significado dado a origem africana e a noção de espaço físico e de andar livremente, "sentindo o vento a soprar no corpo", no local onde morava. A posição horizontal interfere na forma como a pessoa integra o seu esquema corporal e como comunica com o profissional que se apresenta na vertical.

Durante a prestação de cuidados encontrei um dente numa caixa, facto que eu desconhecia. Percebi com algumas palavras que o dente foi retirado durante a cirurgia, acidentalmente ou não. Rindo-se, confidenciou-me que a irmã com um nome idêntico ao seu, também lhe faltava o mesmo dente, contudo escreveu-me esta preocupação "Quando vão colocar-me o dente - agora ou depois?". Tive alguma dificuldade em responder à sua pergunta, mas transmiti à equipa a sua preocupação, para falar com o médico, mas reparei que também me esqueci de escrever em notas este fato, o que também acontece noutras situações.

Outra preocupação manifestada foi "ver a cicatriz da traqueostomia", pelo que no dia seguinte fiz-lhe um desenho do tamanho do orifício que estava a fechar espontaneamente. Também manifestou vontade em ver as outras suturas, o que pedi ao tio para que quando tivesse alta, fotografasse a parte posterior da cervical e lhe mostrasse como tinha ficado, pois não tinha espelho para lhe mostrar.

Alguns pontos em que esta situação me fez refletir:

- Criatividade - necessária na prestação de cuidados, que foi utilizada para desenhar o tamanho das lesões na pele e para realizar desenho do pescoço, para o colar

cervical, desenho que o tio levaria à loja para comprar o tamanho adequado, para que a rapariga fizesse o levante que tanto desejava. Colocando no desenho que lhe fiz e na escrita das suas preocupações um valor terapêutico, utilizei a criatividade numa situação de prestação de cuidados nova para mim. Como refere Collière, a criatividade é um desafio na história da profissão de enfermagem (2003).

- Comunicação - é a base da relação que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado, de forma a traçar um projeto de cuidados (Collière, 2003). A comunicação tem que ser eficaz para que seja possível o encontro entre os seus intervenientes. Ultrapassados os obstáculos à comunicação pude abordar algumas dificuldades expressas pela rapariga. Isto só foi possível baseado no estabelecimento de uma relação de ajuda, mostrando disponibilidade para escutar e simultaneamente promovendo a esperança com base em objetivos realizáveis, a curto prazo como alimentar-se, em bólus pela sonda em vez de perfusão, melhorando o seu estado nutricional para poder fazer o levante, treinando a fala progressivamente após retirar a cânula de traqueostomia.

- A verticalidade - o mobilizar-se, o andar em pé, tem a ver com a evolução da espécie humana e é uma necessidade de cada um de nós, pois cada parte do corpo transmite certas informações aos outros, como refere Phaneuf (2005) e se estivermos privados desta condição a interação social também fica limitada, o que no caso clínico referido foi bastante pertinente.

- Privacidade - a expressão destas inquietações por parte da adolescente foi possível graças à reflexão que tenho feito sobre o tema em estudo, tendo em conta a necessidade de um ambiente terapêutico, com base na privacidade durante a entrevista ao adolescente (OE, 2010). Esta foi conseguida em parte nos períodos de ausência da mãe para se alimentar.

- Negociação - conseguida, definindo com a adolescente e com a mãe o que cada uma de nós faria para atingir os objetivos do plano de cuidados. (...) A negociação utilizada na parceria de cuidados, contrasta com a facilidade com que muitas vezes impomos o poder nos cuidados, por exemplo nos cuidados de higiene (Gândara, 2010).

- Reforço positivo - foi utilizado na promoção dos cuidados, nomeadamente na administração da alimentação pela mãe, na sonda nasogástrica e na promoção de

exercícios de tosse eficaz com a adolescente, contribuindo para a melhoria da autoestima;

- Autoimagem positiva - promovida em todas as medidas implementadas para o levante, para a cicatrização de várias feridas operatórias e ensino sobre os cuidados com as mesmas, tranquilização quanto às consultas de seguimento para retirar posteriormente a sonda, para corrigir a perda do dente e corrigir o seu estado de emagrecimento, provocado pela doença.

A autoimagem enquanto conceito individual (Hesselgrave, 2011), pode ser analisada neste caso, pois as preocupações desta adolescente são diferentes das de um adolescente de 15 anos, no quarto ao lado, operado a um nasofaringioma também com uma traqueostomia. Deste modo, saliento as diferenças de género relacionados com a insatisfação com o corpo e as pressões socioculturais interrelacionadas com a mesma (Esnaola *et al.*, 2010). Também como conceito complexo, tal como refere Fischer (cit. por Ribeiro & Tavares, 2011), dadas as dimensões presentes no caso nomeadamente a comunicação que interfere na relação com os outros.

"Instrumento de contato entre os humanos e de suporte às trocas verbais, a comunicação não verbal permite também, manter a autoimagem e de a fazer conhecer aos outros. Pela sua expressão facial, a sua postura, o seu porte de cabeça e toda a sua maneira de ser, a pessoa projeta uma imagem de si própria e do seu papel na sociedade" (Phaneuf, 2005: 69).

No caso apresentado foi de extrema importância a exploração dos vários aspetos relacionados com a comunicação não verbal como nos refere esta autora, baseados na relação de ajuda que se estabelece quando atuamos no zona íntima da pessoa cuidada. Esta, torna os interlocutores não só acessíveis um ao outro, mas também quase transparentes uma vez que as suas expressões faciais, os seus olhares, as suas reações emotivas íntimas, tornam-se mais evidentes e podem dificilmente escapar ao outro. Desta forma, quando ultrapassada a barreira íntima, existe a marca de confiança na relação necessária para abordar esta temática.

Na interação descrita e analisada foi possível iniciar o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011).

Referências bibliográficas:

- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Esnaola, I. Rodríguez, A. Goñi (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud Mental* 33 (1) 21-29.
- Gândara, M. M. G. (2010). *O exercício do poder nos cuidados de enfermagem - Os cuidados de higiene*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em enfermagem. Lisboa.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, Saúde e Doença* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Hesselgrave, J. (2011). Influências da promoção de saúde no desenvolvimento da criança – In: Hochenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1, Vol. I.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Ribeiro, P. R. L. & Tavares M. C. F. (2011). As contribuições de Seymour Fisher para os estudos em imagem corporal. *Motricidade* 7 (4) 83-95.

APÊNDICE X

**SÍNTESE DA PESQUISA DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA UTILIZADA NA
PARTILHA NOS CAMPOS DE ESTÁGIO**

Síntese da pesquisa de evidência científica

- Utilizada na partilha nos campos de estágio

Os artigos utilizados para as reflexões realizadas com os enfermeiros nos diferentes locais de estágio foram os que se apresentam de seguida, de forma aleatória:

Título Autor Local da publicação Ano de publicação
Resumo
As contribuições de Seymour Fisher para os estudos em imagem corporal Ribeiro & Tavares Motricidade, dezembro 7 (4) 83-95 2011
Este artigo apresenta de forma sistematizada os conhecimentos produzidos por Fisher, durante 30 anos dedicados às pesquisas sobre imagem corporal. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com procedimentos de colheita, análise e interpretação dos dados. Consultados quatro livros que não estão traduzidos em português. Suas principais contribuições teóricas foram acerca da percepção corporal e de distorções da percepção corporal, das fronteiras corporais, da atribuição de significados a partes específicas do corpo e da consciência geral do corpo. O autor correlacionou estas dimensões da imagem corporal com mecanismos de defesa, processos adaptativos e ansiedade corporal, além de considerar o papel da personalidade e da cultura na interface destas relações. Seu intuito foi pormenorizar o complexo fenómeno da experiência corporal. Este estudo traz as importantes contribuições de Fisher para os estudos em imagem corporal, visando melhor difundir estes conhecimentos para o desenvolvimento das pesquisas em imagem corporal no Brasil.
Vivencias de los(as) adolescentes en diálisis - Una vida con múltiples pérdidas pero con esperanza Morales, L. & Castillo, E. Colombia Médica 38 (4) (supl 2) 44-53. 2007
A insuficiência renal terminal afeta todas as dimensões da vida das pessoas. O impacto desta doença é mais dramático, durante a adolescência, porque o/a adolescente deve superar as alterações próprias desta etapa da vida e da sua situação de doença. O conhecimento sobre o impacto da doença na vida dos adolescentes é escasso. Para contribuir sobre este dito conhecimento se realizou este estudo, com o objetivo de descrever as vivências dos adolescentes a realizar diálise. Estudo qualitativo que utiliza a fenomenologia interpretativa, baseada na filosofia de Heidegger como estratégia metodológica. Os adolescentes em diálise vivenciam perdas no seu quotidiano, sobretudo na sua vida de estudantes, também vivem a perda da sua independência e da sua imagem corporal prévia e da imagem corporal desejada. Os horários impostos e inflexíveis para cumprir com o tratamento farmacológico, o procedimento da diálise, a presença do cateter para esta técnica e as restrições alimentares são as causas fundamentais das perdas. As relações dos adolescentes com seus pares se deterioram pelo isolamento social em que se encontram como uma forma de enfrentar as perdas. O transplante renal é percebido como o caminho da recuperação do que foi perdido. O conhecimento gerado por este estudo pode contribuir que os cuidados que se prestam a estes jovens sejam mais adequados ao quotidiano em que vivem.

Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade

Graça, L. C. C, Figueiredo, M. C. B. Carreira, M. T. C.
Referência, julho 3 (4)27-35
2011

A transição para a maternidade caracteriza-se por um compromisso intenso e envolvimento ativo que requer a reestruturação de responsabilidades e comportamentos. Engloba tarefas relacionadas com a satisfação pessoal, relação com a família de origem e com o cônjuge/companheiro, aceitação do bebé e reestruturação da identidade materna. Estudo de análise do contributo de enfermeiras de Cuidados de Saúde Primários, na promoção da transição para a maternidade, em primíparas, incluindo adolescentes, utilizando a escala Maternal Adjustment and Maternal Attitudes, num estudo quasi-experimental, longitudinal. Os resultados evidenciaram evolução positiva do ajustamento à maternidade nas dimensões sintomas somáticos e atitudes perante a gravidez e o bebé e evolução negativa da imagem corporal e relação conjugal.

I'm more than my physiology - Adolescent trauma patient in the pediatric intensive care unit

Serena, K. Scharf, M. Westfall, S. & Pate, M.
CriticalCareNurse (Supplement) 14-18.
2010

Estudo de caso de adolescente, vítima de trauma por mordedura de cão, que resultou em esfacelo da face. Reflexão sobre o percurso da adolescente desde o local do acidente até aos cuidados intensivos tendo em conta as reações da adolescente em situação de stress. Ênfase aos princípios utilizados no atendimento ao adolescente e avaliação psicossocial realizada na intervenção de enfermagem.

Suicidal tendencies and body image and experience in anorexia nervosa and suicidal female adolescent inpatients

Stein, D. *et al.*
Psychother Psychosom 72 (1) 16-25
2003

O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre imagem corporal e tendências suicidas na anorexia nervosa (AN). Comparados três grupos de raparigas adolescentes internadas: adolescentes anoréticas não suicidas, suicidas psiquiátricas e não-suicidas mas consideradas pacientes psiquiátricas, bem como um grupo de controle da Comunidade sem perturbações psiquiátricas; foram comparados no que diz respeito a tendências suicidas (sob a forma de atitudes, a vida e a morte), imagem corporal e experiência, depressão e ansiedade.

Os grupos de adolescentes anoréticas e adolescentes suicidas mostraram menos atração, mas mais repulsa pela vida e mais atração e menos repulsa pela morte em comparação com os outros dois grupos. As AN e pacientes suicidas também eram diferentes dos outros dois grupos de controle mostrando atitudes mais negativas e sentimentos em relação a seus corpos, baixa sensibilidade para aspetos do corpo, menos controle do corpo e elevado nível de depressão e ansiedade. Estas diferenças entre grupos quanto a tendências suicidas foram retidas após controlo da idade, índice de massa corporal, a imagem do corpo em diferentes dimensões, ansiedade e depressão.

Os resultados sugerem que raparigas adolescentes anoréticas sem evidência de comportamento suicida demonstram tendências suicidas elevadas que são semelhantes aos de raparigas adolescentes psiquiátricas suicidas. Estas tendências autodestrutivas são altamente associadas um sentimento generalizado de perturbação da imagem corporal e experiência.

Dupla metamorfose - Contributo para a compreensão das vivências e percepções do corpo nos adolescentes com lesão vertebro-medular

Pereira, J. F. C.

Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.
2004

Estudo qualitativo, exploratório descritivo, que pretendeu conhecer as vivências e percepções do corpo, nos adolescentes com lesão vertebro-medular, de 17 sujeitos, seguidos numa consulta externa de um Centro de Medicina de Reabilitação da área de Lisboa. Nestes sujeitos a lesão ocorreu durante a adolescência e eram portadores de lesão vertebro-medular há pelo menos 2 anos. Foi utilizada a entrevista semiestruturada e foram tratados os dados pela análise de conteúdo. A análise permitiu concluir que:

- Nas vivências e percepções do corpo, os sentimentos de rejeição, autodestruição, tristeza, revolta e raiva, foram os mais referidos pelos adolescentes;
- As alterações corporais e fisiológicas referidas como tendo maior impacto foram: as alterações da mobilidade, a incontinência e as alterações da sensibilidade;
- Na interação com os profissionais de saúde destacaram-se os sentimentos de inutilidade, a indiferença, o distanciamento e a privacidade durante os cuidados ao corpo;
- Na interação com os familiares, os sentimentos de pena, o desconhecimento da situação, a proteção e apoio e a prestação de cuidados físicos foram os mais referidos;
- Na interação com os amigos, os sujeitos valorizam a aceitação, a compreensão, a disponibilidade, o acompanhamento, o apoio e a afetividade;
- Na interação com a sociedade, o sentimento de pena, a curiosidade, a discriminação e o impacto da cadeira de rodas foram os aspetos mais referidos
- As estratégias para fazer face à deficiência passam pela adoção de uma atitude positiva, valorizando os sentimentos de coragem, aceitação, esperança e o suporte dado pelos familiares, pelos profissionais de saúde e pelos amigos.

Foram sugeridas neste estudo a formação dos profissionais e a realização de estudos sobre esta temática, que permitam analisar a prática de cuidados ao corpo deficiente e que contribuam para a melhoria das percepções dos adolescentes com lesão vertebro-medular.

Percepção da autoimagem e satisfação corporal em adolescentes - Perspectiva do cuidado integral na enfermagem

Valença, C. & Germano, R.

Rev. Rene. Fortaleza 10 (4) 173-180
2009

Este estudo tem como objetivo refletir sobre a percepção da autoimagem corporal no contexto da adolescência e a inserção da enfermagem numa perspectiva integral sobre essa temática. A revisão da literatura comprovou que os adolescentes vivem uma fase de transição, na qual apresentam uma série de transformações de ordem biológica, psíquico, emocional e social que vão refletir na vida adulta. Nesse processo de construção de sua identidade insere-se a sua percepção corporal, envolvendo a satisfação com sua auto-imagem e a insatisfação com suas aparentes imperfeições físicas. Conclui-se ser importante que o enfermeiro atue, igualmente, na satisfação da autoimagem corporal do adolescente, ao mesmo tempo em que intervém nos demais aspetos relacionados à saúde do indivíduo, para que se tenha de fato sua abordagem integral.

APÊNDICE XI
SÍNTESE DO DEBATE REALIZADO COM ADOLESCENTES

Síntese do debate sobre beleza realizado com os adolescentes, no SP

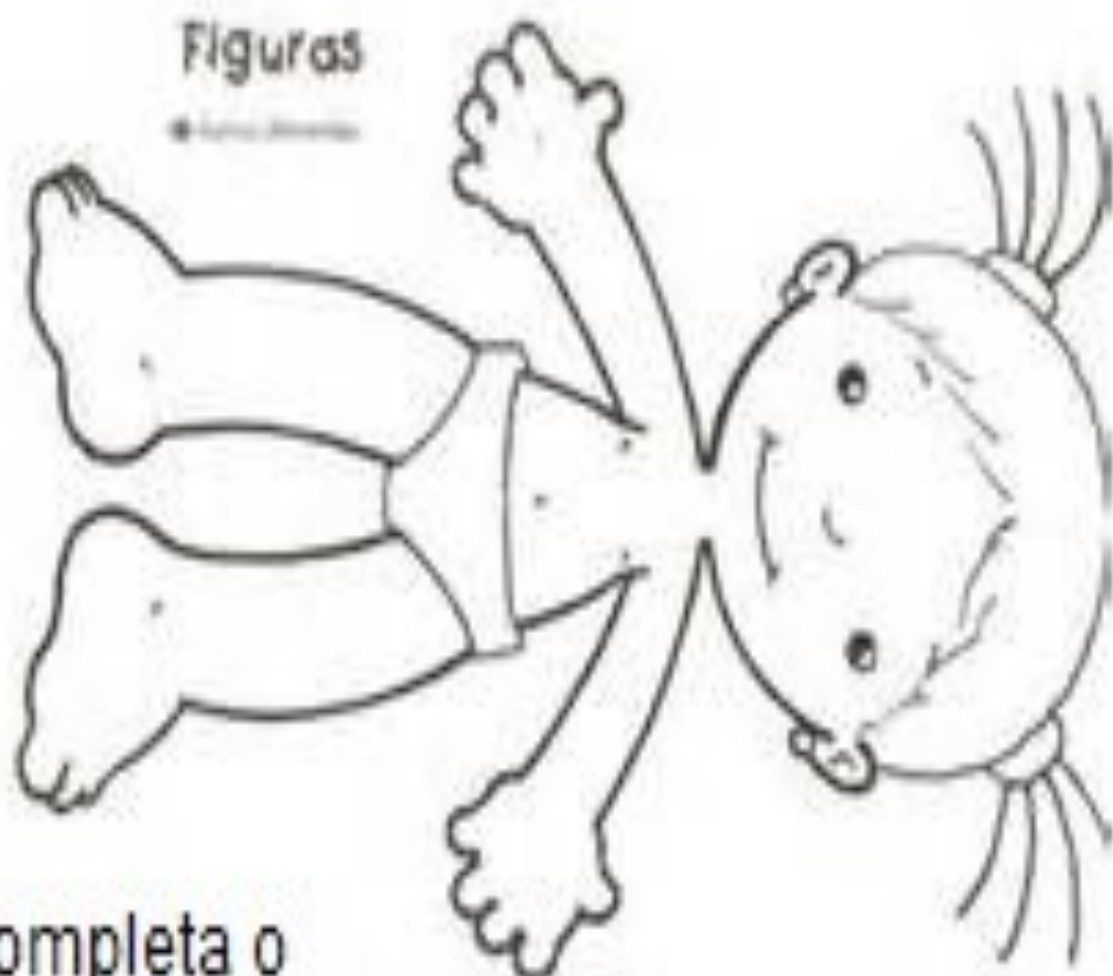
No dia 29 de Novembro de 2012 realizou-se no Serviço de Pedopsiquiatria (Internamento), um debate sobre o tema "Beleza" com os adolescentes internados neste Serviço, o qual foi moderado por uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, no qual participei e sobre o qual realizei a síntese que, serviu de base à realização de um cartaz que elaborei com os adolescentes. A síntese esquemática que realizei com base nas opiniões dos adolescentes foi a seguinte:



Neste debate sobre "Beleza" associada ao corpo nas suas várias dimensões, foi dado realce ao sentido de cuidar de nós enquanto finalidade terapêutica, pela equipa de enfermagem, com a qual colaborei.

ANEXO I
DESENHO PARA COLORIR

Figuras



Completa o
desenho e pinta.



Fonte: www.bing.com

ANEXO II
FORMAÇÕES ASSISTIDAS

Ciclo de Conferências

“Saber mais sobre...”



UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

“Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença”

Prof^ª Doutora Zaida Charepe

Professora Assistente, ICS-UCP

25 Outubro 2012

Rosa Maria Duarte Santos

Certificamos que

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

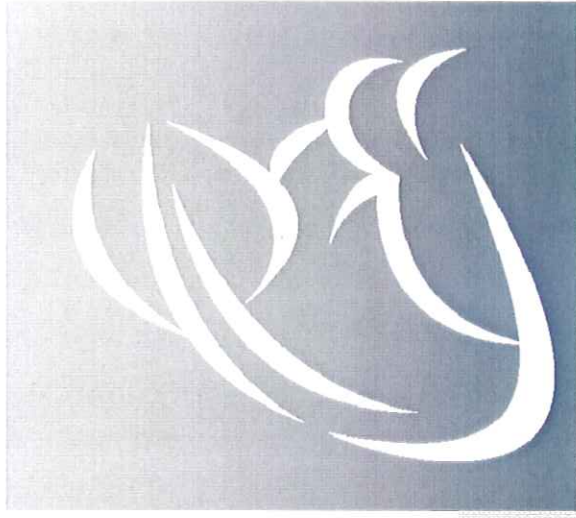
Esta conferência inseriu-se no **Ciclo de Conferências “Saber mais sobre...”**, organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de outubro de 2012

O Diretor

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas

CERTIFICADO



A Comissão Organizadora confirma a presença de

Rosa Maria Duarte Santos

nas II Jornadas da UCF do Hospital de Santa Maria,

“Velhos Problemas, Novos Desafios” que decorreu no dia 22 de
Novembro de 2012, no Auditório da Escola Superior de Educação de
Lisboa.

P^o Comissão Organizadora:

Dr. António Siborro Azevedo

Dr.ª Lucília Martinho

Ficha de Inscrição

Nome: _____
Instituição: _____
Profissão: _____
E-mail: _____

Inscrição prévia até dia 21 de Novembro de 2012

Enviar a Ficha de Inscrição para o Secretariado: Fax nº 217 211 812
email: ana.margarida@csseterios.min-saude.pt

NORMAS PARA SUBMISSÃO DE POSTERS

1. Devem ser, preferencialmente, originais e versar temas nas áreas do encontro,.
2. O trabalho deve conter título, objectivos, metodologia, resultados e conclusões.
3. Deve ser enviado um exemplar do resumo, até ao dia 12 de Novembro de 2012, para: ana.margarida@csseterios.min-saude.pt
4. O resumo deve mencionar o endereço electrónico e o contacto telefónico (telemóvel) do primeiro autor.
5. Os autores dos posters seleccionados serão contactados, até ao dia 19 de Novembro de 2012, por correio electrónico ou telemóvel.
6. É obrigatória a inscrição no encontro de, pelo menos, um dos autores, para posterior apresentação / discussão do mesmo.
7. Os posters devem ter as dimensões de 1,20m x 0,80m e devem ser afixados pelo próprio no dia das Jornadas (22 de Novembro), na Escola Superior de Educação de Lisboa, mediante numeração pré-definida.
8. Serão seleccionados 20 posters para serem afixados, dos quais serão escolhidos 6 para serem apresentados e discutidos em plenário. As apresentações serão feitas em 5 minutos (máximo de 5 slides para cada) e haverá 5 minutos para discussão.

Velhos Problemas Novos Desafios



22 de Novembro de 2012

Programa

08.30 - Abertura Secretariado

09.00-09.30 - Sessão de Abertura

Dr.ª Cândida Rebelo (Presidente da CRSMCA)

Prof. Dr. Correia da Cunha (Presidente do CA-CHLN)

Prof. Doutor Luís Mendes da Graça (Diretor do Dep. Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução - CHLN)

Prof.ª Doutora Maria do Céu Machado (Directora do Departamento de Pediatria - CHLN)

Enf.ª Catarina Bатуca (Enf.ª Directora - CHLN)

Dr.ª Maria da Conceição Patrício (Directora do Serviço Social e Gabinete Utente - CHLN)

Dr.ª Manuela Peleteiro (Directora Executiva ACES Lisboa Norte)

Dr. António Azevedo (Coordenador da UCF - HSM)

AS MALHAS DA REDE DE INTERVENÇÃO

09.30-11.00 - Um caso Prático

Presidente: Prof.ª Dr.ª Miroslava Gonçalves

Moderadores: Dr.ª Sofia Pereira e Dr. António Azevedo

Palestrantes:

Dr.ª Rosa Ribeiro(SCML - Acolhimento), Dr.ª Catarina Silva(SCML-EAF),

Dr.ª Rita Martins(NACJR/AcesLXN), Dr.ª Laurinda Almeida(NACF/CHLN),

Dr.ª Nélia Alexandre (CPCJ /Lisboa Norte), Dr.ª Mafalda Serra(EATTL)

11.00-11.30 - Intervalo

11.30-13:00 - Discussão

Moderadores: Dr.ª Ana Clarke e Dr.ª Sofia Pereira

Conclusões:

Prof. Doutor Daniel Sampaio

13.00-14.00 - Almoço

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

SAÚDE MATERNA E NEONATAL

14.00-15.00 - Comunicações Livres

Presidente: Dr.ª Lucília Martinho

Moderador: Enf.ª Margarida Bonança

GRAVIDEZ NOS EXTREMOS DA IDADE FÉRTIL

Presidente: Prof. Doutor Luís Mendes da Graça

Moderadores: Dr.ª Lucília Martinho e Enf.ª Teresa Antunes

15.00-15.30 - Gravidez na Adolescência

Palestrantes: Dr.ª Célia Pereira, Dr.ª Luísa Pinto e

Enf.ª Cláudia Fernandes

15.30-16:00 - Gravidez IMA (Idade Materna Avançada)

Palestrantes: Dr.ª Mónica Centeno e Dr.ª Diana Martins

16.00-16:30 - Discussão e Conclusões

16.30-17:00 - Intervalo

INTEGRAÇÃO DO RN NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE

17.00-17.30

Presidente: Prof. Dr. Carlos Moniz

Moderadores: Enf.ª Margarida Bonança e Dr.ª Margarida Abrantes

Palestrantes: Dr.ª Paula Costa, Enf.ª Vera Silva e

Enf.ª Graça Roldão

17.30-18.00 - Discussão e Conclusões

18.00 - Sessão de encerramento

Dr. António Azevedo e Dr.ª Lucília Martinho