

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**Escola Superior Saúde Santa Maria**

**CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA A PROMOÇÃO DA  
AUTOESTIMA DOS ADOLESCENTES:**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde**

**Infantil e Pediátrica**

**Eduarda Maciel Moura**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.  
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediátrica.**

**Funchal,**

**2023**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**  
**Escola Superior Saúde Santa Maria**

**CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA A PROMOÇÃO DA**  
**AUTOESTIMA DOS ADOLESCENTES:**  
**Intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde**  
**Infantil e Pediátrica**

**Eduarda Maciel Moura**

**Orientadoras:**

**Professora Doutora Maria de Lourdes Magalhães e Oliveira**

**Mestre Tânia Cristina Vasconcelos de Meneses**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.**  
**José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de**  
**Saúde Infantil e Pediátrica.**

**Funchal,**

**2023**



## EPÍGRAFE

O amor é a única coisa que cresce,

à medida que se reparte.

Antoine de Saint-Exupéry



## **AGRADECIMENTOS**

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria, pela possibilidade em fazer Mestrado na área de Saúde Infantil e Pediátrica.

Às Professora Doutora Maria de Lourdes Oliveira e Tânia Meneses, orientadoras deste trabalho, pela partilha de conhecimentos, disponibilidade, motivação e empenho.

A todos os Professores de Mestrado Professores pelo apoio e disponibilidade.

Às instituições de saúde e aos orientadores de estágio que partilharam os seus conhecimentos e saberes com dedicação e apreço.

A todos os colegas de curso, pela partilha de momentos e experiências.

Aos amigos pela compreensão da minha ausência, mas nunca deixaram de me dar suporte.

Ao meu marido Samuel, pelo suporte incondicional, amor, carinho, compreensão e incentivo para continuar a minha formação profissional e por cuidar tão bem do nosso filho na minha ausência.

Ao meu filho Dilan, pela felicidade que trouxe à minha vida e me fazer acreditar que tudo é possível quando existe amor e força de vontade.

À minha família pelo suporte emocional nos dias mais sombrios.

O todos o meu muito obrigada, pois, sem vós, a realização deste sonho jamais se tornaria realidade.



## RESUMO

O presente relatório pretende incorporar todo processo formativo a partir de uma análise crítico-reflexiva, para a aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns, Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre, do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria. A temática deste relatório centra-se na capacitação dos pais para o aumento da autoestima dos adolescentes, com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis, na Parceria de Cuidados de Anne Casey e no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, para fundamentar e identificar os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Os objetivos que se pretende atingir são: Demonstrar conhecimentos e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ao longo dos diferentes contextos de ensino clínico; Descrever as abordagens promotoras da capacitação dos pais para a promoção da autoestima encontradas na literatura científica, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica poderá implementar nos cuidados de saúde primários e diferenciados.

No processo formativo saliento a prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família com vista a uma transição saudável, onde a saúde e o bem-estar são resultado do trabalho desenvolvido. A parceria de cuidados estabelecida com a díade, permitiu também reconhecer o contributo dos pais na promoção da autoestima dos filhos, capacitando-os com conhecimentos e competências, para identificarem os fatores de risco na formação da autoestima e responder adequadamente às suas necessidades específicas com práticas parentais positivas.

Privilegiou-se uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva apoiada na revisão de literatura de referência e atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, conduzindo a uma intervenção holística do cuidar, direcionada para a criança/jovem e família, fundamentada numa revisão integrativa da literatura em artigos, livros, trabalhos académicos, motor de pesquisa google académico e bases de dados científicos (EBSCO, RCAAP, *Pubmed*, *Scielo*, *Researchgate* e *UpToDate*).

**Palavras-chave:** Adolescente; Enfermagem Pediátrica; Autoestima; Pais; Parentalidade.

## **ABSTRACT**

This report intends to incorporate the entire training process based on a critical-reflexive analysis, for the acquisition and development of Common and Specific Competencies of the Specialist Child and Pediatric Health Nurse and Master's Degree, of the 2nd Master's course in Child and Paediatric Health Nursing and Paediatrics, from the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, in partnership with the Escola Superior de Saúde de Santa Maria. The theme of this report focuses on empowering parents to increase adolescents' self-esteem, based on Afaf Meleis's Transitions Theory, Anne Casey's Care Partnership and Bronfenbrenner's Bioecological Model of Human Development, to substantiate and identify the contributions of the Nurse Specialist in Child and Paediatric Health Nursing.

The objectives we intend to achieve are: Demonstrate knowledge and skills as a Nurse Specialist in Child and Paediatric Health Nursing throughout the different clinical teaching contexts; Describe the approaches that promote parental training to promote self-esteem in scientific literature, which the Nurse Specialist in Child and Paediatric Health Nursing can implement in primary and differentiated health care.

In the training process, I emphasize the provision of specialized care to children/young people and families with a view to a healthy transition, where health and well-being are the result of the work carried out. The care partnership established with the dyad also made it possible to recognize the contribution of parents in promoting their children's self-esteem, providing them with knowledge and skills to identify risk factors in the formation of self-esteem and respond appropriately to their specific needs with practical practices. positive parenting.

A descriptive, analytical, and reflective methodology was privileged, supported by a review of reference literature and activities developed throughout the internships, leading to a holistic care intervention, directed at the child/young person and family, based on an integrative review of the literature in articles, books, academic works, google scholar search engine and scientific databases (EBSCO, RCAAP, Pubmed, Scielo, Researchgate and UpToDate).

**Keywords:** Adolescent; Paediatric Nursing; Self Esteem; Parents; Parenting

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- CIPE- Classificação internacional para a prática de enfermagem
- CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*
- CPCJ - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens
- DGS - Direção Geral de Saúde
- EBSCO - *Elton B. Stephens Company*
- EDIN - *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*
- EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- EVA - Escala Visual Analógica
- EN - Escala Numérica
- FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*
- FLACC-R - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised*
- FPS-R - *Faces Pain Scale – Revised*
- HEADSSS - *Home, Education, Activities, Drugs, Sexual activities/ Identity, Suicide/ Depression and Security*
- IMC - Índice de Massa Corporal
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- PaedCTAS - *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*
- PEEP - *Positive End-Expiratory Pressure*
- RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
- RN – Recém-nascido
- SGSII - *Schedule Growing Skills II*
- SUP - Serviço de Urgência Pediátrica
- UCINP - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1. IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA</b> .....	<b>15</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1. A construção da autoestima no adolescente</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2. Parentalidade positiva e a construção da autoestima</b> .....	<b>23</b>
<b>2.3. Teoria das Transições, Parceria nos Cuidados e Modelo Bioecológico</b> .....	<b>28</b>
<b>2.4. Contributos do Enfermeiro Especialista no Desenvolvimento da Autoestima do Adolescente</b> .....	<b>33</b>
<b>3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA</b> .....	<b>35</b>
<b>3.1. Serviço de Internamento Pediatria</b> .....	<b>37</b>
<b>3.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos</b> .....	<b>48</b>
<b>3.3. Serviço de Urgência Pediátrica</b> .....	<b>52</b>
<b>3.4. Unidade de Cuidados de Saúde Primários</b> .....	<b>58</b>
<b>3.5. Serviço de Atendimento ao Jovem</b> .....	<b>66</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>77</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>i</b>
<b>APÊNDICE A - OBJETIVOS ESPECÍFICOS DOS ESTÁGIOS</b> .....	<b>iii</b>
<b>APÊNDICE B – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b> .....	<b>ix</b>
<b>APÊNDICE C – PLANO DE SESSÃO</b> .....	<b>xxv</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>xxvii</b>
<b>ANEXO A – ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR</b> .....	<b>xxix</b>
<b>ANEXO B – FOLHETO INFORMATIVO PARA OS PAIS E CUIDADORES SOBRE A FEBRE NA CRIANÇA/ADOLESCENTE</b> .....	<b>xxxv</b>
<b>ANEXO C – AÇÃO DE FORMAÇÃO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E IST</b> .....	<b>xxxvii</b>

## **INDÍCE DE FIGURAS**

FIGURA 1 - Teoria das transições de Afaf Meleis.....	29
--	----

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM). Este documento mostra o percurso desenvolvido para a aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns, Regulamento n.º 140/2019, Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Regulamento n.º 422/2018, apoiando-se numa metodologia crítica-reflexiva e descritiva, com a finalidade de obtenção de Mestre Decreto-Lei n.º 65/2018 e ao reconhecimento do título profissional de EEESIP, pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O trabalho tem como tema central a “Capacitação dos pais para a promoção da autoestima dos adolescentes: intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica”. A análise crítica e reflexiva foi a metodologia utilizada de forma tornar mais visível os contributos em cada local de estágio para a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O relatório procura dar visibilidade ao trabalho desenvolvido no período compreendido entre 7 de novembro de 2022 e 5 de maio de 2023, nos diversos contextos da prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família. Tem como objetivos: Demonstrar conhecimentos e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ao longo dos diferentes contextos de ensino clínico; Descrever as abordagens promotoras da capacitação dos pais para a promoção da autoestima encontradas na literatura científica, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica poderá implementar nos cuidados de saúde primários e diferenciados.

Assim, o presente relatório tem como principal finalidade prestar cuidados de enfermagem especializados dando a conhecer, através de uma análise crítica e reflexiva, as competências adquiridas durante o percurso formativo.

Este percurso evidenciou-se pela capacidade de recolha, reflexão e análise crítica da literatura que serviu de orientação da práxis de enfermagem especializada e a problemática selecionada em particular. A conjugação das experiências clínicas vividas e a fundamentação em estudos científicos recentes, permitiu a aquisição e integração de conhecimentos teórico-práticos, enriquecendo o percurso formativo e fortalecendo o

desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

A adolescência é uma área que sempre me suscitou interesse, uma vez que os jovens enfrentam diversos desafios, tanto a nível pessoal, como social que, não sendo atendidos/apoiados em tempo útil, podem dificultar a transição para a vida adulta. Após uma revisão narrativa da literatura, foi possível compreender melhor o papel importante dos pais no desenvolvimento de vínculos afetivos e formação de laços seguros que permitem à criança e ao jovem desenvolverem sentimentos e competência fundamentais para a formação da autoestima (Ferreira et al., 2022).

Os referenciais teóricos considerados mais adequados à sustentação da prática durante este percurso formativo foram: a Teoria das Transições de Afaf Meleis, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner. Efetivamente, os modelos conceptuais de enfermagem possibilitam explicar e compreender os fenómenos e como orientar a prática de cuidados, enquanto Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A elaboração deste relatório assenta numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo, fundamentada numa revisão integrativa e narrativa da literatura em livros, trabalhos académicos, motor de pesquisa google académico e bases de dados científicas (EBSCO, RCAAP, *Pubmed*, *Scielo*, *Researchgate* e *UpToDate*), espelhando o percurso realizado e os resultados alcançados.

O trabalho compreende três capítulos: o primeiro aborda a área temática e justificação; o segundo o enquadramento conceptual e o terceiro a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Este documento está redigido de acordo com as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny e utiliza para citações em texto e referências bibliográficas, o estilo “*American Psychological Association*” - 7ª edição.

## 1. IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA

A escolha do tema, capacitação dos pais para a promoção da autoestima dos filhos, surge no âmbito de uma área de interesse pessoal que é a adolescência. A adolescência é conhecida pela etapa da vida que mais influência tem na progressão para vida adulta pois, são as escolhas feitas na adolescência, que predeterminam o futuro dos jovens.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2010), o início da puberdade surge aos 10 anos de idade e a maturação do sistema reprodutor aos 19 anos de idade. A adolescência pode ainda ser dividida em três fases: inicial, dos 10 aos 13 anos, intermédia, dos 14 aos 16 anos, e tardia, depois dos 16 anos.

A adolescência é considerada uma fase de desenvolvimento repleta de oportunidades. No entanto, a adolescência é também conhecida pela fase da vida repleta de crises de desenvolvimento, pelas constantes transformações físicas, psíquicas, afetivas, intelectuais e sociais, que podem desencadear no jovem diversos sentimentos, levar a uma desorganização intelectual e, conseqüentemente, à adoção de comportamentos de risco.

Em Portugal, verifica-se uma diminuição das taxas de tabagismo e consumo de álcool nos jovens. Isto deve-se ao fato da implementação de medidas de intervenções nestas áreas de saúde. No entanto, existe um aumento da prevalência das perturbações emocionais e do comportamento (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2021). De acordo com a Coordenação Nacional Garantia para a Infância (2023), um em cada quatro jovens refere sentir-se preocupado todos os dias e a não ser capaz de lidar com os problemas pessoais por falta de confiança, manifestado pela prevalência de problemas na área da regulação afetiva, sintomatologia depressiva, ideação suicida e comportamentos autolesivos.

O suicídio atinge uma em cada seis causas de mortes nas crianças e jovens portugueses, com idades compreendidas entre 10 e 29 anos (Serviço Nacional de Saúde, 2021). Estes dados são avassaladores e requerem especial atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na deteção precoce das perturbações emocionais e do comportamento, com implementação de programas que visem a prevenção dos comportamentos de risco.

A autoestima é uma variável de proteção nas diversas situações que possam pôr em risco a vida do adolescente, uma vez que permite ter uma visão positiva de si mesmo com sentimentos de segurança, confiança, competência e capacidade para enfrentar os desafios

da vida com mecanismos de *coping* eficazes. A capacidade de resposta aos diversos problemas é apreendida pela influência do meio social, predominantemente pelo comportamento dos pais, que devem ser modelos de referência e ajudar os jovens a desenvolver o sentido da estima, contribuindo, assim, para o desenvolvimento da autoestima (Schultheisz & Aprile, 2013; Schavarem & Toni, 2019; Ferreira et al., 2022).

As interações familiares exercem influência na formação da autoestima, e os jovens cujo comportamento é reforçado pela família, tendem a ser mais seguros, confiantes e têm autoestima, ao contrário dos jovens cujos pais são superprotetores ou negligentes, tendendo a não acreditar no seu potencial, demonstrando insegurança e apresentando baixa autoestima (Schultheisz & Aprile, 2013; Schavarem & Toni, 2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ao reconhecer o contributo dos pais na promoção da autoestima dos adolescentes, intervém na família através da avaliação das interações familiares, reconhece os relacionamentos complexos e capacita os pais para a adoção de condutas afetivas e práticas educacionais positivas. O apoio aos pais na educação para a mudança de comportamentos e condições sociais que geram frustração, sofrimento e desajustamento do comportamento nos adolescentes, é também considerado uma forma de prevenção de perturbações emocionais e do comportamento no adolescente (Hockenberry et al., 2018; Schavarem & Toni, 2019).

O processo de capacitação dos pais deve atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, com uma maior participação e controlo do processo, visando identificar as necessidades e modificar comportamentos. A capacitação é conseguida através do empoderamento dos pais, com conhecimentos que permitam adquirir novas potencialidades e capacidades para responder à satisfação das necessidades dos filhos de modo a potencializar a autoestima (Tralhão et al., 2020).

## **2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **2.1. A construção da autoestima no adolescente**

A autoestima desenvolve-se ao longo do ciclo vital, e cada fase de desenvolvimento infantil demonstra ter influência na construção da autoestima na criança e no adolescente.

A autoestima é um domínio da autoimagem, definida pelo International Council of Nurses (2019) como:

Opinião que cada pessoa tem de si própria, a visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva.

A autoestima refere-se à avaliação geral de um indivíduo sobre o seu valor, com sentimentos de autoaceitação e respeito próprio (Caldeira, 2022).

De acordo com Rosenberg (1979) citado por Ruzzi-Pereira (2020), a autoestima pode ser compreendida como uma avaliação de si mesmo como digno e capaz, desenvolvida por meio de interação com o meio social, valores familiares e a percepção de sucesso ou insucesso perante várias situações.

A formação da autoestima desenvolve-se ao longo da vida, através da maturação física e emocional, e está relacionada com as componentes do autoconceito, tal como a imagem corporal e a identidade pessoal (Townsend, 2011).

O autoconceito é uma visão que o indivíduo possui acerca de si próprio, e abrange todas as noções, crenças e convicções que constituem o autoconhecimento do indivíduo com influência nas relações pessoais estabelecidas (Hockenberry et al., 2018; Rodrigues, 2020). Sintetizando, o autoconceito é a percepção que os indivíduos têm sobre as suas características, enquanto a autoestima é a avaliação positiva ou negativa que o indivíduo atribui a si próprio.

A Imagem Corporal é a componente vital do autoconceito, relacionado com as atitudes que os indivíduos têm em relação ao seu corpo, e está interligada com os conceitos subjetivos fisiológicos, psicológicos, e sociais da imagem pessoal do ego (Hockenberry et al., 2018).

A autoestima é um fenómeno social que se constrói através dos vínculos estabelecidos pelo indivíduo ao longo da vida. Existem situações afetivas, sociais e psicológicas que influenciam a formação da autoestima, desde o temperamento, personalidade, interação com os outros, percepções de valorização que os grupos sociais detêm sobre si, papéis sociais assumidos e as expectativas desses papéis. Reconhecendo que existem várias condicionantes que interferem na construção da autoestima, torna-se

fundamental explorar as diversas fases de desenvolvimento que influenciam a construção da autoestima (Schavarem & Toni, 2019; Caldeira, 2022).

Segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, o recém-nascido não tem consciência de si, nem sabe nada sobre o mundo, apenas age por reflexos neonatais. A consciência de si começa a ser estruturada a partir das experiências sensório-motoras, à medida que a criança consegue diferenciar a si própria do seu ambiente, surge o desenvolvimento do autoconceito e senso de ego (Schffer, 2022).

De acordo com o Desenvolvimento Psicossocial de Freud, o ser humano é energizado por três forças psicodinâmicas do id, ego e superego. Estas três forças vão surgindo de acordo com a maturação do indivíduo, que, por sua vez, permitem a construção da personalidade. O id é a mente inconsciente, movido pelos instintos de prazer na gratificação imediata das necessidades, inata em todos os recém-nascidos. O ego é a mente consciente, servindo ao princípio da realidade para gratificar os instintos e bloqueando o pensamento irracional do id. A criança desenvolve senso de ego até aos 2 anos de idade, na medida que é capaz de diferenciar-se a si própria do seu ambiente, e a autoestima desenvolve-se a partir da capacidade de desenvolvimento do ego. O superego funciona como princípio de moralidade e representa o ideal. Este mecanismo impede a expressão de instintos indesejáveis necessários para a ordem social (Hockenberry et al., 2018; Papalia & Martorell, 2022).

Para Freud e Erickson, os indivíduos, à medida que se concentram em certas regiões do corpo, em momentos específicos do desenvolvimento, assumem significado psicológico como fonte de prazer, essenciais para o processo de identificação. Os instintos sexuais são importantes no desenvolvimento da personalidade, sendo a satisfação das necessidades nas primeiras três fases de desenvolvimento determinantes da personalidade na vida adulta.

Cada estágio psicossocial tem aspetos favoráveis e desfavoráveis, os períodos críticos e de epigénese, são fundamentais para o desenvolvimento da personalidade, o progresso para o seguinte domínio dependendo da resolução de conflitos fundamentais (Hockenberry et al., 2018).

Para os mesmos teóricos, no primeiro ano de vida, o estabelecimento dos vínculos afetivos com os pais, a satisfação das necessidades da criança com prontidão, as experiências satisfatórias da criança, a estimulação da autoconfiança e o otimismo, são fundamentais para o estabelecimento de bases de confiança essenciais para o desenvolvimento de uma personalidade saudável e aumento da autoestima. As crianças cujas necessidades não são satisfeitas na fase oral, podem desenvolver condutas de risco na vida adulta. A insatisfação

emocional gera desconfiança, sendo desfavorável para o desenvolvimento da autoestima (Townsend, 2011; Hockenberry et al., 2018; Papalia & Martorell, 2022; Schffer, 2022).

Os 18 meses de idade da criança são marcados pelo desenvolvimento motor e mental, ao qual a criança começa a explorar o ambiente, a experienciar novas sensações e a ter a necessidade de dominar as tarefas. A capacidade de desempenho e resolução de tarefas são importantes para que a criança atinja autonomia, autocontrole e autoconfiança. Sentimentos como estes fazem com que a criança tenha uma imagem positiva de si e por sua vez aumento da autoestima.

A autoestima nesta idade pode ser afetada negativamente, se a criança não conseguir realizar as tarefas até ao fim, quer por restrição, quer por expectativas não realistas. Daí, a importância dos pais, darem oportunidade aos filhos para explorar o meio e providenciar reforço positivo da capacidade exploratória e de autonomia da criança. Tendo em conta os riscos inerentes à exploração do ambiente, os pais devem adotar condutas para a prevenção de acidentes (Townsend, 2011; Hockenberry et al., 2018; Papalia & Martorell, 2022).

As crianças antes dos 3 anos de idade, são egocêntricas e não detêm capacidade para perceber a diferença entre competência e aprovação social. Só depois dos 3 anos de idade, na fase pré-escolar é que a criança adquire pensamento lógico, adota e internaliza os valores morais dos pais, desenvolve consciência de comportamentos aceitáveis e, por sua vez, detêm capacidade para identificar a discrepância entre as suas competências e habilidades em comparação com as crianças mais velhas (Hockenberry et al., 2018; Papalia & Martorell, 2022).

É nesta fase que os contatos sociais e as experiências com os outros permitem o desenvolvimento do autoconceito e sentido de autoestima, uma vez que a criança realizará uma visão inclusiva de si mesma, através da autoavaliação das competências que a família ou comunidade atribui a si mesma. À medida que a criança é reconhecida pelos seus sucessos no grupo social, faz com que se sinta amada e capaz de contribuir significativamente, na ou para a sociedade. Sentimentos como estes potenciam o desenvolvimento de sentimentos de autorrespeito, autoconfiança e felicidade, contribuindo para o aumento positivo da autoimagem e do autoconceito (Hockenberry et al., 2018; Papalia & Martorell, 2022).

Segundo os mesmos autores, o aumento das competências e o feedback positivo são variáveis que influenciam positivamente o aumento da autoestima. Já os comportamentos que geram sentimentos de falta de valor, incompetência e fracasso, predisõem à ansiedade e conseqüente baixa de autoestima. Os pais devem ser orientados

para reconhecer a criatividade, competências e qualidades da criança e reforçar positivamente o seu desempenho sem exagero. Isto permitirá que a criança desenvolva consciência, sentido de propósito, capacidade de iniciar e dirigir as próprias atividades (Townsend, 2011).

Perante o insucesso, os pais não devem elogiar os filhos, mas sim ajudar a criança a refletir e a recorrer a estratégias de melhoria. Desta forma, permitirão à criança perceber a realidade dos acontecimentos, sentir dignidade face ao fracasso, fortalecer sentimentos robustos sobre si mesma, assim como perceber que o sucesso é fruto de muito trabalho e de estratégias eficientes (Brummelman & Sedikides, 2020).

Com o desenvolvimento do raciocínio lógico concreto na Idade Escolar, dos 6 aos 12 anos de idade, a criança é capaz de fazer inferências lógicas, classificar e lidar com relações quantitativas acerca das coisas concretas. As crianças começam a basear-se na influência das reações, necessidades e desejos dos outros, para julgar os atos pelas intenções e não apenas pelas consequências. Nesta fase, as crianças estão mais sensíveis às pressões sociais, aspetos da autocritica e da autoavaliação, sendo facilmente influenciadas pelas normas culturais da sociedade. O desvio da norma leva a que as crianças sejam criticadas e ridicularizadas (Hockenberry et al., 2018).

A autoestima nesta idade, tende a ser global e irrealista, pelo que as crianças dependem da aprovação dos adultos para compreender as suas emoções. Segundo Erickson, a principal fonte de autoestima, baseia-se na forma como a criança vê a sua competência produtiva (Papalia & Martorell, 2022). A criança nesta fase quer desempenhar as tarefas e atividades até ao fim, o desempenho bem-sucedido e o reconhecimento das pessoas significativas/pares, faz com que ela desenvolva o ego e adquira autoconfiança. Já as expectativas irreais e o constante feedback negativo denigrem a autoestima (Townsend, 2011; Hockenberry et al., 2018).

Os pais devem estar sensibilizados para a adequação das atividades de acordo com a idade da criança e reforçar positivamente as emoções, uma vez que as expectativas irreais levam a que a criança não consiga realizar tarefas, desenvolva sentimentos de inadequação pessoal e conseqüentemente diminuição da autoestima (Townsend, 2011). Quanto maior o sentimento de competência da criança, maior será a sua capacidade de resiliência para enfrentar o preconceito e estabelecer atitudes positivas para com as pessoas do grupo social. Os pais que demonstram carinho, compreensão e respondem positiva e construtivamente aos filhos, contribuem para que estes desenvolvam sentimentos de autoestima e autoaceitação (Hockenberry et al., 2018).

Adolescência é conhecida por diversos teóricos, como Erickson, Piaget e Freud, pelo período dos 12 aos 20 anos de idade, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial de transformações físicas, aumento das capacidades cognitivas, enriquecimento do repertório afetivo e estruturação do processo de socialização (Direção Geral de Saúde, 2013).

As diversas transformações disputam conflitos no processo de luto pelo corpo, identidade infantil e luto pelos pais da infância. O luto do corpo infantil é marcado pelas constantes mudanças físicas, que geram dificuldade no adolescente para reconhecer-se ao espelho (Hockenberry et al., 2018; Paulino, 2020).

A confiança do corpo do adolescente é ameaçada pela forma como os outros a percebem em detrimento do seu próprio autoconceito, afetando assim a sua autoestima (Hockenberry et al., 2018). O conflito com o ego físico, resultante das diferenças entre a estrutura corporal idealizada e a real, devem ser integrados no autoconceito, para que o adolescente possa tomar decisões com base na sua percepção pessoal e qualidades que detém (Rosenberg, 1965). A aceitação das novas transformações corporais é fundamental para o desenvolvimento da nova identidade e no estabelecimento das relações familiares e sociais (Aberastury, 1983, citado por Silva & Barros, 2021).

O luto pela identidade e o luto pelos pais da infância, surge com a maturação do pensamento cognitivo e moral, no qual os adolescentes buscam definir uma nova identidade, através da organização das suas habilidades, necessidades, interesses e desejos, para que possam ser expressos num contexto social. À medida que o adolescente começa a perceber as incongruências dos conceitos incumbidos na infância, surge o conflito com o meio familiar e social (Hockenberry et al., 2018; Paulino, 2020).

O período de crise do desenvolvimento na formação do senso de identidade e redefinição do autoconceito, é explanada por Erickson no estágio identidade versus confusão de papéis. O desenvolvimento da identidade pessoal faz parte do processo de identificação contínuo, repleto de períodos de confusão, depressão e desânimo (Hockenberry et al., 2018).

O senso de identidade no grupo no início da adolescência parece ser essencial para o desenvolvimento de uma identidade pessoal. O resultado do desenvolvimento de identidade é a devoção e fidelidade aos outros, aos valores e ideologias. A formação da identidade e o sentido do ego no contexto do seu grupo de colegas, predeterminam a formação da autoestima. As más relações com os pares e falta de identificação com o grupo causam mal-estar, desconforto, ansiedade, depressão e conseqüentemente baixa autoestima (Townsend, 2011; Hockenberry et al., 2018).

Como já foi abordado, a adolescência é um período marcado pela pertença a um grupo de pares, os adolescentes esforçam-se para encaixar nas regras e modas vigentes adotadas pelos pares, e desejam integrar conceitos e valores com os da sociedade (Hockenberry et al., 2018). No entanto, a escolha dos pares significativos está associada aos modelos internos criados previamente através dos laços vinculativos com os pais, conduzindo o jovem a determinar as suas escolhas pessoais.

A vinculação estabelecida com as figuras parentais desde a infância, demonstra ser fundamental para o jovem continuar a construir modelos internos seguros e positivos sobre si e sobre os outros, essenciais para a construção de novos relacionamentos e aumento da autoestima. Os sentimentos de segurança e proteção estabelecidos na vinculação, possibilitam ao jovem compreender o significado das relações afetivas e, posteriormente, estabelecer relações com os pares por meio de comportamentos ajustados, identificando-os como portos seguros e de proteção (Mota et al., 2020).

É na adolescência que os jovens buscam atingir autonomia dos adultos, começam a questionar os valores morais existentes, aprendem a construir o seu próprio conjunto de valores morais, com base num código moral que preserve a sua integridade pessoal e oriente o seu comportamento. Através dos valores previamente aprendidos o jovem começa a focar-se na identidade individual, ao invés da identidade grupal, atingindo maturação biológica e da personalidade (Hockenberry et al., 2018; Silva & Barros, 2021; Papalia & Martorell, 2022).

Primeiramente, os jovens precisam de resolver questões inerentes aos relacionamentos com um grupo de pares, antes de serem capazes de resolver questões relativas a quem são em relação à família e à sociedade (Hockenberry et al., 2018). À medida que adquirem maturidade, detêm capacidade para tomar decisões autónomas e independentes, possibilitando o aumento da autoestima, pela capacidade de decidir e agir por si mesmo (Rodrigues, 2020).

O processo de construção da personalidade ocorre quando o adolescente demonstra independência a nível comportamental, emocional e cognitivo, pela capacidade de resolver problemas e geri-los, sem necessidade de aprovação e suporte emocional dos pais, e pela capacidade exponencial para pensamento independente tendo em conta os seus princípios éticos e morais (Joaquim, 2023).

Admitindo que, a autoestima se transpõe na maneira como o jovem se sente em relação a si próprio, integrada nos princípios de autoconfiança e competência, o desenvolvimento da autoestima ocorre quando o adolescente experiencia independência,

demonstra sentido de competência, amor incondicional, sentido de sobrevivência, responsabilidade e orientação para a realidade (Townsend, 2011; Schultheisz & Aprile, 2013; Schavarem & Toni, 2019; Ferreira et al., 2022).

Uma vez reconhecido que a autoestima do adolescente se desenvolve como resposta aos comportamentos dos pais, torna-se fundamental reforçar a sua importância na construção da autoestima dos filhos, através do desenvolvimento de atitudes positivas, educação baseada em valores como amor, respeito, valorização, competência e bondade para com o jovem (Rodrigues, 2020).

## **2.2. Parentalidade positiva e a construção da autoestima**

O ambiente familiar, o comportamento dos pais, a relação parental, a qualidade da parentalidade e a estimulação parental da aprendizagem são fatores cruciais para o desenvolvimento do *self* e da autoestima dos jovens. Apesar de não existirem estudos suficientes sobre a relação entre a forma como alguns indivíduos se veem de maneira positiva, outros sofrem sentimentos de inadequação é fundamental identificar as variáveis que influenciam as diferenças individuais da autoestima ao longo da vida (Krauss et al., 2019).

Segundo o mesmo autor, as características individuais da personalidade e autoestima ficam mais estáveis no final da adolescência, fundamentando a implementação de intervenções que buscam o aumento da autoestima na infância e na adolescência em comparação com a idade adulta.

O desenvolvimento da personalidade é influenciado pelas figuras parentais e determinado pelo meio ambiente em que a criança se encontra. Na medida em que a criança interpreta o mundo à sua volta, especialmente pela forma como as pessoas a quem tem apego comportam-se como os pais a tratam-nos como ela lhes responde (Bowlby, 1989).

As intervenções que demonstram ter uma associação positiva para o aumento da autoestima dos adolescentes, estão relacionadas com os comportamentos dos pais, como o amor, o apoio, carinho, afeto, envolvimento, capacidade de resposta e aceitação (Krauss et al., 2019). As relações estabelecidas entre os membros da família e a qualidade dos vínculos estabelecidos mostram ter impacto no desenvolvimento da autoestima do adolescente; no entanto, a constituição e o tipo de família não demonstram influência (Paixão et al., 2018).

O apego ao longo do ciclo vital é fundamental para o desenvolvimento socio-emocional do indivíduo, pois fornece sentimentos de segurança fortes e de grande extensão, permitindo encorajar o indivíduo a valorizar e a continuar a relação. A influência dos laços

estabelecidos com os pais predispõe a criança em adaptar-se a situações adversas ao longo da vida (Bowlby, 1989). A qualidade da vinculação estabelecida, pautada por confiança e segurança, favorece a regulação, o controlo e a maturação emocional, fundamentais para a consolidação do processo de autonomia e adaptação ao meio (Claro & Mota, 2019).

O estabelecimento de uma relação com base na segurança, permite às crianças e jovens explorar o mundo e, quanto mais seguras forem essas bases de confiança estabelecidas entre os pais e os filhos, maior será a confiança e a autonomia do jovem. Os pais ao demonstrarem disponibilidade para responder à criança/jovem quando solicitados, encorajam a sua autonomia e transmitem-lhes bases de confiança essenciais para que eles acreditem e sintam suporte, quando confrontados com potenciais problemas (Bowlby, 1989).

De acordo com o autor anteriormente referido, nem sempre os pais estão capacitados para o desenvolvimento de uma base segura de crescimento e desenvolvimento dos filhos. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, possui um conjunto de competências específicas, técnicas e relacionais, que lhe permitem desenvolver com a família um trabalho eficaz (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Os pais são um recurso valioso na promoção do desenvolvimento da criança e do jovem, e têm uma responsabilidade acrescida, na sua educação e formação, expressa no artigo 18º da Convenção dos Direitos da Criança, ratificada por Portugal em 1990, UNICEF (2019) “*os pais têm uma responsabilidade comum na educação e no desenvolvimento da criança*”.

A responsabilidade de educar a criança e de assegurar o seu desenvolvimento cabe primacialmente aos pais. Neste sentido, os enfermeiros devem ajudar os pais a tornarem-se pais no verdadeiro sentido do termo, sensíveis e zelosos nas diversas fases de desenvolvimento dos filhos e a aprender, tanto com os erros, como com o sucesso, e a balancear as dificuldades encontradas com as recompensas obtidas (Bowlby, 1989).

O contexto familiar, a educação e os comportamentos emitidos pelos pais, modulam o desenvolvimento socioemocional das crianças e dos adolescentes. A orientação dos pais para estratégias de educação socioemocional, tendo em conta a necessidade da autonomia, nas diversas etapas de desenvolvimento da criança/adolescente, tem efeitos importantes na sintomatologia depressiva e na autoestima das crianças/jovens. Os pais que estimulam a regulação emocional dos filhos, fortalecem o estabelecimento de vínculos de confiança e segurança, agindo como fator protetor para o aumento da autoestima e a prevenção da depressão (Wendt & Appel-Silva, 2020).

Na sequência do que foi referido anteriormente, as interações familiares exercem um papel fundamental no estabelecimento da autoestima. A família pode ser considerada um

fator protetor, quando existe uma boa rede de organização e suporte familiar, com regras que favoreçam o desenvolvimento social e individual. No entanto, a família pode ser também considerada um fator de risco, quando vive em disfunção, marcada pela ausência de suporte sociofamiliar, relações conflituosas, ou disciplina demasiado rígida e autoritária (Rodrigues, 2020).

De acordo com Schavarem & Toni (2019), as práticas educativas parentais são utilizadas para educar, instruir, socializar e controlar o comportamento dos filhos, assim como para promover a autoestima das crianças e jovens. Ferreira (2019) defende a existência de três tipos de controlo parental: permissivo, autoritário e democrático. Cada estilo parental está relacionado com o comportamento do adolescente.

No permissivo, os pais aceitam os desejos ou ações do filho e, a criança e o jovem, tem liberdade para escolher as atividades sem serem punidos. Com efeito, este estilo prejudica o desenvolvimento social e académico das crianças/jovens, tornando-as imaturas, dependentes e com baixos níveis de autonomia, autocontrolo e autoconfiança (Baumrind, 1967, 1971 citado por Ferreira, 2019).

O estilo parental autoritário é baseado numa conduta que restringe a autonomia e desejos da criança/jovem, onde o que mais se valoriza é a obediência, tornando-a mais dependente, insegura, agressiva e com dificuldade em regular as suas emoções, estando associado a distúrbios de conduta, doença mental e insucesso escolar na adolescência (Ferreira 2019; Deng & Tong, 2020). Os pais com dificuldades afetivas, autoritários, ditadores de normas e comportamentos, indutores de culpa e que providenciam pouco suporte, tendem a prejudicar a autonomia necessária para o desenvolvimento sadio dos filhos e, conseqüentemente, a baixa de autoestima (Wendt & Appel-Silva 2020).

Todos os comportamentos negativos emitidos pelos pais na educação dos filhos estão associados à depressão dos adolescentes (Wendt & Appel-Silva 2020). São considerados fatores protetores do suicídio as famílias que respeitam a individualidade dos filhos, que equilibram disciplina com um relacionamento de apoio, compreensão e sistema de comunicação eficaz (Hockenberry et al., 2018).

O estilo parental democrático é baseado em normas de condutas, permitindo valorizar a autonomia e a disciplina da criança/jovem que, por sua vez, permite o desenvolvimento biopsicossocial, autoconfiança, autonomia, autocontrolo, responsabilidade e assertividade (Baumrind, 1967, 1971 citado por Ferreira, 2019), assim como conduz ao desenvolvimento social, intelectual, moral e emocional da criança e jovem, associado a

níveis mais elevados de maturidade, responsabilidade social, bem como maior sucesso escolar e social (Rodrigues, 2020).

Os adolescentes educados segundo o estilo parental democrático, tendem a ser mais confiantes, apresentam regulação emocional, melhor saúde física e mental e melhor desempenho acadêmico, diminuição da sensação de isolamento e solidão, assim como existe uma menor incidência de consumo de álcool em idade escolar (Deng & Tong, 2020).

Pais que reagem de forma positiva e construtiva aos comportamentos dos filhos, contribuem para o desenvolvimento de sentimentos de autoestima e autoaceitação, melhoram as habilidades de resiliência ao preconceito e ajudam os jovens a construir relacionamentos duradouros. A importância da capacitação dos pais para a adoção de uma parentalidade positiva, influencia positivamente a construção da autoestima (Hockenberry et al., 2018).

A prática parental positiva tem demonstrado ser fundamental no desenvolvimento infantil e no ambiente familiar. A parentalidade pode ser influenciada por várias determinantes, sendo necessário ajudar os pais a adotar comportamentos que estimulem a relação pais/filho, promova o *coping* familiar e reduza o stress parental (Ruiz-Zaldibar et al., 2018; Tralhão et al., 2020).

Os programas de educação parental têm assumido grande importância na capacitação dos pais, através da promoção de estratégias parentais positivas (Martins et al., 2022). Uma abordagem parental positiva encoraja o desenvolvimento de aptidões, enquanto uma abordagem negativa causa um efeito destrutivo nos relacionamentos (Hockenberry et al., 2018).

O estabelecimento de limites e disciplina, realistas e concretos, ajudam os jovens a aprenderem como podem manipular o seu meio ambiente e os comportamentos socialmente aceitáveis. Esta aprendizagem é aprendida quando o jovem testa os seus limites de controle, realiza-se em áreas apropriadas para o domínio em seu nível, canaliza sentimentos indesejáveis em atividade construtiva e protege-se do perigo (Hockenberry et al., 2018).

A disciplina é considerada por Brazelton como uma base fundamental da educação e desenvolvimento sociomoral e de segurança, essenciais para o processo de tomada de decisão da criança, adolescente e, mais tarde, como adulto. A disciplina inicialmente é aprendida pelos pais e educadores, e transformada em autodisciplina (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Segundo Hockenberry et al., (2018), o enfermeiro pode ajudar os pais na fixação de limites e disciplina, regras realistas e concretas, realçando que a liberdade irrestrita é uma ameaça para a sua segurança.

A monitorização parental apresenta associações positivas à construção da autoestima das crianças e adolescentes, uma vez que é caracterizada pela atenta supervisão das atividades das crianças/jovens, sem restringir a sua própria autonomia. A monitorização parental contribui para o estabelecimento de limites apropriados ajudando os pais a proteger os filhos de situações de risco, incluindo situações que ameaçam a autoestima. Todavia, o controlo parental, a hostilidade parental, depressão maternal, ausência parental, são considerados variáveis que influenciam negativamente o desenvolvimento da autoestima (Krauss et al., 2019).

A constante interferência das figuras parentais no controlo excessivo, inconsistência, inibição da exploração e individualidade, conduz a sentimentos de desvalorização e menor capacidade de regulação emocional que, por sua vez, interfere no processo de autonomia e desenvolvimento emocional (Claro & Mota, 2019).

Tendo em consideração as determinantes que influenciam a parentalidade, tais como recursos pessoais dos pais, as características do adolescente, fontes sociais de stresse e apoio, e a influência das práticas educativas na construção da autoestima do jovem, cabe aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a construção de orientações aos pais sobre práticas educativas consistentes que possam contribuir favoravelmente para o desenvolvimento da autoestima. Os pais devem ser orientados sobre estratégias parentais permitindo-lhes apoiar e estruturar o desenvolvimento de habilidades cognitivas, socio-emocionais e de autorregulação da criança/jovem. Estas estratégias podem ser implementadas durante a interação com os filhos, tais como executar práticas de habilidades autorregulatórias durante as rotinas diárias, estimular e reconfortar os filhos sempre que necessário (Spruijt et al., 2019; Schavarem & Toni, 2019).

### **2.3. Teoria das Transições, Parceria nos Cuidados e Modelo Bioecológico**

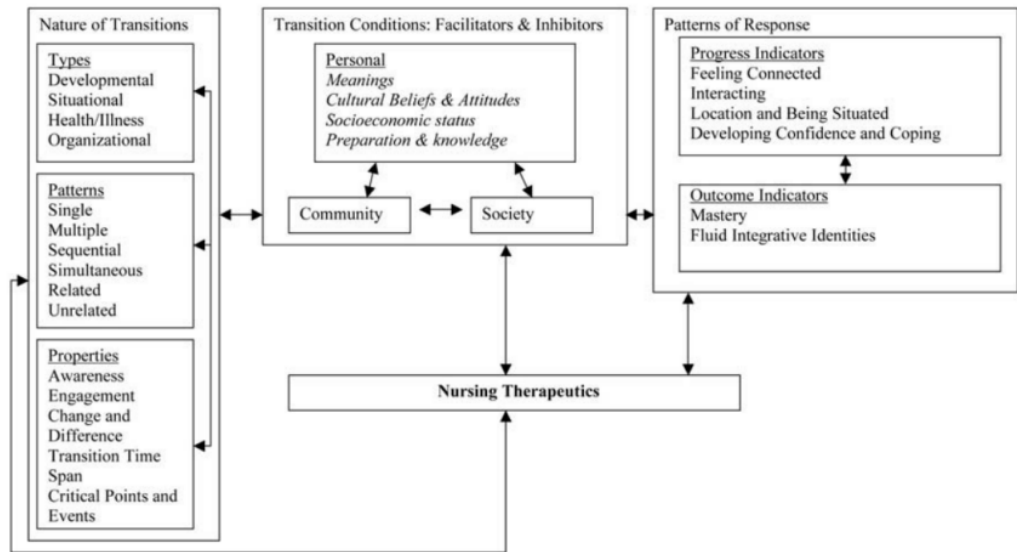
A adolescência é considerada uma fase de transição no ciclo vital, no qual ocorrem diversas transformações, fundamentais para que o jovem se defina e transite para a vida adulta, com hábitos e estilos de vida saudáveis. Para melhor compreender e justificar o processo de transformação que transcende no período da adolescência, e os fatores que influenciam o seu processo de desenvolvimento, apoiámo-nos na Teoria das Transições de Afaf Meleis, no Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey, e Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, como referencial teórico, permite clarificar e orientar os processos de transição do ciclo vital pelas diversas mudanças e desafios, aos quais o jovem necessita adaptar-se para poder transitar para o seguinte estágio. Assim como possibilita ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica identificar e compreender os fatores envolvidos no processo de transição e, por sua vez, realizar, e refletir sobre os cuidados que visem a promoção da saúde (Bittencourt et al., 2018 citado por Joaquim, 2023).

De acordo com Meleis (2010, p.25), a transição é *“a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções”*. Quanto ao processo, refere as fases e sequência, relativamente ao intervalo de tempo, assinala o fenómeno em curso e, por fim, a percepção é o significado da transição que o indivíduo experiencia. A transição implica a mudança e adaptação em diversas áreas de desenvolvimento pessoal, relacional, situacional, sociocultural, mudança de ambiente; no entanto, nem todas as mudanças são resultado de transição.

A Teoria de Afaf Meleis (2010) é um modelo dinâmico que explora a natureza das transições, as condições que facilitam e inibem a transição e as respostas do indivíduo ao processo de transição, permitindo ao enfermeiro estabelecer terapêuticas de enfermagem que visem ajudar o jovem no processo de transição como mostra a figura 1.

Figura 1 - Teoria das transições de Afaf Meleis



Fonte: Meleis A. – Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice (2010, p.56)

Segundo Meleis (2010), a natureza das transições compreende tipos, padrões e propriedades. Existem quatro tipos de transições: transição do desenvolvimento (relacionadas com as mudanças induzidas pelo ciclo vital); transição situacional (associadas a acontecimentos que desencadeiam alterações de papéis); transição de saúde/doença (passagem de um estado de saúde para doença) e transição organizacional (referentes ao ambiente social, económico e político).

A adolescência é o período com destaque na transição de desenvolvimento (infância até adolescência e adolescente até adulto), repleta de transformações corporais, que dão ênfase à transição da imagem corporal infantil para a imagem corporal adulta, surgindo assim vários problemas, nomeadamente na formação de identidade, drogas, sexualidade, maternidade precoce, entre outras.

Os jovens podem enfrentar mais do que um tipo de transição e nenhuma transição pode ser vivenciada de maneira isolada e exclusiva, ou seja, os padrões podem ser simples ou múltiplos, sequenciais ou simultâneos, relacionados ou não relacionados. Apesar da complexidade e da multiplicidade das transições, as respostas aos acontecimentos advêm das propriedades que incluem a consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, tempo de transição, pontos e eventos críticos (Meleis, 2010).

Para a mesma autora, existem condições facilitadoras e/ou dificultadoras no processo de transição, condições estas que podem ser condições pessoais (significados;

atitudes e crenças culturais; status socioeconómico; preparação e conhecimento), da comunidade (suporte familiar; informação e modelos) e da sociedade.

Particularizando o fenómeno em estudo, as condições da comunidade são as que mais influenciam a construção da autoestima. No entanto, é fundamental que o enfermeiro esteja bem atento aos significados que o jovem atribui a cada fase de transição, nomeadamente às atitudes, crenças culturais e estatuto socioeconómico. Só assim terá uma visão holística de todos os fatores facilitadores e dificultadores no processo de transição e intervir adequadamente na promoção de uma transição saudável, onde a saúde e o bem-estar são o resultado do processo. Intervenção está direcionada para preparação antecipada e conhecimento sobre o que esperar durante a mudança, permitindo ao jovem e família o estabelecimento de estratégias e expectativas essenciais para o processo de mudança e experiência de uma transição (Meleis, 2010 citado por Joaquim, 2023).

O processo de transição saudável é atingido quando o jovem detém perceção de conforto na nova identidade, determinada pelos padrões de resposta, expressos em indicadores de processo e indicadores de resultado (Meleis 2007 citado por Joaquim, 2023).

Os indicadores de processo permitem avaliar as respostas do jovem ao processo de transição, identificando se esse processo se move em direção à saúde ou vulnerabilidade/risco; estes permitem ao Enfermeiro Especialista orientar as intervenções de enfermagem em direção a resultados de saúde positivos, com vista a facilitar no jovem o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde e responsabilização pelo autocuidado de forma eficaz e harmoniosa.

A conexão do jovem com o Enfermeiro Especialista é fundamental para o estabelecimento de uma relação de ajuda permitirá ao jovem compreender os processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, recuperação e limitações, assim como a desenvolver confiança para responder às questões de saúde com estratégias de *coping* (Meleis, 2010).

Os indicadores de resultado medem a diferença entre a situação esperada e a situação atual, permitindo identificar o final da transição e a avaliação do desenvolvimento de competências, comparativamente com o objetivo final delineado. Estes resultados podem ser apresentados pelo domínio de novas competências (maestria) e desenvolvimento de uma fluida identidade integrativa (habilidade) (Meleis, 2000 citado por Joaquim, 2023; Meleis 2010).

As terapêuticas de enfermagem permitem ao enfermeiro intervir nos diversos processos que possam dificultar o próprio processo de transição, com o objetivo de promover e restaurar as dimensões individuais familiares e organizacionais de saúde. O Enfermeiro

Especialista é quem mais tem contacto e lida com os vários ambientes que influenciam as transições do adolescente, como o suporte pessoal, familiar e social, permitindo assim realizar uma avaliação holística da transição com base nas necessidades psicossociais, individuais e de privação, e intervir no jovem e família para a criação de condições propícias para uma transição saudável (Meleis, 2010).

De acordo com a mesma autora, a família e a comunidade são quem mais influenciam no processo de transição, e as condições sociais são as que mais afetam o comportamento durante um processo de mudança. Os fatores externos que ajudam no processo de transição, incidem no suporte familiar, social, dos amigos, suporte dos enfermeiros e de grupos terapêuticos. A falta deste suporte ou comunicação leva a que o indivíduo desenvolva sentimentos de impotência, confusão, frustração e conflito. De facto, o enfermeiro tem a capacidade de mobilizar as situações possíveis de transição, com pertinência no contexto familiar e social, e adequar as suas intervenções de modo a facilitar a construção da autoestima do jovem nas diversas fases de transição.

Para Lopes, (2012), os pais são os principais cuidadores dos seus filhos e os peritos nos cuidados que determinam positivamente o estado emocional da criança e asseguram o seu pleno desenvolvimento. Surge também necessidade de recorrer à parceria de cuidados de Anne Casey (1988), cuja filosofia assenta na relação de parceria entre os enfermeiros e os pais para cuidar dos seus filhos, com vista ao seu bem-estar físico e mental.

Existem dois conceitos fundamentais que facilitam a abordagem do modelo de parceria de cuidados: os cuidados centrados na criança e família, e os cuidados negociados. A negociação da parceria, requer uma forte comunicação entre os vários intervenientes no processo do cuidar e é considerada o mais elevado nível de participação na prática de cuidados (Smith & Coleman, 2010).

O modelo de parceria de cuidados engloba cinco conceitos principais: criança, família, saúde, ambiente e o enfermeiro. A criança depende dos pais na satisfação das suas necessidades e nas diferentes etapas de desenvolvimento, e a família é quem mais influencia fortemente o seu desenvolvimento e presta cuidados. Em relação à saúde, um défice que não é reconhecido ou corrigido, pode comprometer o crescimento e o desenvolvimento e, por sua vez, o ambiente, onde a criança precisa de proteção, segurança, estímulo e amor dos pais. Por fim, o enfermeiro deve prestar cuidados especializados, cuidados mais técnicos e assume o papel de promover e estabelecer o bem-estar da criança, sempre que o estado de saúde assim o exija, incentivando a família a desempenhar atividades de cuidados familiares e responder às necessidades básicas da criança (Farrel, 1994).

Os relacionamentos estabelecidos na relação de parceria, entre a d'ade e o EEESIP, são de natureza aberta, colaborativa, dinâmica e flexível, articulada em equidade, ao qual a criança/jovem pode ser integrada na prestação de cuidados em unicidade ou numa perspectiva multidimensional (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Através do modelo de parceria de cuidados, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica demonstra uma visão do cuidado centrado na família, com a família e pela família. Implementa um plano de cuidados, com base no processo de enfermagem, tendo em conta o nível de participação nos cuidados, habilitações e desejo de cada um. Desta forma, este processo cíclico possibilita a identificação das necessidades de cada criança/família, o planeamento de intervenções personalizadas destinadas a resolver problemas específicos e respetiva implementação e, por fim, a avaliação dos resultados obtidos que poderão levar a novos dados que serão incorporados no plano de cuidados da família, de modo a atender a essas novas necessidades (Lopes, 2012).

A intervenção na família é também fundamentada pelo Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, uma vez que esta representa o microsistema que mais influência tem na criança/jovem. Este modelo destaca a importância e a influência do ambiente no desenvolvimento humano, sendo este um processo que envolve estabilidades e mudanças, relacionadas às características biopsicológicas dos indivíduos e ao ambiente, e que ocorre ao longo da vida e se estende pelas gerações (Dantas & Silva, 2019).

O indivíduo é influenciado por cinco níveis de influência ambiental: (microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema), sendo o microsistema o ambiente mais íntimo e o que mais influencia, e o cronossistema o ambiente mais amplo e que menos influência exerce no indivíduo. O microsistema é composto pelo ambiente cotidiano e inclui todas as interações diretas como os pais, irmãos, colegas e amigos (Papalia & Martorell, 2022). A influência na autoestima dos jovens em relação aos estilos parentais traduz-se no subgrupo dentro do microsistema - sistema familiar. A bidirecionalidade das influências é composta pelas interações entre os indivíduos, bem como pelos contextos onde estes estão inseridos (Rodrigues, 2020).

O mesossistema sofre influência dos microsistemas, ou seja, os ambientes que o jovem participa diretamente e pode afetar o seu desenvolvimento, tais como os vínculos estabelecidos entre a família e a escola/ grupo de colegas/ vizinhos. O exossistema compreende as interações entre o microsistema e um sistema ou instituição externa, tais como a influência das políticas e leis que afetam as experiências cotidianas do jovem. O macrosistema, é influência dos padrões culturais, crenças e ideologias, sistemas

económicos e políticos. Por fim, o cronossistema, representa a dimensão do tempo, ou seja, nas mudanças ocorridas ao longo do tempo, tais como a mudança na composição da família ou a mudança de residência (Papalia & Martorell, 2022).

Uma intervenção holística e direcionada ao jovem e família, tendo em conta o meio em que estes estão inseridos, são cruciais para uma abordagem na promoção da autoestima.

#### **2.4. Contributos do Enfermeiro Especialista no Desenvolvimento da Autoestima do Adolescente**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é considerado o profissional de saúde mais dotado de conhecimentos e de competências especializadas, trabalhando em parceria com a criança e família/pessoa significativa, para promoção e o mais elevado estado de saúde. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de acordo com Regulamento n.º 422/2018, intervém em torno de uma fase crucial do ciclo vital, do nascimento aos 18 anos de idade, podendo ser alargado até aos 21 ou 25 anos, nos casos de doença crónica, incapacidade ou deficiência, até que a transição para a vida adulta seja conseguida com sucesso relevante.

As fase do ciclo vital são consideradas áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Regulamento n.º 422/2018, a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantojuvenil, com orientação antecipatória para a maximização do potencial de desenvolvimento, assim como a deteção precoce e encaminhamento das situações que possam comprometer o desenvolvimento, qualidade de vida, gestão do bem-estar da criança/jovem e promoção da autoestima do adolescente.

A promoção da autoestima é identificada como uma área de atuação do Enfermeiro Especialista, crucial para promover a maximização do potencial de desenvolvimento, desde o nascimento à juventude. Assim, torna-se pertinente aprofundar e realçar os contributos do Enfermeiro Especialista no desenvolvimento da autoestima no adolescente.

Efetivamente, as transições na adolescência estão relacionadas com eventos críticos, marcados pela redefinição do autoconceito e desenvolvimento da identidade, podendo pôr em causa a formação da autoestima, principalmente quando existem perturbações nas relações, nas rotinas, ideias, perceções e identidade. A transição requer do jovem, consciência das alterações (físicas, emocionais, sociais ou ambientais) a serem afetadas, para que possa adquirir novos conhecimentos que visem envolvimento para a mudança do estado de saúde. A alteração dos comportamentos e redefinição do *self* no

contexto social, permitirão o jovem obter uma visão positiva de si mesmo e do mundo, contribuindo para o aumento da autoestima (Meleis, 2010).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de acordo com o “corpo de conhecimentos” consegue facilmente, nos vários contextos de intervenção, identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de transição e avaliar a capacidade do jovem para lidar com as experiências vivenciadas durante a fase de transição. Isto permitirá ao enfermeiro ter uma visão holística de todos os fatores que possam interferir para transição saudável e intervir com cuidados antecipatórios que visem prevenção de comportamentos de risco, resultados de saúde positivos como o aumento da autoestima do adolescente e potenciar comportamentos de saúde que facilitem a transição. Considerando que o jovem está inserido num meio social com grande influência no processo de construção da autoestima, o Enfermeiro Especialista deve trabalhar em parceria com o jovem e família, tendo em conta as capacidades e desejos de cada um, de modo a dotá-los de competências para gerir o processo de saúde (Meleis, 2007).

O enfermeiro deve envolver sempre os pais na parceria de cuidados, reconhecendo-os como parceiros, aceitar o seu contributo na promoção da autoestima dos filhos, capacitá-los com conhecimentos e competências sobre os principais fatores de risco associados à formação da autoestima e de como responder adequadamente às necessidades específicas dos filhos, nomeadamente nas mudanças biopsicossociais (Tralhão et al., 2020).

A orientação dos pais para práticas parentais positivas, como por exemplo responder às necessidades da criança/jovem nas diversas etapas do ciclo vital, por meio de interação e regulação emocional, é fundamental para a construção da autoestima (Spruijt et al., 2019; Wendt & Appel-Silva, 2020).

A adaptação dos pais nos diferentes estágios de desenvolvimento da criança e jovem, ajuda no estabelecimento de vínculos, facilita a parentalidade e promove o *coping* familiar. O EEESIP deverá facilitar esta adaptação através da orientação dos pais para programas psicoeducacionais, psicoterapia familiar e individual. Os programas de educação parental têm assumido grande relevo na importância da capacitação dos pais para estratégias parentais positivas, através da implementação de práticas e habilidades autorregulatórias durante as rotinas (Meleis, 2010; Spruijt et al., 2019; Martins et al., 2022).

### **3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

O Enfermeiro Especialista é a pessoa a quem é reconhecida maior competência científica, técnica e humana, nesta área, para prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família de *“elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pg.19192). O Regulamento n.º140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define quatro domínios: *“Responsabilidade profissional, ética e legal”*; *“Melhoria contínua da qualidade”*; *“Gestão dos cuidados”*; *“Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”*.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com o perfil das Competências Comuns, de acordo com o Regulamento n.º 422/2018, trabalha em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantojuvenil, através do desenvolvimento das competências: *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da saúde”*; *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”*; *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”*.

Para a obtenção de grau de Mestre, conferido na área de especialização, reconhecida pelo Artigo 15.º Grau de Mestre do Decreto-Lei n.º 65/2018, procurei aprofundar conhecimentos, compreender e resolver problemas nos diversos contextos de estágio, suportando o desenvolvimento de competências num processo reflexivo.

A reflexão de diversas situações complexas vivenciadas na prática, possibilitaram *“desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”*, como consta no Decreto-Lei n.º 74/2006.

A contínua procura de desenvolvimento de competências nas diversas áreas de saúde infantil, tiveram em vista os cuidados de excelência, demonstrando serem essenciais para uma aprendizagem contínua.

Dada a importância da temática “capacitação dos pais para o desenvolvimento da autoestima do adolescente” e considerando que os pais exercem maior influência na

formação da personalidade dos filhos, e em vista ao desenvolvimento e aquisição das competências de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica definiram-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Desenvolver competências do enfermeiro especialista na área em enfermagem de saúde infantil e pediátrica para o apoio aos pais na promoção da autoestima dos adolescentes.

Como objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a influência dos pais no desenvolvimento da autoestima do adolescente;
- Identificar estratégias utilizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na capacitação dos pais para a promoção da autoestima do adolescente.

Objetivo geral: Desenvolver competências para a prestação de cuidados à criança com diferentes faixas etárias de desenvolvimento e em diversas situações de saúde.

Como objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil;
- Prestar cuidados à criança em todas as faixas etárias, com diferentes situações de saúde.

Para cada contexto de estágio foram definidos objetivos gerais e específicos, planeamento e desenvolvimento de atividades que se encontram no apêndice A.

O Estágio desenvolveu-se nas seguintes unidades de saúde: Internamento de Pediatria; Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos; Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados de Saúde Primários e Serviço de Atendimento ao Jovem.

A passagem pelos diversos campos de estágio implicou uma profunda revisão de literatura para a obtenção de conhecimentos indispensáveis à prestação de cuidados especializados à criança e o desenvolvimento de Competências Comuns, Específicas e de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

### **3.1. Serviço de Internamento de Pediatria**

O estágio decorreu no período compreendido entre 7 de novembro de 2022 e 12 de janeiro de 2023, num total de 234 horas de contato.

O Serviço de Pediatria tem como objetivo a promoção da saúde e o bem-estar da criança/adolescente dos 0 anos aos 17 anos e 364 dias, para que esta possa crescer e desenvolver-se nas melhores condições possíveis. Tem como missão vigiar o estado de saúde das crianças e adolescentes, prevenindo e tratando as doenças, através de uma avaliação clínica global da saúde física, mental, emocional e social.

Este serviço tem uma lotação de vinte e oito camas, uma sala de atividades, uma sala de tratamentos, uma sala de preparação de terapêutica, uma sala de trabalho de enfermagem e um gabinete para o enfermeiro gestor. No mesmo serviço funciona o hospital de dia, que recebe crianças/jovens e famílias para realizar tratamentos e outras intervenções, em regime de ambulatório.

A equipa é constituída por cirurgiões pediátricos, enfermeiros especialistas e generalistas, educadoras de infância, assistente social, psicóloga, nutricionista, assistentes operacionais e administrativas.

Presta assistência a crianças e adolescentes, cuja patologia aguda ou crónica descompensada exija cuidados especializados com vigilância adequada. São admitidas crianças e adolescentes de diversas especialidades, com maior incidência no foro cirúrgico.

Os principais motivos de admissão da criança/jovem no Serviço de Pediatria, durante o período de estágio em contexto de Cirurgia, incidiram nas patologias: apendicectomia e postectomia; em contexto de Medicina, as patologias mais comuns foram as infeções do trato respiratório e infeções urinárias.

Durante este período de estágio, procurei atingir os objetivos previamente delineados no apêndice A, integrar e aplicar criticamente os conhecimentos teóricos adquiridos e desenvolver Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço, foi muito importante, uma vez que, a minha experiência profissional até ao momento, foi em contexto hospitalar no Reino Unido, o que significa uma adaptação a uma nova realidade. A necessidade de integrar a um novo contexto hospitalar, dinâmica organizacional e estrutura do serviço, foi concebida através da consulta de normas e protocolos do serviço, Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (OE); Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da Direção Geral de Saúde (DGS);

consulta bibliográfica em manuais e artigos científicos recentes para justificar a prática baseada na evidência.

A colaboração nos cuidados prestados com a equipa multidisciplinar possibilitou compreender o método de trabalho e a dinâmica organizacional. A organização de trabalho neste serviço segue o método de trabalho por enfermeiro de referência, existindo um enfermeiro responsável por realizar a avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados às crianças e famílias, e pela supervisão dos cuidados implementados, assim como enfatizam as linhas orientadoras de método de trabalho por enfermeiro de referência pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Tendo em consideração o método de trabalho por enfermeira de referência, a prestação de cuidados permitiu refletir juntamente com a minha orientadora as situações da prática e elaborar um plano de cuidados em parceria com a criança/jovem e família, em vista à promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado.

A realização de dois estudos de caso, sobre as patologias mais frequentes no serviço (apendicectomia e bronquiolite), permitiram-me consolidar os conhecimentos sobre as mesmas patologias, adotar um pensamento crítico, analisar a evidência científica, ponderar hipóteses, estabelecer prioridades e avaliar perspectivas alternativas a cada situação.

Constatei que, na apendicectomia uma das principais complicações no pós-operatório incidiu nos abscessos abdominais, estando estes relacionados com aumento do tempo de internamento hospitalar, e administração prolongada de antibiótico. Após uma revisão da literatura, foi possível constatar que na criança a parede do apêndice é mais fina e a falta de omento que conecta as diferentes vísceras do mesentério, responsável por conter os processos inflamatórios, predispõem o aumento das complicações na apendicite aguda. Outra das razões reside no atraso do diagnóstico da apendicite, devido à apresentação de um amplo espectro de manifestações clínicas na criança, e à difícil cooperação na realização do exame físico (Takesaki, 2018; Silva, 2020).

A compreensão da fisiopatologia da apendicite na criança, em conjugação com os principais fatores de risco, complicações associadas e efeitos das intervenções de enfermagem no pós-operatório, permitiu debruçar-me sobre os focos de atenção específicos na apendicectomia, resultando no levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem que culminaram no planeamento e implementação de cuidados individualizados.

A apresentação e discussão do estudo de caso em sala de aula, permitiu partilhar com os colegas a pesquisa efetuada com a reflexão da prática de enfermagem, enquanto que

no serviço de pediatria, a divulgação dos resultados encontrados na revisão da literatura com os membros da equipa de trabalho, permitiu clarificar conceitos fisiopatológicos e complicações no pós-operatório da apendicectomia por laparoscopia e laparotomia, uma vez que, alguns dos enfermeiros concebiam o conceito de que o aumento da incidência de abscessos abominais e atraso na recuperação no pós-operatório, estavam associados à utilização da técnica de apendicectomia por laparoscopia comparativamente com a técnica por laparotomia, pelo que a literatura mostra que os resultados de abscessos intra-abdominais são muito similares em ambas as técnicas, verificando-se uma taxa de incidência de abscesso intra-abdominal de 6,6 % na apendicectomia por laparoscopia, comparativamente com 5,9% por laparotomia (Vicente, 2016).

A partilha de conhecimentos com a equipa deu lugar a uma análise e discussão das diversas situações clínicas, de modo a adequar o plano de cuidados a cada caso clínico. No caso de uma criança de 7 anos, com vómitos e diarreias no quinto dia do pós-operatório, subjacentes das complicações de abscesso abdominal na apendicectomia, planeou-se um plano antiemético, hídrico, analgésico e alimentar, instruindo os pais sobre o que esperar perante as complicações no pós-operatório e de como podem ser parceiros ativos na gestão dos cuidados aos filhos. Esta experiência clínica proporcionou a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “**A1.3- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão**”, “**D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho**”, “**D2.2- Suporta a prática clínica em evidência científica**” e “**D2.3- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho**”.

O desenvolvimentos e aprofundamento dos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, numa componente teórica sólida, sustentado num processo reflexivo, sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, concomitantemente a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, assim como comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, com outros colegas, tendo em vista a excelência no cuidar, permitiram o desenvolvimento de Competência de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Em dois turnos e em assessoria com a enfermeira orientadora, foi possível participar na gestão dos cuidados como chefe de equipa, observando a gestão dos cuidados, identificando as responsabilidades do chefe de equipa em elaborar o plano de trabalho dos enfermeiros e assistentes operacionais, de modo a assegurar os recursos humanos e materiais necessários para garantir a continuidade da qualidade dos cuidados. Compreendi a

metodologia e organização dos cuidados, funções e responsabilidades inerentes à gestão de recursos, e, oportunamente, colaborar na gestão dos cuidados, demonstrando capacidade para distribuir as crianças pelos enfermeiros de referência, no sistema de classificação existente no serviço, delegar tarefas, tais como o reportar quem é o enfermeiro responsável por receber admissões no serviço, enfermeiro responsável pela atualização da copa de leites e verifiquei a execução das tarefas delegadas.

Na gestão dos cuidados, cooperei na requisição e reposição dos stocks de material do serviço, identifiquei a falta de determinados consumíveis, o estado do desfibrilhador e o carro de emergência, reportando as ocorrências no diário do serviço, tais como o aviso de novas normas e incidentes, doente em isolamento, possíveis admissões e altas do serviço, entre outros. Todas estas atividades desenvolvidas permitiram-me adquirir Competências Comuns de Enfermeiro Especialista **“C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”**, **“C1.2- Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade”** e **“C2.1- Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”**.

A capacidade em colaborar na garantia das condições necessárias para a equipa multidisciplinar prestar cuidados de qualidade, possibilitou a reflexão dos diferentes estilos de liderança dos diversos chefes de equipa e a forma como estes podem utilizar técnicas comunicacionais que influenciam positivamente e motivam a equipa a envolver-se na qualidade dos cuidados. Possibilitando, assim, o desenvolvimento da Competência Comum do Enfermeiro Especialista **“C2.2- Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos”**, pela capacidade de reconhecer os papéis e funções de todos os membros da equipa, providenciando o suporte necessário para desenvolver as suas funções e pela relação positiva estabelecida com estes.

Relativamente à prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família em situação de hospitalização, e tendo em conta que o processo de doença e hospitalização da criança representa um evento crítico, tanto para a criança como para a família, vivenciadas por stresse e adaptação ao ambiente hospitalar, estes fatores podem afetar o estabelecimento de uma parceria de cuidados (Dias et al., 2022). A minimização do impacto face à hospitalização demonstra ser eficaz com o estabelecimento de uma relação de parceria, de natureza aberta, colaborativa, dinâmica e flexível, articulada em equidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A minimização do impacto hospitalar foi concebida logo no primeiro contato com a criança/jovem e família no serviço, através da apresentação dos profissionais de saúde, apresentação do serviço, divulgação de informação sobre a dinâmica dos cuidados do serviço e pela demonstração de disponibilidade, para responder às necessidades e preocupações da criança/jovem e família, tal como consta nas Anotações à Carta da Criança Hospitalizada: “os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho” (European Association for Children in Hospital, 2016). Estas intervenções permitiram criar uma relação de confiança com a criança/jovem e família, facilitadora para o estabelecimento de uma parceria de cuidados.

A parceria de cuidados com a criança/jovem e família estabelecida, permitiu-me perceber as suas expectativas, necessidades e receios face à hospitalização e organização familiar. Muitos dos pais a quem prestei cuidados demonstraram dificuldade em gerir a situação familiar, referindo sentimentos de abandono em relação aos outros filhos, sendo fundamental, ajudá-los a descobrir novas formas de organização familiar e adaptação aos processos de vida a que se confrontam, tais como, alterar o cuidador (mãe, pai ou pessoa significativa) durante o dia, permitindo à mãe/pai a ausentar-se do hospital e a ir em encontro dos outros filhos, realizar videochamadas e permitir a visita dos irmãos no hospital.

A utilização de estratégias comunicacionais como a escuta ativa foi fundamental para que as crianças/jovens e família sentissem que os seus problemas e desejos eram importantes no processo do cuidar, possibilitando assim planear, negociar e implementar um plano de cuidados, desde a admissão à alta, tendo em conta as suas necessidades.

Com a avaliação da estrutura, contexto do sistema familiar e informação existente, foi possível compreender o contexto em que criança/jovem está inserida e perceber as crenças inerente aos conceitos de saúde/doença. Com esta anamnese foi possível reconhecer as oportunidades para trabalhar com a família na adoção de comportamentos potenciadores de saúde, dotando-os de conhecimentos e habilidades para responder aos processos de saúde/doença e reforçar positivamente a assunção dos seus papéis, que visam o bem-estar e maximização da saúde (Dias et al., 2022).

Envolver a criança/jovem e família na tomada de decisão é considerado um princípio ético com repercussões em todo o processo de cuidados. De acordo com as Anotações na Carta da Criança Hospitalizada, European Association for Children in Hospital (2016), “As crianças e os pais têm direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos adequados à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito”, assim como, no artigo 12.º da Convenção dos Direitos da Criança,

UNICEF (2019) “a criança com capacidade de discernimento tem direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade”. Foi imperativo implementar uma parceria de cuidados negociados com a criança/jovem, integrando-os em todo o processo de cuidar, permitindo-lhes que expressassem as suas vivências e pontos de vista, de modo a planear os cuidados tendo em conta as suas expectativas e necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A parceria de cuidados estabelecida com a díade, nas diversas situações da prática, possibilitou o desenvolvimento das unidades de competência de EEESIP: “**E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem**” e das unidades de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista: “**A1.1- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas**” e “**A2.1- Promove a proteção dos direitos humanos**”, pela capacidade de implementar um plano de cuidados negociados em parceria com a criança/jovem e família, procurando sistematicamente oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e família na adoção de comportamentos potenciadores de saúde, tendo em conta os valores éticos e deontológicos contemplados no Código Deontológico de Enfermagem (2015), salvaguardando os direitos humanos e os direitos das crianças, referidos na Declaração Universal dos Direitos da Criança.

Relativamente à capacitação dos pais para prestar cuidados inerentes nos diversos contextos de saúde/doença, implica que o enfermeiro envolva os pais nos cuidados e atividades especializados, desde que devidamente orientados e supervisionados pelo enfermeiro (Casey, 1993). O mesmo aconteceu neste estágio, no caso de uma criança diabética submetida a apendicectomia, em que a mãe quis assumir os cuidados referentes à gestão da glicemia e administração de insulina, e eu desempenhei atividades familiares tais como cuidados de higiene. Com base no apoio, ensino, treino e supervisão dos cuidados prestado pela mãe, foi possível partilhar com a mãe conhecimentos e habilidades para gerir os processos de saúde face à gestão da glicemia no pós-operatório, sendo estes cuidados sempre supervisionados.

Com base na negociação e supervisão dos cuidados prestados pela mãe, foi-me permitido adquirir a Competência Comum de Enfermeiro Especialista: “**B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo**”, pela capacidade de criar um ambiente psicossocial seguro para a mãe desenvolver a competência para gerir a diabetes, tais como administrar a insulina à filha,

assegurando-lhe segurança na administração, cumprimento do esquema de insulinoaterapia e a correta administração, envolvendo toda a equipa na parceria de cuidados.

Outras situações que envolveram a capacitação dos pais na prestação de cuidados ao filho incidiram nas infeções respiratórias. As infeções respiratórias agudas, foram os principais motivos de admissão no Serviço de Pediatria no período de novembro a dezembro de 2022. Em Portugal, os vírus rinovírus, vírus respiratório sincicial, coronavírus, parainfluenza, metapneumovírus, enterovírus, adenovírus e bocavírus são os principais responsáveis pelas infeções respiratórias (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2022). Sendo esta uma realidade frequente no inverno, e para o desenvolvimento da competência de EEESIP “***E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem***”, tornou-se imperativo realizar uma pesquisa bibliográfica sobre estas patologias, de modo a implementar respostas de enfermagem apropriadas para intervir precocemente na prevenção de complicações podendo afetar negativamente a qualidade de vida da criança.

A lavagem nasal demonstra ser a intervenção com grande repercussão na limpeza da via aérea, crucial para o tratamento das infeções respiratórias e prevenção da obstrução nasal. Juntamente com os diversos profissionais de saúde, constatou-se que os pais demonstram dificuldade e receio em realizar a lavagem nasal dos filhos, referindo muitas vezes medo em lesionar os filhos, sendo esta uma oportunidade de trabalhar com a família e a criança, na adoção de comportamentos potenciadores de saúde, capacitando-os com conhecimento e aprendizagem de habilidades para gerir o processo específico de saúde. Inicialmente, os pais foram ensinados sobre a lavagem nasal, no qual demonstrei a técnica e posteriormente, com supervisão, permiti aos pais o treino da lavagem nasal dos filhos, sensibilizando-os que esta técnica é essencial para a desobstrução da via área e eficaz na prevenção de futuras infeções respiratórias.

Quando falamos em gestão de processos específicos de saúde/doença, não podemos deixar de falar na sensibilidade e competência do EEESIP em “***E2.3. Responder às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados***”.

Portugal está a dar os primeiros passos na implementação dos cuidados paliativos pediátricos nas crianças portadoras de doenças crónicas complexas, limitantes e ameaçadoras de vida. São consideradas doenças crónicas complexas todas as doenças graves, doenças limitadoras ou ameaçadoras da vida com uma duração prevista de pelo menos um ano. Os cuidados paliativos pediátricos são cuidados globais, proativos,

humanizados e especializados, ao qual os seus princípios devem ser integrados com os cuidados curativos, de forma a ajudar a criança e família e não apenas nos cuidados de fim de vida (Cuidados Paliativos Pediátricos, 2015).

No Serviço de Pediatria, prestei cuidados a crianças e jovens com doenças raras, tais como, microcefalia congénita, miopatia congênita, Lúpus e mioblastoma, entre outras. As crianças foram internadas devido a complicações da doença. Devido às recorrentes hospitalizações, as famílias já estavam familiarizadas com o serviço e com os cuidados que lhes seriam prestados. Por sua vez, esta familiarização com o que esperar dos cuidados, dota os familiares com conhecimentos de mestria face à gestão dos cuidados dos filhos. O que exigiu de mim um aprofundamento e mobilização de conhecimentos e habilidades essenciais para responder às expectativas dos pais, de modo que eles sentissem confiança nos cuidados prestados, como a aspiração de secreções à criança traqueostomizada e manuseamento do ventilador.

A prestação de cuidados à criança com doenças raras, possibilitou a reflexão e implementação dos cuidados de enfermagem promotores de esperança nos cuidados paliativos em pediatria. Para conseguir responder adequadamente às necessidades da família, realizei pesquisa bibliográfica sobre os cuidados paliativos em pediatria e consultei o Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promoção da esperança e Preparação do regresso a casa da criança, da Ordem dos Enfermeiros (2011), para adquirir conhecimentos sobre os cuidados paliativos e estratégias promotoras de esperança.

A pesquisa foi feita em diversas fontes que me permitiu planear intervenções de enfermagem promotoras de esperança, tais como identificar os recursos da família e as estratégias utilizadas anteriormente na adaptação às situações de crise da doença, assistir os pais no estabelecimento de objetivos da prestação de cuidados, facilitar a comunicação expressiva de emoções, apoiar os pais na tomada de decisão e elogiar o envolvimento da família, possibilitando o desenvolvimento da unidade competência do EEESIP “***E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade***”.

A Convenção sobre os Direitos da Criança reconhece à criança fisicamente deficiente, o direito a uma vida plena e decente em condições que garantam a sua dignidade, favoreçam a sua autonomia e facilitem a sua participação ativa na vida da comunidade (Cuidados Paliativos Pediátricos, 2015). Neste sentido, as minhas intervenções de enfermagem foram ao encontro de contribuir para a melhoria da continuidade dos cuidados

da criança com doença crónica, servir o melhor interesse da criança e família em todos os momentos, para que possam tomar decisões informadas e esclarecidas.

Todos os momentos de interação com o binómio foram essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica, que permitiu avaliar os processos de adaptação e gestão da doença, com vista a preservar a continuidade dos cuidados e preparação para a alta hospitalar. Conhecer os fatores de risco associados a cada patologia possibilitou prestar cuidados diferenciados e humanizados, contribuindo para a evolução positiva da doença.

A hospitalização é conhecida também por disputar na criança medo e ansiedade, face ao desconhecimento dos cuidados que lhe serão prestados. A Carta da criança hospitalizada (1988) refere: “*deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável*” e “*tentar reduzir ao mínimo as agressões físicas ou emocionais e a dor*”.

Reconhecendo a unidade de competência do EEESIP “ ***E2.2. faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas***”, este estágio foi fundamental para a aquisição de conhecimentos e habilidades em gestão diferenciada da dor na criança, com aplicação de medidas farmacológicas e terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

O conhecimento aprofundado na componente teórica das aulas do mestrado aliado à pesquisa bibliográfica no Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança da Ordem dos Enfermeiros (2013), e as orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças da Direção Geral de Saúde (2010), foram essenciais para fundamentar, refletir e aplicar os conhecimentos adquiridos.

Inicialmente, observei as técnicas utilizadas pelas enfermeiras do serviço para minimizar a dor nos procedimentos como, a punção venosa, administração de terapêutica endovenosa e realização de cuidados à ferida cirúrgica, e, posteriormente, prestei cuidados de enfermagem evitando provocar sofrimento físico e psicológico indevido às crianças e jovens, através da reflexão e planeamento de intervenções de enfermagem com medidas farmacológicas e terapias não farmacológicas no alívio da dor.

As crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos, a experiência da dor é percebida de forma individual nas diversas faixas etárias, o que significou requerer habilidades em reconhecer a individualidade da dor na criança, de modo a ajudar a lidar com a situação.

Prestei cuidados a uma criança no pós-operatório de apendicectomia com recusa na deambulação, por referir medo da dor subjacente a este ato. Foi necessário ajudar a criança a expressar as suas emoções e sentimentos, desmistificar o medo face à dor, planear medidas

farmacológicas e não farmacológicas, como controle da respiração, distração, administração terapêutica antes de deambular, planejar metas de sucesso para cada dia, permitindo o autocontrole da situação. Por vezes, senti dificuldade em avaliar a dor nesta criança quando associada ao medo, sendo crucial intervir em parceria com os pais, para avaliar e interpretar o estado emocional da criança, e adequar as intervenções.

No serviço existem diversos instrumentos de avaliação da dor, que se encontram em anexo A. As medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor na criança devem ser utilizadas em tempo útil, tendo em conta a faixa etária e as necessidades específicas da criança. Nos recém-nascidos até aos três meses de vida foi utilizado a escala EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*), uma vez que esta é uma escala de aplicação simples e rápida (Direção Geral de Saúde, 2010). O instrumento mais utilizado para avaliar a dor na criança com menos de 4 anos ou sem capacidade para verbalizar, foi a escala FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), e na criança com multideficiência com mais de 4 anos, o instrumento FLACC-R (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised*). Nas crianças com idades compreendidas entre 4 e 6 anos foi utilizado as escalas FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*) e a escala de faces de *Wong-Baker*. Às crianças com mais de 6 anos foi aplicado as escalas EVA (Escala Visual Analógica); EN (Escala Numérica); FPS-R e Escala de faces de *Wong-Baker*. A escala de eleição para as crianças com mais de 4 anos foi a escala de faces de *Wong-Baker* e para os jovens a escala numérica.

Após a adequação da escala e avaliação da dor na criança/jovem tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento, seguiu-se a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor. As medidas não farmacológicas mais utilizadas na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem, incidiram na conjugação da otimização do ambiente e envolvimento com família, sendo estes processos facilitadores para a colaboração e adesão da criança/jovem no regime terapêutico.

Perante procedimentos dolorosos, tais como, punção venosa e cuidados à ferida cirúrgica, as estratégias não farmacológicas foram consideradas o recurso primordial no controlo da dor. No latente recorri à presença de pessoa significativa, sucção não nutritiva, embalar e acariciar. Na criança com idades compreendidas entre os 1-8 anos, utilizei a técnica de distração com bonecos e vídeos, posicionamento de conforto, oferta de brinquedo/jogo favorito e musicoterapia. Nas crianças com mais de 8 anos, recorri à utilização de técnicas como imagem orientada, distração, exercícios de relaxamento e uso do telemóvel.

As medidas farmacológicas mais utilizadas incidiram na administração de glicose 25% no latente: Nas crianças com mais de 1 ano procedi à aplicação de xylocaína no local da punção ou aplicação penso EMLA e administração de analgesia.

Nos cuidados pós-operatórios, o uso de técnicas não farmacológicas como brincar, desenhar e contar histórias, possibilitou explorar e avaliar a percepção da criança em relação à cirurgia e aos cuidados inerentes do pós-operatório, assim como possibilitou estabelecer um contrato de saúde com a criança. A conjugação das medidas farmacológicas e não farmacológicas permitiu à criança experienciar menos dor e receio face à hospitalização.

Considerando que a insegurança e o medo face à hospitalização são desfavoráveis ao desenvolvimento da autoestima, as minhas intervenções de enfermagem incidiram em ajudar a criança a participar ativamente nos cuidados e tratamentos, promover a sua participação na implementação do plano de cuidados para proporcionar confiança e autoestima. O envolvimento e a presença dos pais junto da criança promovem sentimentos de segurança, essenciais para o aumento do bem-estar e autoestima da criança (Hockenberry et al., 2018).

Refletindo a prática clínica com outros profissionais de saúde, constatamos que o comportamento da criança se reflete nas práticas educativas e estabelecimento de vínculos. Esta reflexão proporcionou um maior aprofundamento nesta área de interesse e escolha do tema, capacitação dos pais para a promoção da autoestima dos adolescentes, sustentada numa Revisão Integrativa de Literatura, trouxe mais contributos a este relatório de estágio. A Revisão Integrativa de Literatura, que se encontra no apêndice B, intitulada “**Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na capacitação dos pais para a promoção da autoestima dos adolescentes: revisão integrativa**”, conduziu à construção de um raciocínio crítico de conhecimento científico numa área de investigação, dando visibilidade ao desenvolvimento e aquisição de Competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

### **3.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos**

O estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) decorreu no período compreendido entre 13 e 20 de janeiro de 2023, com um total de 36 horas de contato.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos é uma unidade de nível 3, onde são prestados cuidados a recém-nascidos e crianças com idades compreendidas entre os 0 – 15 anos, que necessitem de cuidados intensivos neonatais, cuidados intermédios no período neonatal e cuidados intensivos pediátricos. A unidade tem por missão prestar cuidados de saúde de grande complexidade, globais e integrados, numa perspetiva humanista, de qualidade, cumprindo os pressupostos ético-deontológicos e legais, por uma equipa multidisciplinar dotada de competências técnicas e relacionais.

A equipa de enfermagem é composta por um enfermeiro chefe e trinta enfermeiros, dezanove dos quais, com a Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A UCINP é constituída por uma enfermaria de cuidados intensivos neonatais com lotação de seis incubadoras, uma enfermaria de cuidados neonatais intermédios com lotação de seis incubadoras e uma enfermaria de cuidados intensivos pediátricos com lotação de três camas.

Os recém-nascidos internados podem provir de diversos serviços, desde Obstetrícia e Ginecologia, Urgência Pediátrica e por transferência de outros hospitais, inclusive fora da Região Autónoma da Madeira.

Para este contexto de estágio foram delineados objetivos definidos no apêndice A, tendo sido atingidos. Apesar do reduzido número de horas de contato deste estágio, foi possível observar a dinâmica organizacional e estrutura da UCINP, através da observação e colaboração na prestação de cuidados ao recém-nascido/família, nomeadamente em situações de prematuridade, em recém-nascidos com idade gestacional inferior a vinte e oito semanas e com necessidade de ventilação não invasiva CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*).

Este estágio destacou-se pela prestação de cuidados ao recém-nascido, de modo a promover a maximização do seu potencial de saúde, através da prestação de cuidados de higiene e conforto, lavagem nasal, manipulação e manutenção do cateter venoso central e periférico, preparação de medicação e alimentação parentérica, alimentação por sonda orogástrica, monitorização dos sinais vitais e elaboração de registos.

Todos os recém-nascidos com menos de trinta semanas têm o risco de desenvolver Síndrome Dificuldade Respiratória devido à doença das membranas hialinas, razão pela qual

é colocado CPAP nasal com PEEP (*Positive End-Expiratory Pressure*) logo após o nascimento, para reduzir a necessidade de ventilação mecânica convencional e o uso de surfactante (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014).

A Apneia da Prematuridade é comum nos recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas, e consiste em episódios de pausa respiratória que duram geralmente entre 5 a 10 segundos, associada à descida da saturação inferiores a 90% e/ou bradicardia, seguidos por retorno espontâneo (Franck, 2021).

A situação de maior instabilidade hemodinâmica no prematuro que surgiu ao longo deste estágio, foi um prematuro com 28 semanas que teve vários episódios de apneia no turno. A monitorização, interpretação e registos dos sinais vitais e do balanço hídrico no prematuro, demonstraram ser elementos fundamentais para identificar os focos de instabilidade, de modo a responder pronta e antecipadamente à necessidade de aporte de oxigénio, estimulação do prematuro, reposicionamento e permeabilização da via aérea, com vista a minimização de potenciais riscos.

A identificação dos focos de instabilidade na prematuridade permitiu refletir sobre as intervenções do EEESIP em gerir situações de complexidade e no desenvolvimento das unidades de competências do EEESIP “***E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados***” pela capacidade de reconhecer a vulnerabilidade da prematuridade e auxiliar na implementação de intervenções em vista a minimizar os fatores de risco que provoquem instabilidade.

O sistema neurológico fetal tem um grande desenvolvimento no terceiro trimestre de gestação, a adaptação à vida extrauterina pode fragilizar o desenvolvimento do prematuro devido aos diversos estímulos ambientais (Altimier & Phillips, 2016).

A prestação de cuidados de enfermagem ao prematuro foi considerada um desafio constante devido à sua vulnerabilidade e pela necessidade de implementação de cuidados especiais, tais como manter a temperatura corporal, oxigenoterapia, fototerapia, ventilação mecânica, monitorização cardiorrespiratória, alimentação por via parentérica e orogástrica, entre outros, pelo que na prestação de cuidados ao prematuro tive o cuidado de organizar as minhas intervenções de modo a minimizar a manipulação no recém nascido e não causar fontes de stress.

A utilização de medidas neuroprotetoras no prematuro demonstra ter resultados positivos na minimização de situações de instabilidade no prematuro, razão pela qual a UCINP adota a utilização destas medidas.

De acordo com o *Neonatal Integrative Developmental Care Model* de Altimier & Phillips (2016), existem sete medidas básicas para os cuidados de desenvolvimento centrado na família neuroprotetora de bebês prematuros. As medidas centrais neuroprotetoras assentam no ambiente de cura, parceria com a família, posicionamento e manuseio, proteção do sono, minimização do stresse e dor, proteção da pele e otimização da nutrição, sendo estas intervenções protetoras como estratégias para apoiar conexões neurais sinápticas ideais para o desenvolvimento lógico, físico e emocional, e prevenir deficiências.

Reconhecida a importância da implementação das medidas neuroprotetoras no prematuro, ao longo deste estágio apliquei várias técnicas neuroprotetoras no recém-nascido, tais como a promoção da prática do canguru, utilização do ninho, otimização do ambiente e manipulação do recém-nascido, uma vez que estas técnicas providenciam diversos benefícios tais como, melhorar o vínculo entre os pais e o bebê, diminuição das infecções e tempo de internamento hospitalar. A utilização do ninho, além de ser considerado o posicionamento que se assemelha à posição dentro do útero, é essencial para o desenvolvimento neuromotor e musculoesquelético, assim como ajuda na regulação fisiológica e organização neurocomportamental (Altimier & Phillips, 2016).

A utilização destas técnicas possibilitou também o desenvolvimento da unidade de competência de EEESIP “***E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência***”, sustentado também no parecer n.º18/2011 da ordem dos enfermeiros, com base no Decreto de Lei n.º 161/96, de setembro e o Código Deontológico do Enfermeiro, no âmbito das intervenções autónomas de enfermagem, o enfermeiro pode integrar na prática clínica conhecimentos e técnicas adequadas, desde que as fundamentações desses recursos enriqueçam a sua ação, sejam benéficos e consentidos pelo cliente.

A hospitalização e os cuidados ao recém-nascido requerem dos enfermeiros competências especializadas, centrados não somente nos aspetos biológicos do recém-nascido, mas no binómio recém-nascido/pais. A separação do prematuro e a privação do contato precoce com os pais é vista como uma perda/interrupção dos vínculos e do papel parental. Existem vários fatores que influenciam a transição para a parentalidade, desde a idealização do bebê sonhado ser diferente do bebê real, vulnerabilidade inerente à prematuridade e o desconhecimento face aos cuidados diferenciados ao prematuro (Nunes, 2019). A hospitalização do recém-nascido agrava a vulnerabilidade dos pais que não sabem como agir face à situação, expressando sentimentos de angústia podendo afetar a criação de

laços afetivos e a adaptação à parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015b; Zwirtes et al., 2021).

Tendo em conta as vulnerabilidades da parentalidade face aos aspetos negativos da separação do recém-nascido dos pais, e de modo promover condições facilitadoras para uma transição da parentalidade, no primeiro contato com os pais apresentei-lhes o serviço e recorri ao *check list* de ensinios “*Preparação para o Regresso a Casa*” do serviço para dotar os pais com conhecimentos de como prestar cuidados ao prematuro, desde a admissão à alta, abordando vários temas como a Relação Afetiva Pais/filhos; Alimentação; Cuidados de Higiene; Eliminação; Sono e Repouso; Detecção de sinais de alerta; Desenvolvimento Infantil; Terapêutica; Vigilância de Saúde; Segurança; Direitos dos Pais. A relação estabelecida com os pais, no primeiro contato, foi vista como uma oportunidade para esclarecer dúvidas e envolvê-los no processo de tomar conta do filho.

A aplicação de técnicas neuroprotetoras, como o método do canguru, otimização do ambiente e manipulação do prematuro em conjugação com a promoção da amamentação, promoção do contato físico com o recém-nascido, promoção de interação com o recém-nascido, permitiu a negociação e o envolvimento dos pais na prestação de cuidados contribuindo, assim para o desenvolvimento de vínculos essenciais para assunção do papel parental. Todas as medidas adotadas para promover a parentalidade demonstraram ser essenciais para aquisição da unidade de competência do EEESIP “***E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais***”.

### 3.3. Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio decorreu no período compreendido entre 24 de janeiro e 24 de fevereiro de 2023, num total de 180 horas de contato.

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) tem por missão prestar cuidados de emergência/urgência em tempo útil à criança/adolescente dos 0 anos até 17 anos e 364 dias e família. O SUP é composto por uma sala de espera, uma sala de triagem, área de triagem avançada com três macas de isolamento, três gabinetes de observação médica, um gabinete de enfermagem, uma sala de aerossóis, uma sala de tratamentos, uma sala de isolamento, uma sala de reanimação partilhada com os adultos e a Unidade de Internamento de Curta Duração constituída por um berçário com três berços e uma sala pediátrica com duas camas. Fazem parte, equipas de enfermagem e de assistentes operacionais e uma equipa médica, em presença física, com formação na área da pediatria médica constituída por um mínimo de três elementos, dos quais dois especialistas em pediatria. A equipa de enfermagem é composta por um enfermeiro chefe, vinte e nove enfermeiros, dezasseis dos quais Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Os principais motivos de admissão da criança/jovem no SUP durante o período de estágio foram febre, infeção das vias aéreas superiores, vômitos, diarreia, dor abdominal, crises convulsivas ou epilépticas, traumatismos e urgências pedopsiquiátricas. Na sequência desta prática clínica, foram traçados objetivos gerais e específicos que se encontram no apêndice A.

De acordo com Despacho Normativo n.º 11/2002, o serviço de urgência é considerado um serviço de ação médica hospitalar, com o objetivo de prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas, cuja gravidade exige uma intervenção médica imediata.

A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (2012), define o conceito urgência como uma situação clínica “*que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)*”, e por emergência uma situação em que “*existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo*”.

Num ambiente de urgência, o enfermeiro deve estar preparado para responder às diversas situações de doença e situações de risco e para ser bem-sucedido, deve ser detentor de conhecimentos e competências em fisiopatologia, diagnóstico e tratamento (Hockenberry et al., 2018). De modo a responder às diferentes situações no âmbito dos cuidados no Serviço de Urgência, consulte as normas, os protocolos do serviço, questionei diversos membros da

equipa sobre as doenças mais frequentes no serviço, de modo a fazer revisão de literatura para aquisição de conhecimentos e fundamentar as minhas práticas de enfermagem especializada.

O percurso formativo integrou diversas áreas de atuação da criança/jovem, desde a triagem, sala de tratamentos e a unidade intermédia de curta duração, permitindo a continuidade do desenvolvimento da unidade de competências do EEESIP “***E1.2. Diagnóstica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem***”, uma vez que este serviço é reconhecido pela admissão de crianças em situação de urgência podendo pôr a vida em risco.

Todas as crianças admitidas no serviço de Urgência Pediátrica, passam pela sala de triagem e são triadas com ajuda da escala de triagem *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (PaedCTAS). Esta escala, possui 5 níveis de classificação de prioridade de doente, com base no nível de prioridade e tempo de espera; é atribuído uma cor para cada nível de atendimento: nível 1 - emergente (cor vermelha) = 0 minutos; nível 2 - muito urgente (cor laranja) = 15 minutos; nível 3 - urgente (cor amarela) = 30 minutos; nível 4 - pouco urgente (cor verde) = 1 hora; nível 5 - não urgente (cor azul) = 2 horas (Direção Geral de Saúde, 2015).

Na sala de triagem, fiz a aplicação dos critérios de avaliação da escala, entrevista à criança/jovem e família, avaliação dos sinais vitais, aplicação da escala de Glasgow, avaliação da glicemia capilar, observação da pele e do comportamento da criança/adolescente, imobilização dos membros, e administração de analgesia de acordo com o protocolo do serviço. Realizada a triagem é atribuído o nível de prioridade, tendo em conta os níveis de urgência, recursos necessários e o tempo de espera, pelo que informei a criança/jovem e família sobre o tempo de espera e o seguimento dos cuidados.

Na triagem, devido ao protocolo de contingência do Coronavírus 2019 (COVID-19), é ainda aplicado um questionário de rastreio que permite eleger as crianças para a realização do teste rápido de antigénio SARS-CoV-2. Todas as crianças com coronavírus ou crianças que apresentem sintomas e recusem realizar o teste, são elegíveis para permanecer na unidade de isolamento, para serem observadas e prestados cuidados.

Dada a afluência de crianças e famílias na sala de espera, tanto para serem triadas como para serem observadas, considero que este foi o local de estágio que exigiu maior reflexão e solidificação de conhecimentos sobre o controle de infeção hospital. Para além da constante preocupação, no que respeita aos 5 momentos de higienização das mãos, medidas

de proteção e higienização do ambiente, foi fundamental identificar as principais doenças infetocontagiosas da criança e implementar os protocolos de atuação existentes no serviço.

Este tipo de infecções implicou a consulta dos protocolos, planos e normas do serviço sobre o controlo da infeção hospitalar em contexto de urgência pediátrica. A consulta das normas do serviço garantiu que em todos os cuidados prestados à criança com doenças infetocontagiosas, tais como o Covid, *Staphylococcus aureus* e varicela, fosse minimizado o risco da transmissão de infeções cruzadas, demonstrando capacidade em envolver-me na gestão do risco e colaborar na manutenção de medidas preventivas no controlo de infeção hospitalar, permitindo assim adquirir a unidade de Competência Comum de Enfermeiro Especialista “**B3.2- Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais**”.

A maioria dos motivos de admissão no SUP, eram situações “urgentes e pouco urgentes”, com prevalência nas doenças respiratórias, febre, vômitos e diarreia. Neste sentido, constatei que, a grande prevalência de admissões estava relacionada com febre e os pais, ao primeiro sinal, e sem recorrerem a qualquer medida se dirigiam à Urgência. Quando confrontados sobre a ida à Urgência os pais referiam que “a febre é sinal de infeção”. Estas reações, levam-nos a pensar na necessidade de elucidar os pais sobre como agir e o que fazer antes de se dirigirem ao Serviço de Urgência. Considero importante divulgar os cuidados antecipatórios às famílias e como responder aos processos fisiológicos da febre na criança/jovem através de educação para a saúde e informação, por exemplo, de um folheto informativo para pais e cuidadores - febre na criança/adolescente da Direção Geral de Saúde (2017), como mostra o anexo B. Após a criança/jovem ser triada é observada pelo médico e, em caso de necessitar de tratamento, é encaminhado para a sala de tratamentos.

As situações mais urgentes que observei foram tentativas de suicídio do adolescente, por intoxicações medicamentosas e queda de um andar. Estas situações permitiram identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico no jovem no processo de transição, instabilidade e risco, de modo a implementar medidas e encaminhar para outros profissionais de saúde.

A situação que mais me sensibilizou e fez refletir, foi o caso de um rapaz que planeou a sua própria morte atirando-se de um andar, e quando chegou ao serviço de urgência encontrava-se pouco comunicativo, fâcies triste e abatido referindo querer acabar com o sofrimento e recusar a presença dos pais. Na sala de espera, os pais ansiosos esperavam informação sobre o estado do filho. Após a estabilização do jovem na unidade intermedia de

curta duração, procurei informar-me das razões, mas sem sucesso, mantendo-se reservado e a chorar.

Na continuidade dos cuidados e, enquanto o jovem aguardava avaliação pedopsiquiátrica, procurei criar um ambiente calmo e de confiança. Posteriormente, com base na negociação com o jovem, foi possível estabelecer uma comunicação o mais eficaz possível e permitir a visita dos pais na unidade. A comunicação estabelecida entre a mãe e o filho foi essencial para que o jovem abordasse a razão pela qual cometeu o ato suicida, mencionando que a namorada tinha acabado com o relacionamento.

Esta situação levou-me a refletir com a minha orientadora sobre o crescente aumento de perturbações emocionais e de comportamento nos adolescentes, assim como o vasto campo de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nos diversos contextos de atuação com crianças e jovens, visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

O suicídio é atualmente a terceira causa de morte na adolescência, seguido dos acidentes automobilísticos e homicídios. O suicídio no adolescente pode ser provocado por diversos fatores, desde individuais, familiares, sociais ou ambientais, tais como a presença de distúrbio psiquiátrico (depressão, distúrbio bipolar, psicose, abuso de substância ou distúrbio de conduta), perda dos pais, pais ausentes, conflitos familiares, abuso ou negligência infantil, expectativas parentais excessivamente altas ou indiferença parental com expectativas baixas, perda recente de namorado(a), ausência de expectativas futuras (Hockenberry et al., 2018).

Considerando que o EEESIP é detentor de conhecimentos sobre as transições, habilidades de comunicação e sensibilidade para compreender os vários fatores que medeiam os processos de transição, deve ajudar o jovem a adaptar-se a esses processos a que está sujeito e intervir nos fatores biopsicossociais que visem influenciar positivamente no processo de transição (Meleis, 2010). No caso descrito, foi possível identificar os fatores que moveram o jovem a cometer o ato suicida e interagir com os pais sensibilizando-os para uma análise da situação sem jogar o filho, mas a encontrarem juntos estratégias para o apoiar.

A família pode ser considerada um fator protetor no suicídio, razão pela qual o Enfermeiro Especialista deve intervir no agregado familiar respeitando a individualidade dos filhos, equilibrar a disciplina com relacionamento de apoio, compreensão e sistema de comunicação eficaz (Hockenberry et al., 2018).

Sanavi et al., (2013) consideram os estilos parentais como fatores dissuasores ou encorajadores no processo de crescimento e desenvolvimento, personalidade, comportamento e socialização da criança e adolescente. Em contexto dos cuidados prestados na unidade intermédia de curta duração, procurei avaliar as interações familiares, orientar os pais e adolescentes a desenvolverem padrões de comunicação positivos, assim como capacitar os pais na adoção de estratégias parentais promotores de saúde no jovem. Estas estratégias recaíram nos cinco princípios para a prática da parentalidade positiva tais como: capacidade de satisfazer as necessidades básicas; capacidade de atender as necessidades de afeto, confiança e segurança; promoção de um ambiente familiar estruturado; ambiente familiar positivo e estimulante e oferecer supervisão as crianças e disciplina positiva (Cruz, 2014).

Para a concretização do objetivo comunicar com a criança/jovem e família, mobilizando estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento e à cultura, requereu o desenvolvimento de uma sensibilidade cultural, com consciência das semelhanças e diferenças culturais, de modo a refletir sobre as práticas e implementar estratégias comunicacionais, que possibilitaram o desenvolvimento da unidade de competência do EEESIP “***E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura***”.

O aumento da diversidade cultural na Região Autónoma da Madeira exige dos enfermeiros um corpo de conhecimentos especializados no cuidado de crianças/jovens e família dos diversos grupos étnicos e culturais. Durante este estágio prestei cuidados a crianças/jovens e famílias de nacionalidade inglesa, venezuelana, alemã e sueca, o que requereu o aprofundamento de culturais, crenças e valores e como adquirir competências culturalmente sensíveis.

O desenvolvimento da competência cultural é um processo contínuo, interativo, que envolve cinco componentes: consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural, encontro cultural e motivação cultural. Na consciência cultural procurei valorizar e demonstrar sensibilidade aos valores culturais, através do conhecimento cultural, foi possível obter uma visão das diversas culturas, crenças e perceções relativas aos conceitos de saúde e doença. A habilidade cultural inclui a colheita de dados culturais, através da entrevista e observações nas intervenções de enfermagem. No encontro cultural, busquei oportunidades para participar nas interações interculturais, diretamente na prestação de cuidados, ajudando na tradução de informações em equipa multidisciplinar. E, por fim, na motivação cultural, demostrei genuína e sincera motivação para trabalhar de forma eficaz

com as diversas culturas de modo a adquirir competências culturais (Hockenberry et al., 2018).

O desenvolvimento das competências culturais, começou pela autorreflexão e reflexão crítica das práticas, pelo que me esforcei em compreender e adaptar-me às práticas de enfermagem, tendo em conta as necessidades da criança e família no seu contexto cultural, a cultura de cada nacionalidade, crenças e valores procurando avaliar as interpretações dos conceitos de saúde doença que a criança e família no respeito pela sua cultura, crenças e valores, adequando a comunicação para responder às suas necessidades.

No caso das culturas alemã e inglesa, a pontualidade, o respeito pelas regras e a sinceridade são levados ao rigor, sendo que o desrespeito destas práticas constitui uma ofensa para as pessoas, daí me ter esforçado nos horários terapêuticos e na prestação dos cuidados de enfermagem, explicando os procedimentos e esclarecendo todas as dúvidas. A utilização destas estratégias permitiu desenvolver o domínio da Competência Comum de Enfermeiro Especialista “***D.1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade***”.

A barreira linguística foi um dos fatores que mais influenciou negativamente a comunicação, barreira que foi diminuindo através da utilização da linguagem inglesa e uso do motor de busca google tradutor, permitindo ir ao encontro às preocupações da família, características, crenças e valores dos diversos grupos étnicos, permitido identificar, interpretar os seus conceitos de saúde e dar orientação. No entanto, senti dificuldade em estabelecer comunicação verbal com as crianças, uma vez que não conseguiam comunicar em inglês, pelo que recorri a estratégias como a comunicação não verbal e brincadeiras para conseguir realizar alguns procedimentos como verificar os sinais vitais e administrar terapêutica.

Uma vez concebidos os conceitos culturais, tornou-se relevante o aprofundamento de conhecimentos, técnicas de comunicação e habilidades para uma comunicação mais eficaz e assertiva nos diversos estádios de desenvolvimento da criança/jovem, de modo a enquadrar e adequar as intervenções de enfermagem.

### 3.4. Unidade de Cuidados de Saúde Primários

O estágio no Centro de Saúde decorreu no período de 7 março a 13 abril de 2023, com um total de 126 horas de contato.

O centro de saúde onde fiz o meu estágio tem por missão garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população, disponibilizando aos utentes do concelho vários serviços como: Medicina Geral e Familiar, Cuidados Gerais, Cuidados Especializados em Reabilitação, Cuidados Especializados em Saúde Materna e Obstetrícia, Cuidados Especializados em Saúde Infantil e Pediátrica, Cuidados Especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica, Cuidados Especializados em Saúde Comunitária, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia da fala e Terapia ocupacional.

Para este estágio foram definidos objetivos gerais e específicos que se encontram no apêndice A. Foi o estágio que mais conhecimentos exigiu, sobretudo na área de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, para responder às necessidades de desenvolvimento da criança, prestação de cuidados, a vacinação, recursos da comunidade e aplicação de teste de desenvolvimento, dado que nunca exerci a minha atividade profissional na unidade de cuidados na comunidade.

Para responder aos objetivos traçados, foi necessário aprofundar conhecimento em vários programas, nomeadamente o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável; Programa Nacional de Vacinação 2020; Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; Manual do Utilizador *Schedule of Growing Skill II* e Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, para prestar cuidados de enfermagem especializados às crianças/jovens e famílias, em resposta às necessidades de saúde.

Este estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Primários foi marcado pelo desenvolvimento da unidade de competência do EEESIP “***E3.1. Promove o crescimento e desenvolvimento infantil***”. A vigilância em saúde infantil e juvenil, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, abrange um conjunto vasto de intervenções e procedimentos, com vista à obtenção contínua de ganhos em saúde (Direção Geral de Saúde, 2013).

A avaliação do crescimento e a interpretação das curvas de crescimento, foram instrumentos fundamentais de utilização nas consultas de saúde infantil permitindo monitorizar o estado de nutrição e o crescimento das crianças e dos adolescentes, assim como avaliar as suas necessidades e implicações na saúde da população. Foi possível constatar

uma elevada prevalência de crianças/jovens com Índice de Massa Corporal (IMC) superior ou igual ao percentil 85, sugerindo excesso de peso e obesidade infantil.

Portugal é o país da União Europeia com maior taxa de excesso de peso e obesidade nos jovens. Em 2018, 22 % dos jovens com 15 anos tinham excesso de peso ou eram obesos, e isto deve-se ao fato do baixo nível de exercício físico (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2021). Com base na reflexão da incidência de obesidade na população portuguesa, orientamos os pais para a promoção de comportamentos promotores de saúde, tais como adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, adequação da nutrição às diferentes idades e necessidades individuais das crianças, promoção de comportamentos alimentares equilibrados, prática regular de exercício físico e referenciação para consulta de nutrição.

O desenvolvimento infantil é multidimensional e cada criança é única e tem o seu próprio ritmo de crescimento e desenvolvimento. Existem diversos fatores (biológico, psicológico, ambiental, hereditário e social) que influenciam o desenvolvimento infantil, assim como as relações emocionais afetivas constituem a base primária para o desenvolvimento intelectual e social (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os programas de vigilância de saúde infantil regem-se por instrumentos para a avaliação do desenvolvimento psicomotor, o instrumento de avaliação do previsto no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, no entanto, o instrumento utilizado no serviço é a escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos, *Schedule Growing Skills II* (SGSII).

A aplicação do teste de desenvolvimento psicomotor, requereu um conjunto de competências comunicacionais, habilidade de adaptação às características pessoais da criança, de modo a motivar a sua participação nas atividades planeadas. Algumas das estratégias incidiram ir ao encontro da criança e família na sala de espera, apresentar-me, informar que na consulta seriam realizadas várias atividades/jogos. No percurso, desde a sala de espera à sala de enfermagem, foi oportuno questionar a criança sobre atividades de lazer para a cativar. Na aplicação do teste SGSII, procurei observar a criança e a sua interação com o ambiente, de modo a adequar a ordem das atividades a realizar e conseguir a sua participação.

Com a aplicação do instrumento de avaliação SGSII, foi possível avaliar o nível de desenvolvimento da criança nas nove áreas de competências: controlo postural passivo; controlo postural ativo; locomotoras; manipulativas; visuais; audição e linguagem; fala e

linguagem; interação social; autonomia pessoal. A avaliação nestes domínios permitiu identificar precocemente perturbações psicomotoras, adequar as intervenções passíveis de atuação na prevenção de potenciais problemas, orientar aos pais/pessoa significativa estratégias promotoras do desenvolvimento psicomotor, necessidades específicas da criança, referenciar para outros profissionais de saúde, informar sobre os recursos da comunidade, assim como orientar para realização de rastreios, de modo que as crianças recebam tratamentos rápidos e adequados minimizando os efeitos adversos na sua qualidade de vida.

A identificação das situações de risco, tais como o atraso do desenvolvimento psicomotor, que podem afetar negativamente a vida da criança, com a implementação de respostas apropriadas e encaminhamento para cuidados de outros profissionais, foi também uma oportunidade para a continuidade do desenvolvimento da unidade de competência do EEESIP ***“E1.2. Diagnóstica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”***.

O desenvolvimento atípico está relacionado com a vulnerabilidade da criança, na medida em que os pais são os principais cuidadores, e em situações de stress, podem reagir de formas distintas, pondo em risco o potencial desenvolvimento da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Perante estas situações procurei ajudar as crianças e famílias no desenvolvimento de estratégias de forma a viverem positivamente com as condicionantes que possam afetar o desenvolvimento.

Juntamente com orientadora de estágio refletimos sobre a reação dos pais face ao atraso ou desvio nas aquisições de competências no desenvolvimento dos filhos. Muitas vezes os pais não cumprem as orientações dadas pelos técnicos de saúde, desde a implementação de estratégias promotoras de desenvolvimento psicomotor, à referenciação para outros especialistas, o que me fez estar mais atenta às reações das famílias, nomeadamente no que respeita à parceria de cuidados, alertando-os para a identificação das dificuldades dos filhos e ajudando-os a responder às suas necessidades e encaminhamento para as diversas áreas de especialização.

Relativamente a uma criança de 5 anos, a nível das competências visuais, tive dificuldade em cumprir os 30 segundos de encaixe dos 8 pinos, e quando aplicado o teste visual *Monoyer* constatei que ela tinha dificuldades na acuidade visual, pelo que na consulta anterior a mãe já tinha sido orientada para a consulta de oftalmologia. Neste sentido, procurei trabalhar com a família a fim de perceber as condicionantes existentes e as condições socioeconómicas que pudessem estar a dificultar a adesão às orientações dadas, verificando que efetivamente a condição financeira era o principal obstáculo. Procurei ajudar a família

a encontrar os recursos necessários para responder às necessidades da criança, como o uso do programa mais visão, para usufruir de um apoio de 150 euros na compra dos óculos.

Em todas as consultas de vigilância de saúde infantil, procurei estar atenta às reações e preocupações da família em questões de saúde e dar orientação possível e adequada; intercorrências desde a consulta anterior, frequência de outras consultas e medicação em curso; avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar; frequência e adaptação ao infantário, ama e escola; hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres; dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial; aplicação de teste de rastreio visual (teste *Monoyer*, teste dos “E” de *Snellen*), aplicação de teste de rastreio auditivo; observação da dentição; cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação; agendamento das próximas consultas de acordo com as idades chave ou especificidade da criança.

A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é uma oportunidade privilegiada para o rastreio, avaliação, intervenção e orientação em situações de fragilidade, como perturbações emocionais e do comportamento infantojuvenil. De acordo com a Direção Geral de Saúde, (2013), cerca de 10 a 20% das crianças têm problemas de saúde mental, revelando uma prioridade na implementação atempada de estratégias preventivas e articulação com outras equipas.

Durante o estágio tive oportunidade de intervir em situações de risco na criança e jovem com dificuldades de aprendizagem, recusa escolar, distúrbios do sono e dificuldades na socialização com os pares. Uma vez identificados os sinais de alerta e as necessidades especiais de cada criança, foi definido em parceria com a família, um programa individual de vigilância para os orientar nas atividades promotoras do desenvolvimento e promover a articulação com outros serviços de apoio (Direção Geral de Saúde, 2013).

Muitas das crianças em situações de risco, já estavam sinalizadas na Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), possibilitando a reflexão da intervenção do especialista na promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo, através da implementação de estratégias de intervenção necessárias e adequadas para a diminuição ou erradicação dos fatores de risco.

Uma situação particular de uma jovem já sinalizada pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), por absentismo escolar em que a avó demonstrou interesse em ser a representante legal, uma vez que os pais estavam divorciados e não demonstravam

preocupação na sua educação. Na consulta de contrato de saúde requerido pela CPCJ, com a avó e a jovem, foi possível perceber que esta sofria de *bullying* na escola, razão pela qual faltava às aulas para evitar situações constrangedoras. Uma vez avaliados os fatores de risco associados, tornou-se vital articular com a escola para planeamento de intervenções que permitissem erradicar os comportamentos de *bullying* e facilitar a interação da jovem com os pares, assim como referenciar para o psicólogo de modo a ajudar a jovem a lidar com as situações psicoemocionais que enfrentava.

Face às diversas situações tive oportunidade de intervir e refletir sobre a abrangência de situações que requeriam a articulação com várias estruturas de apoio à criança, desde a articulação com a escola para planear atividades que facilitassem a integração com os pares, serviços de apoio educativo, entre outros, permitindo o desenvolvimento das unidades de Competência Comum de Enfermeiro Especialista “**A1.2- Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade**”, “**A2.1- Promove a proteção dos direitos humanos**”, “**A2.2- Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente**”, pela capacidade de analisar e interpretar situações potencialmente comprometedoras para a criança, e em parceria com os pais/pessoa significativa, planear estratégias de resolução de problemas, tendo em conta o superior interesse da criança e articular com as diversas equipas multidisciplinares e instituições, tais como a escola, psicólogo, nutricionista, médico e assistente social, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), para assegurar a defesa dos direitos da criança.

A vigilância do crescimento e desenvolvimento, foi também um momento oportuno para conhecer melhor a criança/jovem e os pais, avaliar a transição para a parentalidade, a dinâmica familiar e a rede de suporte sociofamiliar (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Os pais são efetivamente os principais cuidadores e os peritos dos seus filhos, que mais influenciam o seu desenvolvimento.

O processo de tomar conta, de acordo com a terminologia CIPE (2015) é definido como: “*assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar*”. Tendo em atenção que a parentalidade varia de acordo com as diversas fases de crescimento e desenvolvimento da criança, recursos familiares internos (adaptação e integração) e recursos externos (recursos comunitários e suporte social) (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Nas consultas de saúde infantil e juvenil, houve necessidade de avaliar a capacidade dos pais na adaptação à parentalidade e assunção dos papéis, validar conhecimentos e as suas capacidades para

tomarem conta, promover interação do recém-nascido e família, incentivar o papel do pai como elemento ativo e elogiar as competências parentais (Hockenberry et al., 2018).

Tendo presente os benefícios da amamentação do recém-nascido e latentes amamentados, promovi a importância do aleitamento materno, uma vez que o é o alimento mais adequado, ajustado às necessidades nutricionais do bebê sem excessos e sem carências, além de providenciar fatores imunológicos e anti-infecciosos, ainda fortalece a relação mãe-filho ao promover o vínculo (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Todas as intervenções direcionadas para a parentalidade permitiram aquisição da unidade de competência de EEESIP “***E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais***”.

Perante os desafios encontrados pelos pais, a promoção da parentalidade positiva, foi conseguida através da capacitação dos pais para responder às necessidades dos filhos, tendo em conta as características da criança, idade e estágio de desenvolvimento (Hockenberry et al., 2018). A parentalidade positiva, desempenha um papel vital no estabelecimento de ambiente potenciador do pleno desenvolvimento e aumento da autoestima das crianças e jovens (Ruiz-Zaldibar et al., 2018). As consultas de saúde infantil e pediátrica foram momentos importantes para ajudar os pais a adotar comportamentos promotores da autoestima na criança/jovem.

Segundo Erikson (1963), ao longo da vida, o indivíduo passa por oito crises transacionais. O desenvolvimento da autoestima está relacionado com a maturidade do indivíduo em desenvolver estratégias de *cooping* eficazes, de modo a transitar com sucesso para o seguinte estágio. Quando o indivíduo não consegue superar a crise de desenvolvimento, o crescimento emocional é inibido e, conseqüentemente, não conseguirá lidar com crises situacionais e de maturação subsequentes (Townsend, 2011).

A autoestima da criança e do adolescente constrói-se essencialmente pela satisfação das necessidades emocionais e básicas, pelo reconhecimento da capacidade de autonomia, competências e qualidades, com reforço positivo das aprendizagens com regras e reflexão das estratégias de melhoria. Neste sentido, foram dadas orientações sobre os cuidados antecipatórios aos pais sobre o desenvolvimento da autoestima ao longo do ciclo vital, de modo que sejam adultos de referência para os filhos, assim como responsáveis pela promoção de uma dinâmica familiar que promova a autoestima e o pleno desenvolvimento dos filhos (Townsend, 2011).

Outra das intervenções que contribuiu para o processo de desenvolvimento da criança e jovem incidiu na atualização do Plano Nacional de Vacinação, uma vez que a

imunização confere proteção imunológica contra determinadas doenças infecciosas, essenciais para a proteção da integridade física e psicológica da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Durante a vacinação, teve em atenção o controlo da ansiedade, através da otimização do ambiente, envolvimento da família e utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor, tais como a aplicação de estratégias de distração e relaxamento, presença de pessoa significativa nomeadamente a Mãe, e, no recém-nascido, a utilização da sucção não nutritiva (chucha) ou amamentação (Direção Geral de Saúde, 2012).

A realização do Exame Global de Saúde nas consultas de Saúde Juvenil, contribuiu como oportunidade para o desenvolvimento da unidade de competência de EEESIP “**E3.4. Promove autoestima do adolescente e sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde**”. Através da entrevista ao jovem foi possível identificar os fatores que possam comprometer a autoestima e intervir oportunamente para adoção de comportamentos que potenciam a saúde.

Na entrevista ao adolescente, para obter uma comunicação eficaz com vista a “*identificar fatores de risco que possam desencadear ou perpetuar a adoção de comportamentos de risco*” Ordem dos Enfermeiros (2018), seguiu-se o instrumento HEEADSSS (*Home, Education e Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide and Safety*) da Direção Geral de Saúde (2012) como guia orientador.

A entrevista ao adolescente foi estruturada em três fases: fase de acolhimento, fase exploratória e fase resolutive. Na fase de acolhimento, na primeira consulta de contato, foi realizada a apresentação ao jovem e pais, posteriormente a apresentação do serviço, de seguida, procurei perceber as expectativas do adolescente e pais face à entrevista e esclarecer as etapas da entrevista (entrevista com adolescente e família, depois entrevista com adolescente e, por fim, a entrevista com adolescente e família).

A entrevista com o adolescente e família possibilitou o estabelecimento de uma parceria de cuidados com diáde, de modo a avaliar a relação do jovem com a própria família, avaliar as interpretações dos conceitos de saúde/doença, compreender antecedentes pessoais e preocupações dos pais. A entrevista individual ao adolescente possibilitou identificar problemas, inquietações, desejos e projetos, e, em simultâneo, estabelecer uma relação de ajuda, de modo que sinta confiança e independência em relação aos pais. A última fase de entrevista individual com o adolescente e família pode não ocorrer, se assim o adolescente o desejar, e teve como objetivo partilhar alguns assuntos com os pais, salvaguardando a confidencialidade e privacidade do adolescente (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Por vezes, os jovens expressam-se com reações adaptativas sob formas de estados psicopatológicos, sem qualquer patologia associada, o que requereu perícia e sensibilização na utilização de técnicas comunicacionais perante as diversas etapas de desenvolvimento do adolescente, de modo a facilitar a comunicação expressiva de emoções. Com base na escuta ativa, foi possível estabelecer uma relação de confiança com os adolescentes que permitiu partilha de sentimentos, problemas e perspetivas, respeitando os seus valores, crenças, sem fazer juízos de valor, com foco a promoção da saúde e adoção de comportamentos que promovam a autoestima.

À medida que o adolescente vai desenvolvendo autonomia e responsabilidade é fundamental envolvê-lo no processo de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Cabe aos enfermeiros criar condições para que os adolescentes desenvolvam capacidades de decisão pessoal sobre comportamentos que assentam nos valores e atitudes individuais. O aconselhamento que permite refletir sobre os riscos e a tomada de decisões em saúde, de modo a potenciar o crescimento e desenvolvimento pessoal, assim como autonomia (Direção Geral de Saúde, 1998). Através da capacitação dos jovens no processo de tomada de decisão face ao processo doença, com vista a recuperação da saúde, foi possível negociar um contrato de saúde com o adolescente, com vista a maximização do potencial de saúde.

A maturação dos órgãos pode suscetibilizar desconforto corporal no jovem, e consequentemente dificultar a transição para a adolescência. A puberdade precoce, nomeadamente nas meninas, está correlacionada com comportamentos de risco, tais como início da vida sexual ativa precoce, hábitos tabágicos e alcoólicos. De modo a ajudar os jovens nesta transição, dei algumas orientações antecipatórias sobre o desenvolvimento físico durante a puberdade, permitindo-lhes uma preparação emocional para as alterações corporais e elaboração de estratégias para enfrentar situações de risco. A sensibilização dos pais para as alterações fisiológicas e de transformação da adolescência, são consideradas uma oportunidade para reforçar a autoestima, na medida que os pais podem ajudar os jovens a integrar conceitos positivos inerentes às transformações (Hockenberry et al., 2018).

A adolescência é caracterizada pela formação do senso de identidade pessoal, concebido pelo desenvolvimento do senso de identidade de grupo e autonomia da família. No início da adolescência, emerge a pressão de pertença a um grupo, pelo qual possam derivar um status. O estabelecimento de identidade dentro de um grupo é essencial para a formação da autoconsciência. A rejeição da identidade da geração dos pais, é essencial para a aquisição da autoafirmação (Hockenberry et al., 2018).

Muitas vezes os pais não estão sensibilizados, nem preparados para os processos de transformação inerentes à formação do senso de identidade pessoal, gerando conflito familiar. A grande maioria dos jovens a quem prestamos cuidados, verbalizaram incompreensão por parte dos pais e receio em abordar certos assuntos. Com a avaliação da estrutura e contexto familiar, foi possível mediar a comunicação entre o jovem e família, de modo a proporcionar conhecimentos e aprendizagens especializadas e individuais, facilitadores para o processo de desenvolvimento e crescimento face à gestão dos processos específicos de saúde/doença.

### **3.5. Serviço de Atendimento ao Jovem**

O estágio no Serviço de Atendimento ao Jovem decorreu no período compreendido entre 14 abril a 5 maio de 2023, num total de 90 horas de contato.

O Serviço de Atendimento ao Jovem, funciona desde 1989, anexado aos cuidados de saúde primários e acolhe todos os jovens da Região Autónoma da Madeira, com idades compreendidas entre os 12 e os 21 anos, integra uma equipa multidisciplinar com profissionais de enfermagem, psicopedagogos, médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, administrativas e assistentes operacionais.

Os objetivos do Serviço de Atendimento ao Jovem são: promover a saúde do jovem de forma holística; incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis; fornecer informação correta, isenta de tabus e falsas crenças acerca do desenvolvimento do corpo, da sexualidade/afetividade, reprodução, contraceção, infeções sexualmente transmissíveis, comportamentos de risco, entre outros.

Para este campo de estágio foram definidos objetivos gerais e específicos que se encontram no apêndice A.

O Serviço de Atendimento ao Jovem disponibiliza aconselhamento nas quatro áreas de intervenção: saúde sexual e reprodutiva; saúde mental/psicológica; comportamentos aditivos; alimentação e atividade física e desportiva. Durante o estágio, os principais motivos de procura do Serviço de Atendimento ao Jovem incidiram em problemas como dismenorreia, iniciar planeamento familiar, prevenção da gravidez, acne, ansiedade, ataques de pânico, automutilação, ideação suicida, conflitos familiares e perturbação na identidade de género.

Atendendo que a fase de transição de desenvolvimento da infância para a adolescência, de acordo com a teoria das transições de Meleis (2010), está associada a problemas na formação da personalidade que podem conduzir a comportamentos de risco,

como consumo de substâncias, problemas de sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis, parentalidade precoce, desequilíbrios alimentares e comportamentos suicidários, revelou-se basilar mobilizar conhecimentos teóricos previamente adquiridos e aprofundar outros com base em evidência científica mais atualizada para suportar a minha prática de enfermagem especializada, sobretudo no planeamento familiar, promoção da autoestima, prevenção de comportamentos de risco no adolescente, formas de abordagem, atividades promotoras do desenvolvimento e cuidados antecipatórios.

Para fundamentar as minhas práticas de enfermagem em saúde infantil e juvenil, recorri ao Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e ao Plano Nacional de Prevenção do Suicídio da Direção Geral de Saúde; aos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros; Associação Portuguesa de Planeamento Familiar; Associação AMPLOS (Associação de Mães e Pais pela Liberdade de Orientação Sexual e Identidade de Género).

Promover o crescimento e desenvolvimento do jovem implicou capacidade de identificar os motivos do adolescente na procura do serviço de atendimento, demonstrar conhecimentos e competências para interpretar a fase de desenvolvimento a que o jovem se encontra, adequando as intervenções de enfermagem, de modo a implementar um plano de cuidados com base numa parceria de cuidados promotora da saúde e maximização do potencial desenvolvimento infantojuvenil.

Com vista a identificar os significados de saúde atribuídos pelo adolescente, estruturei a entrevista em três fases: a fase de acolhimento, a fase exploratória e a fase resolutive. Recorri ao guia de análise biopsicossocial HEADSSS (*Home, Education, Activities, Drugs, Sexual activities/ Identity, Suicide/ Depression and Security*) para identificar problemas, necessidades, significados que os adolescentes atribuem às suas situações de vida e intervir nos diversos focos de ação (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No atendimento ao adolescente considerei os princípios éticos orientadores definidos no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2010), que se regem pelo respeito, autonomia, desenvolvimento sociomoral e maturação do adolescente, para o seu envolvimento no processo de tomada de decisão. Na entrevista ao adolescente, orientei-me pelo respeito, autenticidade, empatia, compreensão, valorização, escuta, disponibilidade, privacidade, confidencialidade e sigilo, requisitos essenciais para o estabelecimento de uma relação de confiança, que permitiu ao jovem expressar os seus sentimentos, pontos de vista e abordar temas identificados da análise biopsicossocial HEADSSS, tais como a sexualidade, consumo de substâncias, violência, entre outros (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ao longo da entrevista o adolescente manifestou várias expressões: falador, nervoso, silencioso, hostil ou agressivo e choroso. A maioria dos adolescentes que recorreram ao serviço de atendimento ao jovem, demonstravam confiança e interesse na consulta e isto deve-se ao fato de ser um serviço acolhedor e aberto ao jovem. No entanto, surgiram de acordo com os problemas abordados.

No atendimento de uma jovem que recorreu pela primeira vez ao serviço para iniciar planeamento familiar, verifiquei que no início da consulta encontrava-se contrariada e revoltada, pois tinha sido obrigada pela mãe e revelava que não precisava iniciar planeamento familiar, uma vez que ainda não tinha iniciado vida sexual ativa. Procurei escutar a jovem, expliquei-lhe a diversidade de atendimento do serviço para responder às problemáticas dos jovens e, posteriormente, expliquei a importância da consulta de planeamento familiar antes de iniciar a atividade sexual ativa, abordando temas como a anatomia e fisiologia da reprodução, métodos contraceptivos e infeções sexualmente transmissíveis. No final da consulta a jovem verbalizou que realmente a mãe tinha razão e a consulta tinha sido muito enriquecedora, razão pela qual ia recomendar às suas amigas.

A escuta ativa e disponibilidade foram as estratégias mais eficazes no estabelecimento de uma parceria de cuidados com o jovem, que permitiu facilitar a comunicação expressiva de emoções, identificar os comportamentos facilitadores e dificultadores no processo de transição, negociar com o jovem o processo de cuidar, reforçando as suas capacidades na consecução de metas e projetos de saúde, com base nas suas competências e qualidades, para que possa desenvolver condutas e comportamentos que influenciam positivamente a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As atividades desenvolvidas na consulta de planeamento familiar foram ao encontro da Portaria nº 52/85, Regulamento das consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento a jovens, onde se fornece informação sobre a anatomia e fisiologia da reprodução; informação sexual; preparação dos jovens para uma vivência correta da sua sexualidade; fornecimento de contraceptivos em situações de risco.

Portugal é considerado o segundo país da União Europeia com maior prevalência de parentalidade precoce, no entanto, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2021), a taxa de fecundidade na adolescência tem vindo a diminuir e isto deve-se, sem dúvida, ao aumento da escolarização, idade de entrada na conjugalidade, maior investimento e disponibilidade de informação na área da educação sexual, facilidade no acesso aos métodos contraceptivos, aumento do conhecimento dos riscos associados a Infeções

Sexualmente Transmissíveis e maior recurso ao aborto (Associação para o Planeamento da Família, 2015).

Nas últimas décadas, em Portugal, tem-se verificado uma diminuição na idade média da primeira relação sexual, em idades compreendidas entre os 14 e os 15/16 anos, que segundo Miranda et al., (2019), pode estar relacionado com a acessibilidade aos recursos de saúde, como o serviço de atendimento ao jovem, que promovem a educação sexual e a promoção da saúde. No âmbito dos cuidados antecipatórios prestados ao adolescente, o aconselhamento e revisão do método contraceptivo, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, prevenção da gravidez e prevenção de comportamentos de risco, foram considerados como oportunidade de promoção de práticas adequadas no que respeita à sexualidade.

O Serviço de Atendimento ao Jovem dispõe de vários métodos contraceptivos (contraceção hormonal oral, preservativo masculino, dispositivo intrauterino, sistema intrauterino, implante, anel vaginal, contraceção de emergência), possibilitando ao jovem aconselhamento e escolha do método contraceptivo que melhor se adequa às suas preferências e estilo de vida e permita uma vivência sexual gratificante e segura, tendo em conta os princípios de prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, prevenção da gravidez e de comportamentos de risco.

De modo a promover a adesão à contraceção expliquei a finalidade, esclareci dúvidas sobre a utilização do método contraceptivo, clarifiquei os benefícios e efeitos adversos, sugerindo práticas e indicações claras para as falhas contraceptivas, valorizei a opinião do jovem na escolha dos métodos contraceptivos, sem juízos de valor, garantindo a privacidade e confidencialidade (Miranda et al., 2019).

Os adolescentes são considerados um grupo de intervenção prioritária na prevenção das infeções sexualmente transmissíveis e saúde reprodutiva (Miranda et al., 2019). É importante identificar os principais fatores de risco e especificidades da população planear e desenvolver programas de promoção da saúde e de prevenção, com o objetivo de construir forças e recursos evolutivos que favoreçam o desenvolvimento positivo, bem como prevenir os fatores de risco e competências para os gerir (Gaspar et al., 2019).

Reconhecida a importância da implementação de programas que visem a promoção da saúde sexual e reprodutiva, e para a concretização das unidades de Competência Comuns de Enfermeiro Especialista “**B1.1- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade**”, “**B1.2- Orienta projetos institucionais na área da qualidade**”, “**B2.1- Avalia a qualidade das práticas clínicas**”, “**B2.2- Planeia programas**

*de melhoria contínua*”, “**B2.3- Lidera programas de melhoria contínua**”, foi possível colaborar na conceção e operacionalização de um projeto do serviço, para a divulgação de cuidados antecipatórios, na prevenção da gravidez na adolescência, infeções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos, tendo como objetivo promover a reflexão dos conceitos sobre a sexualidade e adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Foram realizadas duas sessões de educação para a saúde a jovens com idades compreendidas entre 14-16 anos, numa instituição de acolhimento, em que o plano de sessão se encontra no apêndice C e a apresentação no anexo C. Esta formação possibilitou aos jovens, o conhecimento do Serviço de Atendimento ao Jovem e reflexão dos conceitos sobre a sexualidade e prevenção de condutas de risco. Foi possível avaliar a efetividade do projeto, através da aplicação de um questionário no final da sessão, que permitiu obter indicadores de qualidade positivos para a continuação da implementação de programas de melhoria contínua.

Relativamente ao desenvolvimento da unidade de competência do EEESIP “**E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde**”. Este contexto de estágio destacou-se na identificação e implementação de intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na promoção da autoestima do adolescente.

Muitos dos problemas de autoestima encontrados na consulta do jovem estavam relacionados com manifestações de autoavaliação negativa, verbalização de sentimentos de culpa e vergonha. É durante a adolescência que a autoconsciência, a introspeção e a preocupação com a própria imagem aumentam drasticamente, tornando a autoestima mais vulnerável (Ferreira et al., 2022). A imagem corporal está relacionada com a capacidade de o indivíduo avaliar os seus atributos pessoais, funcionamento, sexualidade, estado de saúde-doença e aparência (Townsend, 2011). De forma a diagnosticar corretamente a autoestima comprometida no adolescente, formulei questões e aprofundei a verbalização de sentimentos relacionados com a perceção que os jovens têm de si mesmos, de modo avaliar a autoestima do jovem e responder de forma adequada e individualizada a cada situação.

Nas consultas de atendimento ao jovem surgiram várias situações principalmente no sexo feminino referindo não se sentir bem com a sua imagem corporal, por idealização de corpos que não correspondem com as suas características corporais, por apresentarem acne e por não se identificarem com as características corporais do sexo de nascença. Tendo em conta a vulnerabilidade que a imagem corporal pode transcender nesta fase de desenvolvimento, procurei compreender as perceções dos jovens em relação à sua imagem

corporal, reforçar positivamente os aspetos positivos que atribuem a si mesmos e a arranjar estratégias para melhorar a sua aparência, tais como aconselhamento de vestuário, utilização de produtos cosméticos para disfarçar a acne, orientar para a consulta de nutricionista, entre outros.

Todas as intervenções desenvolvidas na promoção da autoestima do adolescente tiveram em vista ajudar os jovens a adquirir e a desenvolverem sentido de estima e eficiência. A autoestima é essencial para o desenvolvimento da personalidade e permite aos jovens a percepção de sentimentos de autoconfiança e capacidade para enfrentar os desafios que surgem com mecanismos de *coping* eficazes.

A promoção da autoestima é considerada uma intervenção autónoma do enfermeiro, essencial para o desenvolvimento do adolescente, que ajuda os jovens a lidar com situações difíceis e stressantes da vida. Durante o estágio procurei promover a autoestima, através da orientação do adolescente na procura de comportamentos assertivos e de autoestima, desenvolvimento de competências de *coping* físicas e emocionais e assumir um papel ativo na autodeterminação das escolhas relativas à saúde e autocuidado (Ferreira et al., 2022).

De fato e como refere Ferreira et al., (2022), a autoestima não se promove de forma isolada, sendo fundamental envolver os pais na promoção da autoestima dos filhos, já que estes desempenham um papel fundamental na sua educação, suporte emocional e na formação de laços afetivos seguros que permitem ao jovem desenvolver sentimentos positivos, competência e autonomia. Nesta linha de pensamento, avaliei a estrutura e dinâmica familiar, de modo a conseguir obter informação sobre o estilo parental adotado e as técnicas utilizadas pelos pais face aos comportamentos do filho/a, dotando-os com conhecimentos sobre o desenvolvimento juvenil e estratégias parentais positivas promotoras de autoestima, tais como, adoção de um estilo parental democrático, providenciar suporte emocional e afetivo.

De acordo com Neto & Barroso (2019), a disforia do género afeta a autoestima dos jovens, marcada pela incongruência entre o género experienciado/expressado e o género atribuído à nascença. De forma a responder a esta fase de desenvolvimento no jovem, foi pertinente perceber os conceitos inerentes à transexualidade com/sem disforia de género, e uniformizar uma conduta de enfermagem, com objetivo de diagnosticar atempadamente e os ajudar a identificar a sua identidade de género e orientação sexual sem perpetuar o sofrimento individual.

Para poder abordar e orientar os jovens com perturbações na identificação de género de forma assertiva, obrigou-me ao aprofundamento de conhecimentos e clarificação destes

conceitos. A identidade de gênero constrói-se ao longo do desenvolvimento biopsicossocial e sexual do indivíduo. Numa fase precoce do desenvolvimento (2-3 anos), podem aparecer os primeiros sinais de perturbação da identidade de gênero, marcada por disforia de gênero, preferência por roupas, brinquedos e jogos habitualmente associados ao sexo oposto, no entanto, a disforia do gênero tende a desaparecer antes ou no início da puberdade. Quando os primeiros sinais de disforia de gênero surgem na adolescência são habitualmente preditores da persistência deste transtorno na idade adulta, ao contrário de quando surgem na infância (Oliveira et al., 2019).

A disforia de gênero perpetua grande sofrimento psicológico e disfunção social, estes jovens tendem a experimentar baixa autoestima, autorrejeição, depressão e desesperança (Neto & Barroso, 2019). Tendo em conta as repercussões na saúde que a disforia de gênero acarreta, foi elementar uniformizar uma conduta de enfermagem que permitisse ajudar os jovens no desenvolvimento biopsicossocial e maturação da identidade de gênero, sem estigma, assim como orientar para outros profissionais de saúde como o psicólogo e redes de apoio como Associação de Mães e Pais pela Liberdade de Orientação Sexual e Identidade de Género, que permitam o jovem sentir-se apoiado neste processo de transformação.

Durante este estágio foi possível refletir a prática clínica com a minha orientadora sobre as etapas de evolução do jovem com disforia de gênero, os obstáculos encontrados nos jovens e as estratégias de suporte, aceitação da família, aceitação dos pares, influência sociocultural, recursos na comunidade, comunidade escolar, importância de diagnóstico precoce de disforia de gênero junto do jovem e família nos diversos contextos do seu dia-a-dia e a intervenção psicoterapêutica e sociofamiliar.

A identificação atempada do adolescente com disforia do gênero, tendo em conta uma abordagem holística e personalizada, permitiu acompanhar o jovem durante o difícil processo de transição de gênero, para que este ocorra da forma mais saudável, com competências biopsicossociais essenciais para a reintegração completa e satisfatória na sociedade. A orientação do adolescente para redes de suporte e equipas especializadas, garante uma intervenção psicoterapêutica e sociofamiliar no processo de transição de gênero, assim como diminui o risco de discriminação, violência, patologia psiquiátrica e comportamento suicidário (Neto & Barroso, 2019).

São considerados fatores protetores dos suicídios na homossexualidade, o apoio, a compreensão ou aceitação por parte dos amigos, pais e família (Hockenberry et al., 2018). Neste sentido, procurei capacitar as famílias para intervir no processo de transição face à

orientação sexual e identidade de gênero do adolescente, de modo a permitir apoiar o desenvolvimento da autoestima do adolescente com orientação sexual não tradicional, com recursos a grupos de apoio e organizações da comunidade, ajudando o adolescente neste processo de identidade.

A adolescência é também conhecida pelo período da vida humana com aumento de sintomas psicossomáticos, nomeadamente sintomas físicos e psicológicos, sintomas depressivos, ansiedade e stress, nível de preocupação, percepção de felicidade e comportamentos de auto lesão.

As situações de evidência fisiológica e de mal-estar psíquico, mais frequentes no Serviço de Atendimento ao Jovem, estavam mais relacionadas com sintomas de ansiedade, depressão e mutilações nos membros. Todos estes sinais e sintomas psicossomáticos são considerados sinais de alarme, que evidenciam sofrimento e não devem ser desvalorizados. Estas situações permitiram refletir mais profundamente sobre os estádios de transformação do adolescente e os principais fatores que influenciam a saúde mental e o seu bem-estar desde a relação com os pares, o consumo de substâncias, as perturbações mentais, a falta de competências pessoais e sociais e a importância de encaminhamento destes jovens para outros profissionais.

Uma vez reconhecidos os processos dificultadores que afetam a passagem para uma transição saudável, é essencial intervir na promoção da gestão e autorregulação das emoções, para que os jovens possam arranjar estratégias de resolução e gestão de problemas/conflitos com assertividade, desenvolvimento de competências pessoais e socio-emocionais, que previnam comportamentos de risco e desenvolvimento de competências para lidar com essas situações (Gaspar et al., 2019).

Os pensamentos suicidas estão, muitas vezes, relacionados o desespero e a falta de esperança face aos problemas de autoimagem e baixa autoestima, sendo o suicídio encarado como uma expressão extrema do desejo de escapar do que parece ser insolúvel e intolerável (Agrela et al., 2019).

Em Portugal, por ano existem cerca de 600 casos de tentativas de suicídio em cada 100.000 habitantes em mulheres entre os 15 - 24 anos. Num estudo realizado em escolas secundárias portuguesas, 34,4% dos jovens tiveram ideação suicida, 7% pelo menos uma tentativa e 7,3% apresentaram comportamentos auto lesivos, com maior prevalência no sexo feminino (Bernardo et al., 2019). Outro estudo demonstrou que 16,8% dos jovens apresentam risco suicidário e depressão, sem qualquer diagnóstico de transtornos mentais. A maioria dos comportamentos suicidas entre os jovens está associada a problemas

familiares, conflitos entre os progenitores, *bullying*, problemas com colegas de escola, perda de um amigo, insucesso escolar, experiências de vida negativas e rede de apoio social insuficiente. Emergindo a necessidade do estabelecimento de estratégias de intervenção no indivíduo, família, escola e comunidade, nos diversos domínios desde autoestima, questões de gênero, violência intrafamiliar e entre os pares (Agrela et al., 2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tem um papel crucial não só no acompanhamento destas situações de risco, mas também na promoção da saúde e implementação de programas de prevenção do suicídio, uma vez que serve de mediador entre os adolescentes, psicólogos, educadores, contexto escolar, familiar e comunidade (Gaspar et al., 2019).

## **CONCLUSÃO**

Este relatório procurou relatar as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso de aprendizagem, bem como a sua pertinência para o desenvolvimento de competências do EEESIP. A capacitação dos pais para a promoção da autoestima dos adolescentes, com recurso a estratégias comunicacionais proporcionando maior proximidade e interação com a criança/jovem e família durante a prestação de cuidados, foi o foco de grande atenção durante o percurso formativo.

Ao longo desta etapa de aprendizagem senti uma grande necessidade de investir na aquisição de conhecimentos técnico/científicos relacionados com a autoestima dos adolescentes, e me incentivou a fazer uma revisão integrativa de literatura sobre o tema, contribuindo para um melhor desempenho profissional, como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança, adolescente, jovem e família.

O enfermeiro tem um papel importante e fundamental na prestação de cuidados de qualidade e de proximidade com a criança/jovem e da família, com vista a mudanças de comportamentos. Durante o estágio recorri a fontes teóricas credíveis, de modo a alargar e consolidar os conhecimentos e possibilitando-me responder às necessidades e exigências da profissão e prestação de cuidados especializados aos clientes. Nos diferentes contextos de estágio, em colaboração com o enfermeiro orientador, prestei cuidados de enfermagem de qualidade fundamentados em literatura especializada e na evidencia científica recente.

Tendo em consideração a idade infantil e as suas características, os referenciais teóricos a Teoria das Transições de Afaf Meleis, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, foram os que mais mobilizei durante esta fase de aprendizagem. Efetivamente, estes modelos conceptuais de enfermagem permitiram-me orientar a prática de cuidados pediátricos, assim como a minha reflexão sobre a prática.

Durante o meu processo formativo, nos diferentes contextos de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados à criança de diferentes estádios e famílias nas três áreas de prevenção, promovendo na criança/jovem e família a adaptação à própria situação de saúde e prevenir efeitos adversos de experiências menos positivas. Desenvolvi, também, capacidades de comunicação, estabelecendo relações de confiança, através da proximidade, escuta ativa, expressão de sentimentos e emoções no apoio à criança e família a enfrentarem

as situações de crise e risco, quer nos cuidados de saúde diferenciados, quer nos cuidados de saúde primários. Em todas as situações de cuidados procurei estabelecer uma relação terapêutica com a criança/jovem e a família.

Durante o estágio desenvolvi e adquiri competências comuns e específicas do EEESIP que me permitiram prestar cuidados de enfermagem com conhecimento especializado adquirido e desenvolvido, e baseado nos referenciais teóricos e na evidência científica. Ao terminar esta etapa de formação tenho consciência de ter prestados cuidados de enfermagem holísticos e humanizados em resposta às necessidades da criança, jovem e família com vista atingir a maximização da saúde.

O Decreto-Lei nº 65/2018 refere as competências atribuídas ao grau de mestre e, segundo a mesma lei, o grau de mestre é conferido a quem demonstre a aquisição das competências estabelecidas. Esta etapa de formação permitiu-me aplicar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, associando-os aos contextos da prática, integrando novos conhecimentos, lidando com questões complexas e desenvolvendo soluções para as situações complexas que foram surgindo. Foi minha preocupação refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais advindas dos problemas dos clientes e também das soluções encontradas. Comuniquei aos colegas o resultado dos estudos feitos através do aprofundamento de conhecimentos relacionados com temáticas pertinentes para a prestação de cuidados.

O percurso para atingir o grau de mestre teve início com a mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares teóricas, associado às experiências vivenciadas durante o estágio espelhadas neste relatório.

Considero a autoformação e a contínua procura de desenvolvimento de competências nas diversas áreas de saúde infantil, uma componente fundamental no desenvolvimento profissional, que dá resposta a um dos deveres consignados no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 88º na alínea c) “*manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*” (p.91), tendo como principal finalidade adquirir competência que visem prestar cuidados de qualidade e de excelência.

Contudo, a minha preocupação com a prestação de cuidados de qualidade não terminou com este curso. É minha intenção continuar a desenvolver conhecimentos que me capacitem para intervir em situações de saúde da criança, do adolescente e família com maior grau de complexidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrela, M., Junior, G., Capelo, M., Alves, M., Varela, J., Filho, G., & Vasconcelos, E. (2019). A dimensão social do suicídio e depressão em estudantes da região autónoma da madeira, Portugal. *Conference Ebook - International Conference on Childhood and Adolescence* (3ªed.) (pp. 217–226). Eventqualia. [https://eu-central-1.linodeobjects.com/evt4-media/documents/ICCA\\_ebook\\_\\_2019.pdf#page=221](https://eu-central-1.linodeobjects.com/evt4-media/documents/ICCA_ebook__2019.pdf#page=221)
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: Advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Associação para o Planeamento da Família. (2015). *Gravidez e parentalidade*. www.apf.pt. <http://www.apf.pt/gravidez-e-parentalidade/gravidez-na-adolescencia>
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1987). *SGSII - Schedule of growing skills II (User`s Guide)*. GL Assessment. <https://support.gl-education.com/media/2407/sgs-ii-user-guide.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardo, A., Serrano, A., & Lourenço, J. (2019). Prevenção de comportamentos autolesivos na adolescência. *Conference E-book*. eventqualia. [https://eu-central-1.linodeobjects.com/evt4-media/documents/ICCA\\_ebook\\_\\_2019.pdf#page=221](https://eu-central-1.linodeobjects.com/evt4-media/documents/ICCA_ebook__2019.pdf#page=221)
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brummelman, E., & Sedikides, C. (2020). Raising Children With High Self-Esteem (But Not Narcissism). In J. Smetana (Ed.), *Child Development Perspectives* (Vol. 14, Issue 2) (pp. 83–89). Wiley for the Society for Research in Child Development. <https://doi.org/10.1111/cdep.12362>
- Caldeira, S. G. (2022). A percepção dos pais sobre a construção da autoestima dos filhos

(Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/11343>

Casey A. (1988). A partnership with child and family. *Senior Nurse*. (8), 8-9.

Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care: Advances in Childhealth Nursing*. Security Press.

Census. (2021). *Censos de Portugal em 2021: Resultados por tema e por concelho*. Portadata. [https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-361?gclid=EAIaIQobChMI\\_P-4t8XogAMVWQkGAB2RyQGqEAAYASAAEgIWbPD\\_BwE](https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-361?gclid=EAIaIQobChMI_P-4t8XogAMVWQkGAB2RyQGqEAAYASAAEgIWbPD_BwE)

CIPE. (2015). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)

Claro, P. D. C., & Mota, C. P. (2019). O papel da vinculação aos pais e da regulação emocional no investimento esquemático na aparência em jovens adultos. *Actualidades En Psicologia*, 33(126), 97–116. <https://doi.org/10.15517/ap.v33i126.32497>

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência Relatório*.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Protecção das Crianças e Jovens. *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2022*. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e protecção das Crianças e Jovens <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/16406/Relat%C3%B3rio+Anual+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+da+Atividade+das+CPCJ+2022/daf5653e-86fc-421c-84be-9fc4f516a25b>.

Coordenação Nacional Garantia para a Infância. (2023). *Plano de ação da garantia para a infância 2022-2030*. <https://www.garantiainfancia.gov.pt/documents/37502/40577/Plano+de+A%C3%A7%C3%A3o+da+GPI+2022-2030/91b475b4-1f88-4d4f-9886-183fe20adb85>.

Cruz, Orlando. (2014). *Parentalidade positiva e suas consequências no desenvolvimento da criança*. In Centro de Estudos Judiciários, Lisboa.

- Dantas, R., & Silva, G. (2019). O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar. *Revista Paulista de Pediatria*, 37(3), 363–371. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2019;37;3;00005>.
- Deng, L., & Tong, T. (2020). Parenting style and the development of noncognitive ability in children. *China Economic Review*, 62, 101477. <https://doi.org/10.1016/j.chieco.2020.101477>
- Despacho normativo n.º11/2002, **Diário da República** Série I - B. (2002-03-06) 1865 - 1866. [Consult. 09 maio 2023]. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
- Decreto-Lei n.º 74/2006. **Diário da República** Série I. 60 (2006-03-24) 2242 – 2257. [Consult. 09 maio 2023]. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** Série I. 157 (2018-08-16) 4147 – 4182. . [Consult. 09 maio 2023]. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Dias, T. L., Moraes, A. R. de, Brito, T. M., Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2022). Estresse da hospitalização e seu enfrentamento em crianças. *O Mundo Da Saúde*, (46), 551–562. <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1471/1265>
- Direção Geral de Saúde. (1998). *Saúde dos adolescentes: Princípios orientadores*. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019051.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf)
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Saúde infantil e juvenil programa nacional*. <https://www.spedp.pt/files/upload/noticias/3--pediatria-dgs-2012.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.

[https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos\\_Manuais\\_DGS/Programa\\_Nacional\\_Saude\\_Infantil\\_Juvenil.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Programa_Nacional_Saude_Infantil_Juvenil.pdf)

Direção Geral de Saúde. (2015). *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata.*

[https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002\\_2015.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002_2015.pdf)

Direção Geral de Saúde. (2017). *Febre na criança/adolescente - folheto informativo para pais e cuidadores.*

[http://criancaefamilia.spp.pt/media/128730/Folheto\\_febre\\_DGS.pdf](http://criancaefamilia.spp.pt/media/128730/Folheto_febre_DGS.pdf)

European Association for Children in Hospital. (2016). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada.*

[https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Anotacoes\\_2017\\_compressed.pdf](https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Anotacoes_2017_compressed.pdf)

Farrell, M. (1994). Sócios nos cuidados: Um modelo de enfermagem pediátrica. *Nursing*, 74(0871-6196), 27–28.

Ferreira, D. (2019). *Influência do estilo parental nos níveis de ansiedade social e autoestima em adolescentes* (Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia e Especialidade em Psicologia Clínica). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7382/1/23352.pdf>

Ferreira, M. C., Quitério, M. M. de S. L., & Charepe, Z. B. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da autoestima em crianças e adolescentes – scoping review.

*Cadernos de Saúde*, 14(1), 31–43.

<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.10960>

Franck, L. (2021). *Como confortar um bebé em cuidados intensivos.* Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.

[https://www.aped-dor.org/images/diversos/flip/comfy/COMFY\\_ONLINE\\_AF\\_APED.html#p=2](https://www.aped-dor.org/images/diversos/flip/comfy/COMFY_ONLINE_AF_APED.html#p=2).

Gaspar, T., Tomé, G., Gómez-Baya, D., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Borges, A., & Matos, M. G. de. (2019). O bem-estar e a saúde mental dos adolescentes portugueses.

*Revista de Psicologia Da Criança E Do Adolescente*, 10(1), 17–27. <http://revistas-prod.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2626>

- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2018). *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica* (10ª edição). Elsevier.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2022). Boletim de vigilância epidemiológica da gripe e outros vírus respiratórios. [https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/11/S45\\_2022.pdf](https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/11/S45_2022.pdf)
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Taxa de fecundidade na adolescência*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCo d=0008275&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCo d=0008275&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt)
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP browser*. ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Joaquim, P. (2023). *Promoção da saúde mental na adolescência atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Relatório de Estágio para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Escola Superior de Saúde de Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45491/1/Promo% c3% a7% c3% a3o% 20 de% 20Sa% c3% bade% 20Mental% 20na% 20Adolesc% c3% aancia% 20- % 20Atua% c3% a7% c3% a3o% 20do% 20EEESIP% 20- % 20Relat% c3% b3rio% 20de% 20Est% c3% a1gio% 20- % 20Vers% c3% a3o% 20definitiva% 20-% 20Paula% 20Joaquim.pdf>
- Krauss, S., Orth, U., & Robins, R. W. (2019). Family environment and self-esteem development: A longitudinal study from age 10 to 16. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(2). <https://doi.org/10.1037/pspp0000263>
- Lopes, N. M. Q. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: Perspetiva dos enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE% 20NATALIA% 20LOPE S.pdf>
- Martins, E., Fernandes, R., Ferreira, C., & Mendes, F. (2022). *Estilos educativos parentais, bem-estar emocional e autoestima em crianças e adolescentes*. In IV Congresso Internacional de Psicologia, Educação e Cultura, Vila Nova de Gaia.

- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress*. Google Books. <https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=kPdBlvU1c1YC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Meleis>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Taskurun. [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Miranda, P., Moleiro, P., Gaspar, P., & Luz, A. (2019). Contraceção em adolescentes: Conhecimentos e práticas em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 32(7-8), 505. <https://doi.org/10.20344/amp.11088>
- Mota, C., Días, D., & Rocha, M. (2020). Vinculação aos pares e comportamentos de bullying na adolescência: O efeito mediador da autoestima. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 38(1), 48. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5898>
- Neto, M., & Barroso, C. (2019). Quando o espelho não reflete o que sou - relato de caso. *Conference E-book*. eventqualia. [https://eu-central-1.linodeobjects.com/evt4-media/documents/ICCA\\_ebook\\_\\_2019.pdf#page=221](https://eu-central-1.linodeobjects.com/evt4-media/documents/ICCA_ebook__2019.pdf#page=221)
- Nunes, I. (2018). *Promoção da autoestima: intervenções autónomas e especializadas de enfermagem* (Relatório de Estágio para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica). Universidade Católica Portuguesa.
- Nunes, D. (2019). *Transição para a parentalidade na prematuridade: Terapêuticas de enfermagem promotoras do regresso a casa* (Relatório de Estágio para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37131/1/Daniela%20Catarina%20Rosa%20Nunes.pdf>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *Estado da Saúde na UE*. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_pt\\_portuguese.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf)

- Oliveira, A. G. C., Vilaça, A. F., & Gonçalves, D. T. (2019). Da transexualidade à disforia de género – protocolo de abordagem e orientação nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 35(3), 210–222. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i3.12105>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica entrevista ao adolescente promover o desenvolvimento infantil na criança*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores\\_BoaPratica\\_SaudeInfantil\\_Pediatrica\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Parecer n.º18/2011 quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de enfermagem baseadas na CIPE*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/Arquivo/Documents/Documents/Parecer18\\_2011CE\\_terapias%20alternativas%20contempladas\\_pratica\\_enfermagem\\_CIPE.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/Arquivo/Documents/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Guias Orientadores De Boa Prática Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica Promoção Da Esperança Preparação Do Regresso A Casa Da Criança*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_Vol\\_III.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem Dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicasc ontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicasc ontrolodorcrianca.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código deontológico de enfermagem inserido pela lei n.º 156/2015*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Ordem dos Enfermeiros – dezembro 2015). Ordem Dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadepositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- Paixão, R. F., Patias, N. D., & Dell’Aglío, D. D. (2018). Self-esteem and symptoms of mental disorder in the adolescence: Associated variables. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 34(0). <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34436>
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2022). *Desenvolvimento Humano*. Google Books. <https://books.google.pt/books?id=f0RKEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Paulino, P. (2020). *Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: Atuação do enfermeiro especialista (Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34272>
- Portaria n.º 52/85. **Diário da República** I Série. 22 (26-01-1985) 219. [Consult. 19 mai. 2023]. Disponível em [https://www.spdc.pt/files/legix/11252\\_3.pdf](https://www.spdc.pt/files/legix/11252_3.pdf)
- Portugal, Ministério da Saúde. Cuidados Paliativos Pediátricos. (2015). *Cuidar cuidados proteger paliativos partilhar pediátricos informação para cuidadores*. CPP. <http://criancaefamilia.spp.pt/media/139634/BrochuraCPP2015.pdf>.
- PORTUGAL, Ministério Público. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. UNICEF. [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf)
- Regulamento n.º 351/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. **Diário da República** II Série. 119 (22-06-2015) 16660-16664. [Consult. 09 jun. 2023].
- Regulamento n.º 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. **Diário da República** II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194. [Consult. 09 jun. 2023]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf> Regulamento n.º

140/2019.

Regulamento n.º140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. **Diário da República** II Série. 26 (6-02-2019) 4744- 4750. [Consult. 09 jun. 2023]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf> Lei n° 65/2018.

Rodrigues, L. S. N. (2020). *A influência na auto-estima das crianças e jovens em relação aos estilos parentais autoritários versus estilos parentais permissivos* (Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica) Universidade Lusíada do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação. [http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/5542/1/mpc\\_liliane\\_rodrigues\\_dissertacao.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/5542/1/mpc_liliane_rodrigues_dissertacao.pdf)

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Google Books. [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=YR3WCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=rM16D2hEPW&sig=21FFJW341yd2W-oyfe9H3bGqdFA&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=YR3WCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=rM16D2hEPW&sig=21FFJW341yd2W-oyfe9H3bGqdFA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).

Ruiz-Zaldibar, C., Serrano-Monzó, I., & Mujika, A. (2018). Parental competence programs to promote positive parenting and healthy lifestyles in children: A systematic review. *Jornal de Pediatria (Versão Em Português)*, 94(3), 238–250. <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2017.11.008>

Ruzzi-Pereira, A. (2020). Autoestima e risco para uso de drogas entre adolescentes escolares de um município mineiro. *Conhecimento & Diversidade*. (12), 141-153. [https://www.researchgate.net/profile/Jair-Licio-Ferreira-Santos/publication/347917035\\_Autoestima\\_e\\_risco\\_para\\_uso\\_de\\_drogas\\_entre\\_adolescentes\\_escolares\\_de\\_um\\_municipio\\_mineiro/links/60ddcf2ea6fdccb745fb8f78/Autoestima-e-risco-para-uso-de-drogas-entre-adolescentes-escolares-de-um-municipio-mineiro.pdf?\\_sg%5B0%5D=started\\_experiment\\_milestone&origin=journalDetail](https://www.researchgate.net/profile/Jair-Licio-Ferreira-Santos/publication/347917035_Autoestima_e_risco_para_uso_de_drogas_entre_adolescentes_escolares_de_um_municipio_mineiro/links/60ddcf2ea6fdccb745fb8f78/Autoestima-e-risco-para-uso-de-drogas-entre-adolescentes-escolares-de-um-municipio-mineiro.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail) Niterói, v. 12, n. 28, p. 141–153 set./dez. 2020

Sanavi, F., Baghbanian, A., Shovey, M. F., & Ansari-Moghaddam, A. (2013). A study on family communication pattern and parenting styles with quality of life in adolescent. *Journal of Pakistan Medical Association*, (63), 1393-1398.

[https://www.researchgate.net/publication/259605079\\_A\\_study\\_on\\_family\\_communication\\_pattern\\_and\\_parenting\\_styles\\_with\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_adolescent](https://www.researchgate.net/publication/259605079_A_study_on_family_communication_pattern_and_parenting_styles_with_quality_of_life_in_adolescent)

Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, (2), 253-268. ResearchGate. [https://www.researchgate.net/publication/40004224\\_Analise\\_factorial\\_confirmatoria\\_e\\_validacao\\_preliminar\\_de\\_uma\\_versao\\_portuguesa\\_da\\_escala\\_de\\_auto-estima\\_de\\_Rosenberg](https://www.researchgate.net/publication/40004224_Analise_factorial_confirmatoria_e_validacao_preliminar_de_uma_versao_portuguesa_da_escala_de_auto-estima_de_Rosenberg)

Schavarem, L., & Toni, C. (2019). A relação entre as práticas educativas parentais e a autoestima da criança. *Pensando Famílias*, 23(2), 147–161. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v23n2/v23n2a12.pdf>

Schffer, C. C. R. (2022). Fundamentos da teoria piagetiana do desenvolvimento cognitivo. *Paidéia*, 17(27), 19-44. <http://revista.fumec.br/index.php/paideia/article/view/9461>

Schultheisz, T., & Aprile, M. (2013). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal E Saúde*, 5(1), 36-48. [https://www.academia.edu/12178758/AUTOESTIMA\\_CONCEITOS\\_CORRELATOS\\_E\\_AVALIA%C3%87%C3%95ES](https://www.academia.edu/12178758/AUTOESTIMA_CONCEITOS_CORRELATOS_E_AVALIA%C3%87%C3%95ES)

Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Suicídio é a principal causa de morte em crianças e jovens adultos em Portugal*. In Serviço Nacional de Saúde. <https://saudemental.min-saude.pt/suicidio-e-a-principal-causa-de-morte-em-criancas-e-jovens-adultos-em-portugal/>

Silva, C. (2020). *Investigação de preditores clínicos, laboratoriais e de exames de imagem associados à apendicite complicada em pacientes de 0 a 15 anos* (Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestra em Projeto de Pesquisa para Mestrado Profissional Programa de Pós-Graduação em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista. [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/193237/silva\\_cp\\_me\\_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/193237/silva_cp_me_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Silva, M. M. da, & Barros, L. da S. (2021). A contribuição da escola para a promoção da saúde mental de adolescentes no combate a depressão e ao suicídio. *Brazilian*

*Journal of Development*, 7(3), 21078–21095. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-017>

Smith, L. & Coleman, V. (2010). *Child and family-centred healthcare: Concept, theory, and practice* (2<sup>o</sup> ed.). Palgrave Macmillan.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). *Consenso clínico “ventilação não invasiva.”* In Spneonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VNI.pdf>

Spruijt, A. M., Dekker, M. C., Ziermans, T. B., & Swaab, H. (2019). Educating parents to improve parent–child interactions: Fostering the development of attentional control and executive functioning. *British Journal of Educational Psychology*, 90(1), 158–175. <https://doi.org/10.1111/bjep.12312>

Takesaki, N. (2018). *Apendicite aguda em pediatria: Estudo clínico-epidemiológico e avaliação de marcadores laboratoriais de risco para gravidade* (Dissertação Mestrado em ciências de saúde da criança e do adolescente). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/994777>.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica*. (6<sup>a</sup> ed.). Lusociência.

Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista Da UI\_IPSantarém*, 8(1), 17–30. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf)

Vicente, G. (2016). *Apendicectomia por via aberta versus via laparoscópica no CHA algarve: Uma análise custo-efetividade* (Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde). Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10178/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final.pdf>

Wendt, G., & Appel-Silva, M. (2020). Práticas parentais e associações com autoestima e depressão em adolescentes parental practices and associations with self-esteem and

depression in adolescents. *Pensando Famílias*, 24(1), 224–238.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v24n1/v24n1a16.pdf>

Zwirtes, T., Birk, M., & Renner, J. (2021). A hospitalização em unidade de terapia intensiva neonatal sob a perspectiva dos estigmas de Goffman: Uma revisão narrativa. In F. F. de C. Junior (Ed.), *Ciências da saúde: desafios, perspectivas e possibilidades – volume 3* (pp. 15–24). Crossref.  
<https://www.editoracientifica.com.br/articles/code/211006460>

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE A - OBJETIVOS ESPECÍFICOS DOS ESTÁGIOS**

<b>Internamento de Pediatria</b>
<p><b>Objetivo Geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em diferentes situações de saúde e em todas as fases de desenvolvimento.</li> </ul>
<p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família em situação de hospitalização;</li> <li>• Estabelecer uma parceria de cuidados com a criança/jovem e família que visem a promoção da saúde, prevenção das complicações, bem-estar e autocuidado;</li> <li>• Desenvolver competências e aptidões de EEESIP, em resposta à gestão da dor com estratégias farmacológicas e não farmacológicas.</li> </ul>
<p><b>Atividades desenvolvidas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de cuidados de enfermagem enquadrados na dinâmica da unidade e nos referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática;</li> <li>• Consulta de normas e procedimentos de atuação do serviço; Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros; Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da DGS; consulta bibliográfica em manuais e artigos científicos recentes para justificar a prática baseada na evidência;</li> <li>• Prestação de cuidados de Enfermagem especializados à criança/família em situação de saúde/doença, em contexto de internamento no serviço de pediatria, estabelecendo uma parceria de cuidados eficaz, empática e adequada ao seu estágio de desenvolvimento e situação clínica;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas à criança/jovem e família, com amenização dos medos e receios face à hospitalização e situação de saúde;</li> <li>• Elaboração e implementação de um plano de cuidados em parceria a criança/jovem e família que vise a adaptação às mudanças na saúde e na dinâmica familiar;</li> <li>• Realização de estudos de caso;</li> <li>• Utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor, recorrendo a Guias Orientadores de Boas Práticas - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças da DGS e pesquisa bibliográfica sobre estratégias não farmacológicas no alívio da dor;</li> <li>• Observação e reflexão das práticas clínicas com a equipa multidisciplinar, através da entrevista à enfermeira de referência.</li> <li>• Reflexão crítica e reflexiva da prática clínica e avaliação dos cuidados prestados.</li> </ul>
<p><b>Competências adquiridas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Competências de EEESIP: E1.1, E1.2, E2.2, E2.3, E2.5</li> <li>• Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2</li> </ul>
<b>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos</b>
<p><b>Objetivo Geral:</b></p>

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido e família, em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais

**Objetivos Específicos:**

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido;
- Desenvolver competências específicas do Enfermeiro em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos;
- Aprofundar conhecimentos sobre a importância da vinculação nos cuidados ao recém-nascido.

**Atividades desenvolvidas:**

- Consulta de manuais, normas e procedimentos do serviço;
- Elaboração de um plano cuidados especializados ao recém-nascido /família, em situações de prematuridade;
- Identificação de focos de instabilidade hemodinâmica e auxiliar na prestação de cuidados de enfermagem que visem a prevenção de complicações;
- Observação e reflexão com a enfermeira de referência e equipa multidisciplinar sobre a prestação cuidados especializados ao recém-nascidos numa UCINP;
- Reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados ao recém-nascido numa UCIN;
- Aplicação de medidas neuroprotetoras para promover o pleno crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, recorrendo à consulta de manuais e artigos científicos; Pesquisa no website Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN).

**Competências adquiridas:**

- Competências de EEESIP: E2.1, E2.4, E3.2.
- Competências Comuns: D2

## **Serviço de Urgência Pediátrica**

### **Objetivos Gerais:**

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em diferentes situações de saúde urgente e emergente, em todas as fases de desenvolvimento;
- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a capacitação dos pais na promoção da autoestima do adolescente.

### **Objetivos Específicos:**

- Prestar cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de urgência e emergência;
- Desenvolver competências comunicacionais com criança/jovem/família tendo em conta a idade e estágio de desenvolvimento;
- Aprofundar conhecimentos sobre os fatores que influenciam a autoestima;
- Apoiar os pais no desenvolvimento da autoestima dos adolescentes;
- Demonstrar conhecimentos sobre a capacitação dos pais no desenvolvimento da autoestima dos adolescentes.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Pesquisa de normas e procedimentos de atuação existentes no serviço, complementadas com pesquisa científica sobre os procedimentos de atuação perante as diversas situações de doença e situações de risco;
- Prestação de cuidados de Enfermagem especializados à criança/jovem e família com doença aguda/crónica, em contexto de urgência tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento e situação clínica;
- Implementação de estratégias comunicacionais e reflexão das intervenções de enfermagem que permitam facilitar a comunicação com a criança/jovem e família de acordo com o estágio de desenvolvimento e cultura;
- Colaboração na prestação de cuidados em situações de risco que possam afetar negativamente a vida da criança e jovem;
- Implementação de respostas de enfermagem especializadas nas situações de identificação de evidências fisiológicas e emocionais e de mal-estar psíquico no jovem, com encaminhamento para outros profissionais de saúde;
- Reflexão com a enfermeira de referência e equipa multidisciplinar, sobre as patologias mais frequentes do serviço e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, e o bem-estar e autocuidado;
- Identificação das situações de risco que comprometam a autoestima e apoiadas na pesquisa de artigos e evidência científica.

### **Competências adquiridas:**

- Competências de EEESIP: E1.2; E3.3
- Competências Comuns: B3

## **Unidade de Cuidados de Saúde Primários**

### **Objetivos Gerais:**

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em diferentes situações de saúde e em todas as fases de desenvolvimento;
- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a capacitação dos pais na promoção da autoestima do adolescente.

### **Objetivos Específicos:**

- Demonstrar conhecimentos e aptidões para a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Prestar cuidados especializados à criança/jovem nas em resposta às necessidades de desenvolvimento infantojuvenil;
- Aprofundar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a capacitação dos pais na promoção da autoestima da criança/jovem;
- Identificar redes de cuidados e articulação com outras instituições de saúde e recursos comunitários de suporte ao sistema criança/família.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Consulta de normas, protocolos e documentos institucionais relevantes;
- Pesquisa de evidência científica sobre crescimento e desenvolvimento infantil, nomeadamente sobre especificidades da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil dos 0-5 anos (Schedule of Growing Skills II); Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN); Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável; Programa Nacional de vacinação 2020; Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica da Ordem dos Enfermeiros; Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da DGS;
- Prestação de cuidados às crianças/jovens e famílias, em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento;
- Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantojuvenil com interpretação das curvas de crescimento, escalas de desenvolvimento infantil SGS II e desenvolvimento infantojuvenil, como preconizado no Plano Nacional de Saúde infantil e Juvenil da DGS;
- Reflexão com a enfermeira de referência sobre a capacidade dos pais na promoção da autoestima da criança;
- Implementação de estratégias promotoras de autoestima tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança/jovem e avaliação da estrutura familiar;
- Articulação com outras instituições, como a escola e CPCJ, e reflexão com a enfermeira de referência sobre os contributos do EEESIP para a melhoria da articulação com as instituições.

### **Competências adquiridas:**

- Competências de EEESIP: E3.1; E3.2; E3.4
- Competências Comuns: A1; A2

## **Serviço de Atendimento ao Jovem**

### **Objetivos Gerais: gerais:**

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados especializados ao jovem e família em diferentes situações de saúde;
- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a capacitação dos pais na promoção da autoestima do adolescente/jovem.

### **Objetivos Específicos:**

- Prestar cuidados especializados ao adolescente/jovem em resposta às necessidades do desenvolvimento juvenil;
- Aprofundar conhecimentos e competências comunicacionais com jovem e família;
- Identificar as intervenções do EEESIP na promoção da autoestima do adolescente/jovem;
- Participar na implementação de projetos do Serviço.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Observação da dinâmica dos cuidados prestados, consulta de normas, manuais e procedimentos do serviço;
- Prestação de cuidados especializados ao jovem e família; cuidados antecipatórios para a maximização do potencial desenvolvimento juvenil;
- Identificação dos significados de saúde atribuídos pelos adolescentes, e implementação de um plano de saúde com base numa parceria de cuidados que promova o potencial de desenvolvimento juvenil;
- Implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento da autoestima;
- Reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista na promoção da autoestima do adolescente;
- Colaboração na conceção e operacionalização de um projeto do serviço, para a divulgação de cuidados antecipatórios, na prevenção da gravidez na adolescência, infeções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos;
- Implementação de projetos de saúde, que visem a promoção da saúde do adolescente, a prevenção de doenças e autodeterminação dos jovens na adoção de comportamentos saudáveis.

### **Competências adquiridas:**

- Competências de EEESIP: E3.4
- Competências Comuns: B1; B2

## **APÊNDICE B – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

# INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA A PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA DOS ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA

INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH NURSING IN EMPOWERING THE PARENTS TO PROMOTE ADOLESCENT SELF ESTEEM: INTEGRATIVE REVIEW

Eduarda Moura <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de São José Cluny em parceria da Escola de Saúde Santa Maria

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar na literatura científica abordagens parentais promotoras de autoestima nos adolescentes, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica poderá implementar nos contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados.

**Introdução:** A adolescência é uma etapa importante do desenvolvimento humano, repleta de crises pelas constantes transformações físicas, psíquicas, afetivas, intelectuais e sociais, que podem desencadear no jovem diversos sentimentos, levar a uma desorganização intelectual e, conseqüentemente, à adoção de comportamentos de risco. A autoestima demonstra ser uma variável de proteção nas diversas situações que possam pôr em risco a vida do adolescente, uma vez que permite ter uma visão positiva de si mesmo com sentimentos de segurança, confiança, competência e capacidade para enfrentar os desafios da vida com mecanismos de *coping* eficazes. Os pais são quem mais influencia na formação da personalidade dos filhos, sendo fundamental investir na capacitação dos pais para a promoção da autoestima dos adolescentes.

**Método:** Esta revisão integrativa de literatura foi feita a partir da seleção de documentos que se focam em abordagens parentais promotoras de autoestima nos adolescentes. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos publicados entre janeiro de 2018 e novembro de 2023, investigação quantitativa, qualitativa e mista, população adolescente e ainda literatura cinzenta. A amostra final perfez um total de 3 artigos e 7 documentos da literatura cinzenta, que foram analisados e discutidos para a formulação de conclusões relevantes ao objetivo.

**Conclusão:** Foram encontradas diversas intervenções de enfermagem promotoras da autoestima, no entanto não foram encontradas abordagens parentais promotoras de autoestima nos adolescentes, sendo esta uma temática que precisa de mais investigação. Foi possível concluir que as práticas parentais e as interações familiares exercem influência na formação da autoestima dos adolescentes. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), ao reconhecer o contributo dos pais nesta temática, capacita-os com conhecimentos sobre a adoção de condutas afetivas e práticas educacionais positivas, que permitam apoiar psicologicamente e emocionalmente os filhos.

**Descritores MeSH:** *adolescents; parent; self esteem; nurses.*

## INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano, repleta de transformações físicas, psíquicas, afetivas, intelectuais e sociais, que podem produzir muita pressão, levar a uma desorganização intelectual e dificultar a transição para a vida adulta (Ferreira et al., 2022).

Portugal, nos últimos anos tem verificado um aumento da prevalência das perturbações emocionais e do comportamento (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2021). Um em cada quatro jovens refere sentir-se preocupado todos os dias e a não ser capaz de lidar com os problemas pessoais por falta de confiança, manifestado pela prevalência de problemas na área da regulação afetiva, sintomatologia depressiva, ideação suicida e comportamentos autolesivos (Coordenação Nacional Garantia para a Infância, 2023).

O suicídio atinge uma em cada seis causas de mortes nas crianças e jovens portugueses, com idades compreendidas entre 10 e 29 anos (Serviço Nacional de Saúde, 2021). Pelo que a deteção precoce das perturbações emocionais e do comportamento, com implementação de programas são cruciais para a prevenção do suicídio (Huang & Wang, 2019).

A autoestima é uma variável de proteção perante diversas situações que possam pôr em risco a vida do adolescente, pois permite a estes ter uma visão positiva de si mesmo com sentimentos de segurança, confiança, competência, capacidade para enfrentar os desafios da vida com mecanismos de *coping* eficazes, responder aos outros de maneira apropriada, saber lidar com frustrações e feedback negativo. A autoestima é um fenómeno social que se constrói através dos vínculos estabelecidos pelo indivíduo ao longo da vida. Existem várias condições afetivas, sociais e psicológicas que influenciam na formação da autoestima, desde o temperamento, personalidade, interação com os outros, perceções de valorização que os grupos sociais detêm sobre si, papéis sociais assumidos e as expectativas desses papéis. (Schavarem & Toni, 2019; Bai et al., 2021).

De acordo com o modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, a família é o ambiente mais precoce na socialização e desempenha um papel fundamental na psicologia infantojuvenil (Bai et al., 2021).

O ambiente familiar, o comportamento dos pais, a relação parental, a qualidade da parentalidade e a estimulação parental da aprendizagem são fatores cruciais para o desenvolvimento do *self* e da autoestima dos jovens (Krauss et al., 2020).

O desenvolvimento da personalidade é influenciado pelas figuras parentais e determinado pelo meio ambiente em que a criança se encontra. Na medida que a criança interpreta o mundo à sua volta, especialmente pela forma como as pessoas a quem tem apego comportam-se, como os pais a tratam e como ela responde-lhes (Bowlby, 1989).

As intervenções que demonstram ter uma associação positiva para o aumento da autoestima dos adolescentes, estão relacionadas com os comportamentos dos pais, como o amor, apoio, carinho, afeto, envolvimento, capacidade de resposta e aceitação (Krauss et al., 2020). As relações estabelecidas entre os membros da família e a qualidade dos vínculos estabelecidos demonstram ter impacto no desenvolvimento da autoestima do adolescente (Trong et al. (2023).

A família pode ser considerada um fator protetor, quando existe uma boa rede de organização e suporte familiar, com regras que favorecem o desenvolvimento social e individual. No entanto, a família pode ser também considerada um fator de risco, quando vive em disfunção, marcada pela ausência de suporte sociofamiliar, relações conflituosas, ou disciplina demasiado rígida e autoritária (Rodrigues, 2020).

Atendendo a relevância da família na construção da autoestima dos adolescentes, onde o EEESIP desempenha uma intervenção fundamental na capacitação dos pais para a promoção da autoestima do adolescente, consideramos que explorar e sistematizar as diferentes perspetivas associadas à promoção da autoestima dos adolescentes podem contribuir para alargar o conhecimento dos enfermeiros e, por conseguinte, torná-los aptos a promover o *empowerment* parental na utilização de estratégias que promovam a autoestima dos adolescentes.

Alicerçados em tais pressupostos, formulou-se a questão: Qual a produção científica sobre abordagens parentais promotoras de autoestima nos adolescentes, em contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados? Considerando a questão enunciada, foi estabelecido como objetivo identificar na literatura científica abordagens promotoras de autoestima nos adolescentes, que o EEESIP poderá implementar nos contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados.

## METODOLOGIA

Este estudo de revisão integrativa da literatura foi realizado com o intuito de contribuir para o aprofundamento e síntese do conhecimento relativo ao tema inquirido, respeitando o que outros autores defendem como uma revisão integrativa da literatura deve ser elaborada. Este tipo de estudo permite a compilação de informação, com a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais e dados da literatura teórica e empírica, possibilitando a extração de conclusões por análise de resultados de determinado assunto (Souza et al., 2010).

Esta revisão desenvolveu-se através das seis etapas, preconizadas por Souza et al. (2010): identificação do tema e enunciação da questão de investigação; determinação dos métodos de seleção do estudo (inclusão e exclusão); extração de dados dos estudos selecionados; análise e avaliação dos estudos; e interpretação e apresentação dos resultados. A questão de revisão foi: Qual a produção científica sobre abordagens parentais promotoras de autoestima nos adolescentes, em contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados?

Na formulação desta questão utilizou-se a estratégia PICO: População: pais com adolecente “12 até 19 anos”; Intervenção: promoção da autoestima; Contexto: cuidados de saúde primários e diferenciados.

A colheita de dados ocorreu no mês de novembro de 2023, através da plataforma EBSCOhost nas bases de dados: *Cinahl Complete, Medline Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina*. Na pesquisa, foram utilizados termos e descritores, combinados entre si por meio dos operadores booleanos, do que resultou a frase booleana: *(adolescents or teenagers) AND (parents or caregivers or mother or father or parent) AND self esteem AND (healthcare or health care or hospital or health services or health facilities or nurses or nursing)*. Elucidaram-se como critérios de inclusão: com recorte artigos publicados entre 2018-2023; nos idiomas português, inglês e espanhol; e que abordassem os seguintes tópicos: adolescentes; pais; autoestima e contextos de saúde primários e diferenciados. Como critérios de exclusão foram considerados os artigos que não se incluíssem no objetivo do estudo.

A pesquisa inicial nas bases de dados supracitadas identificou 18 artigos, que foram geridos a partir de um programa informático. Nesta fase procedeu-se à leitura de todos os títulos, excluindo 13 artigos e permanecendo com 5, dos quais excluiu-se 1 após leitura dos

resumos, e excluiu-se outro artigo após a leitura integral do texto, por não parecer relevante para a revisão. No final a revisão contou com uma amostra total de 3 artigos. Os artigos selecionados foram submetidos a leitura integral e identificação de informação pertinente para a realização desta revisão, com inclusão dos principais resultados num instrumento concebido para a realização da mesma (tabela 1), de forma a reunir a principal informação para dar resposta à questão de partida.

Para a elaboração desta revisão integrativa, foram ainda adicionados artigos identificados sem utilização da frase booleano. Desta forma reuniram-se 7 documentos com informação pertinente para a realização desta revisão, com inclusão dos principais resultados num instrumento concebido para a realização da mesma (tabela 2). No final a revisão contou com uma amostra total de 10 artigos.

## APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Tabela 1. Análise dos Artigos Eleitos

Autores	Título do Artigo	Questão de Investigação ou Objetivo	População ou Amostra	Metodologia	Principais Conclusões
Oh, Won-Oak; Shim, Kyu Won; Yeom, In-Sun; Park, Il Tae; Heo, Yoo Jin; Han, Jihee	<i>Risk and protective factors for a salutogenic sense of health in adolescents with Moyamoya disease.</i>	Identificar os fatores de risco e proteção que afetam a sensação salutogênica de saúde em adolescentes com doença de Moyamoya com base na teoria da salutogênese de Antonovsky.	Entrevistas realizadas 11 adolescentes e 11 pais.	Estudo qualitativo descritivo	Os fatores de risco que afetam a sensação salutogênica na saúde dos adolescentes com doença de Moyamoya, estavam intimamente relacionados com problemas com amigos, relacionamento com os pais e trabalho acadêmico. Os fatores de proteção identificados estavam relacionados com o suporte emocional por meio de relacionamentos interpessoais, atitudes positivas diante da situação de doença, capacidade de compreender e prever padrões de sintomas, aumentar a força para resolver o estado de tensão e desenvolver os recursos disponíveis.
Silva, Karol; Ford, Carol A.; Miller, Victoria A.	<i>Daily Parent-Teen Conflict and Parent and Adolescent Well-Being: The Moderating Role of Daily and Person-Level Warmth.</i>	Preencher uma lacuna importante na literatura, examinando as flutuações diárias (dentro da pessoa) e as diferenças médias entre as pessoas no calor parental como potenciais moderadores da associação diária entre a intensidade do conflito entre	120 díades pais-adolescentes (adolescentes de 13 a 15 anos) matriculados num estudo aleatório.	Estudo randomizado e controlado	Contrariamente às expectativas, aumentos diários de calor parental não moderou a ligação diária entre o conflito e os pais ou bem-estar do adolescente. No entanto, a associação diária entre o conflito entre pais e adolescentes e o bem-estar do adolescente (especificamente, sofrimento emocional e afeto positivo) foi moderado pelas percepções médias dos adolescentes sobre o calor parental. Existe associação negativa entre conflitos diários com os pais e autoestima dos adolescentes, nos dias em que os adolescentes experimentaram mais conflitos do

		pais e adolescentes.			que o normal com seus pais, relataram menor autoestima.
Huang, Hui-Wen; Wang, Ruey-Hsia	<i>Roles of protective factors and risk factors in suicidal ideation among adolescents in Taiwan</i>	Examinar o papel dos fatores de proteção e dos fatores de risco na ideação suicida entre adolescentes em Taiwan com base em um modelo protetor de resiliência.	390 adolescentes com idades compreendidas entre 15 e 19 anos, em quatro escolas secundárias em Taiwan.	Amostragem aleatória estratificada	Os sintomas depressivos foram um fator de risco para ideação suicida. A autoestima pode moderar o efeito negativo dos sintomas depressivos na ideação suicida. Os enfermeiros podem trabalhar em parceria com a comunidade educativa e pais, na detecção precoce de sintomas depressivos dos adolescentes e fornecer intervenções que visem melhorar a autoestima dos adolescentes, tais como aplicar estratégias de enfrentamento focadas no problema. O <i> coping </i> centrado no problema pode moderar os efeitos negativos do <i> coping </i> centrado na emoção sobre ideação suicida.

**Tabela 2.** Análise dos Documentos Eleitos

Autores	Título	Objetivo	Metodologia	Principais Conclusões
Ferreira, M., Quitério, M. M. de S. L., & Charepe, Z. B.	<i>Intervenções de enfermagem promotoras da autoestima em crianças e adolescentes – scoping review</i>	Mapear as intervenções de enfermagem promotoras da autoestima na criança e adolescente	Scoping review	Existem diversas intervenções de enfermagem promotoras da autoestima tais como: programa de autocuidado, terapia de grupo (psicoterapia positiva), treino de assertividade, educação para controlo da raiva, brincar terapêutico, programa de intervenção artística e terapia cognitiva e terapia psicoeducativa familiar. No entanto, existe pouca investigação nesta área a nível pediátrico.
Bai, X., Jiang, L., Zhang, Q., Wu, T., Wang, S., Zeng, X., Li, Y., Zhang, L., Li, J., Zhao, Y., & Dai, J.	<i>Subjective Family Socioeconomic Status and Peer Relationships: Mediating Roles of Self-Esteem and Perceived Stress</i>	Explorar as relações entre o status socioeconómico familiar subjetivo, autoestima, perceção de stresse e perceção das relações com pares entre adolescentes chineses	Estudo exploratório	O status socioeconómico familiar desempenha um papel nas relações entre pares. Adolescentes de grupos socioeconómicos mais elevados tendem a ter maior autoestima em comparação com adolescentes com dificuldades financeiras tendem a ter baixa autoestima, níveis de sofrimento mais elevados, mais problemas sociais e emocionais, e são mais sensíveis e negativas nas relações com os outros. As emoções negativas dos pais, e os relacionamentos familiares negativos também estão associados à baixa autoestima.
Zhang J, Li Y, Li J, Lyu M, Chen Y, Yang S, Tan C, Tao Y, Ye B, Zhang J, Cheng F and Mao T	<i>The effect of life events, resilience, self-esteem, and coping styles on aggressive behavior among left-behind adolescents: Structural equation modeling</i>	Examinar as relações entre os fatores que influenciam o comportamento agressivo dos adolescentes deixados para trás.	Estudo Transversal	Os pais e o ambiente familiar têm impacto no desenvolvimento psicológico das crianças e adolescentes, nomeadamente na adaptação social e capacidade para gerir situações de frustração. Os adolescentes deixados para trás podem reduzir o seu comportamento agressivo, amenizando os efeitos adversos dos acontecimentos da vida através do aumento da resiliência e da autoestima e adoção de estratégias de enfrentamento positivas.

Trong Dam VA, Do HN, Thi Vu TB, Vu KL, Do HM, Thi Nguyen NT, Nguyen TT, Thi Vu TM, Thi Nguyen TP, Auquier P, Boyer L, Fond G, Latkin CA, Ho CSH and Ho RCM	<i>Associations between parent-child relationship, self-esteem, and resilience with life satisfaction and mental wellbeing of adolescents</i>	Preencher as lacunas da pesquisa explorando as associações da relação pais-filhos, autoestima e resiliência no bem-estar mental e satisfação com a vida dos adolescentes.	Estudo Transversal	As intervenções centradas no bem-estar e satisfação da vida dos adolescentes, centraram-se no reforço do apoio social em todas as dimensões da vida das crianças, recursos comunitários e relações familiares. A intervenção na família deve ser direcionada no fortalecimento dos vínculos familiares e incentivar os jovens a compartilharem seus sentimentos.
Krauss S., Robins R. W.	<i>Family environment and self-esteem development: A longitudinal study from age 10 to 16</i>	Examinar o efeito do ambiente familiar no desenvolvimento da autoestima desde o final da infância (10 anos) até a adolescência (16 anos)	Estudo longitudinal	Múltiplas características do ambiente familiar moldam o desenvolvimento da autoestima durante o final da infância e da adolescência. O calor parental, a supervisão parental e a presença dos pais previram positivamente a autoestima da criança, enquanto a depressão materna e as dificuldades económicas previram negativamente a autoestima da criança. As intervenções eficazes destinadas a melhorar a autoestima das crianças e adolescentes devem ter como alvos fatores relevantes do ambiente familiar.
Schavarem L. N, Toni C.G. S.	<i>A Relação entre as Práticas Educativas Parentais e a Autoestima da Criança</i>	Analisar a relação entre as práticas educativas parentais e a autoestima de crianças	Estudo Quantitativo	As práticas educativas influenciam a autoestima da criança, indicando a possibilidade de construção de orientações específicas aos pais sobre práticas educativas que possam contribuir para o desenvolvimento da autoestima de crianças.

Rodrigues L. S. N.	<i>A influência na autoestima das crianças e jovens em relação aos estilos parentais autoritários versus estilos parentais permissivos</i>	Compreender a relação entre os estilos parentais, nomeadamente estilos parentais autoritários versus estilos parentais permissivos e a sua influência na autoestima das crianças e adolescentes	Dissertação de Mestrado	Existem quatro variáveis empregadas pelos pais como afeto, hostilidade, autonomia e controlo, com correlação positiva na variável autoestima dos adolescentes. A hostilidade dos pais é uma variável que afeta negativamente a autoestima das crianças e adolescentes. O estilo autoritário tem um impacto negativo no desenvolvimento da autoestima saudável nas crianças e adolescentes.
-----------------------	--	---	-------------------------	--

## DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar na literatura científica abordagens parentais promotoras de autoestima nos adolescentes, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica poderá implementar nos contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados.

Após a análise da amostra de artigos selecionados e documentos eleitos, torna-se evidente que na adolescência a autoestima fica mais vulnerável, devido ao aumento da autoconsciência, introspeção e preocupação com a própria imagem, gerando conflito emocional, dificuldade no estabelecimento das relações sociais e relações interpessoais (Huang & Wang, 2019; Bai et al., 2021; Ferreira et al., 2022). Apesar de existirem artigos sobre a temática da autoestima e formas de a promover, não foram encontrados artigos de revisão sobre abordagens parentais promotoras de autoestima nos adolescentes, pelo que se torna importante realizar uma revisão sobre a temática de forma a sistematizar o conhecimento existente sobre a mesma.

A realização desta revisão revelou algumas intervenções que o enfermeiro pode utilizar como abordagens parentais promotoras de autoestima. Num estudo realizado por Silva (2020), os conflitos diários dos adolescentes com os pais estão relacionados com baixa autoestima nos adolescentes. Noutro estudo realizado por Schavarem & Toni (2019), as práticas parentais e as interações familiares exercem influência na formação da autoestima, os jovens cujo comportamento é reforçado pela família, tendem a ser mais seguros, confiantes e têm autoestima, ao contrário dos jovens cujos pais são superprotetores ou negligentes, tendem a não acreditar no seu potencial, demonstrando insegurança e apresentando baixa autoestima.

De acordo com o mesmo autor, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, reconhece o contributo dos pais na promoção da autoestima dos adolescentes, e intervém na família através da avaliação das interações familiares, reconhece os relacionamentos complexos, capacita os pais para a adoção de condutas afetivas e práticas educacionais positivas. O apoio aos pais e a educação para a mudança de comportamentos e condições sociais que geram frustração, sofrimento e desajustamento do comportamento nos adolescentes, é considerado uma abordagem de prevenção de perturbações emocionais e do comportamento no adolescente (Schavarem & Toni, 2019).

Trong et al. (2023), cita que os relacionamentos estabelecidos entre os adolescentes e os pais, demonstram ter influência no sucesso e desenvolvimento da autoestima do

adolescente. O enfermeiro a partir do quadro bioecológico, centra as suas intervenções no reforço do apoio social em todas as dimensões da vida das crianças, recursos comunitários e relações familiares. A intervenção na família deve ser direcionada no fortalecimento dos vínculos familiares, pelo que os pais devem encorajar os jovens a partilhar os seus sentimentos e a resolver os seus conflitos.

Na mesma perspetiva Ferreira et al (2022), cita que a intervenção na família, através da terapia psicoeducativa familiar, revela ser uma intervenção promotora da autoestima. As intervenções direcionadas nas crianças/adolescentes e ambiente familiar, demonstram ter efeitos duradouros na autoestima ao longo da sua vida, aumento do bem-estar, saúde e educação.

Portanto, é importante desenvolver e fornecer recursos adequados de informação e apoio às famílias para que funcionem como fator de proteção na saúde dos adolescentes. Os pais podem ser orientados para fornecer apoio psicológico, emocional e educacional aos filhos através da demonstração de afeto, comunicação tranquila, apoio na procura de comportamentos de saúde, permitindo ao jovem uma estabilização emocional, sentido de coerência, e que se sintam valorizados pelos seus esforços e ações (Oh et al., 2022).

Num estudo realizado por Huang & Wang (2019), os indivíduos perante situações stressantes de vida, respondem com estratégias de *coping*, de modo a solucionar os problemas pessoais e interpessoais. O *coping* focado no problema têm melhores resultados na prevenção das tentativas de suicídio comparativamente com a estratégia *coping* focado nas emoções, e está direcionado na procura de ajuda de profissionais de saúde, aceitação da realidade e pensamento positivo. Os enfermeiros podem trabalhar em parceria com a comunidade educativa e pais na deteção precoce de sintomas depressivos, dotando-os com conhecimentos de como melhorar a autoestima dos adolescentes, com estratégias de *coping* focadas no problema.

Os pais, professores e os sistemas que envolvem o ambiente da criança/adolescente, devem estar atentos às mudanças emocionais, e implementar intervenções psicológicas eficazes, centradas no desenvolvimento de resiliência e autoestima. A autoestima e resiliência pode ser melhorada através do encorajamento e elogio, guiar na resolução de problemas com perspetiva positiva, ajudar a entender como responder a situações de pressão e ganhar coragem para enfrentar situações de vida negativas. Reduzindo e prevenindo comportamento agressivo e promovendo seu físico e saúde mental (Zhang et al., 2023).

## CONCLUSÃO

Com esta revisão, concluiu-se que a intervenção na família é crucial para a promoção da autoestima dos adolescentes. Os enfermeiros podem capacitar os pais com conhecimentos sobre condutas afetivas e práticas educacionais positivas que permitam apoiar e estruturar o desenvolvimento de habilidades cognitivas, socioemocionais e de autorregulação do jovem.

Apesar do objetivo desta revisão ter sido alcançado, ficou aquém das expectativas. Pode-se então concluir que a abordagem parental promotora de autoestima nos adolescentes é uma temática que implica mais investigação por parte da enfermagem, particularmente na área da saúde infantil e pediátrica e em contexto hospitalar, devido à sua relevância para o desenvolvimento juvenil e como medida de prevenção de problemas relacionados com a autoestima.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bai, X., Jiang, L., Zhang, Q., Wu, T., Wang, S., Zeng, X., Li, Y., Zhang, L., Li, J., Zhao, Y., & Dai, J. (2021). Subjective Family Socioeconomic Status and Peer Relationships: Mediating Roles of Self-Esteem and Perceived Stress. *Frontiers in psychiatry, 12*, 634976. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.634976>
- Coordenação Nacional Garantia para a Infância. (2023). *Plano de ação da garantia para a infância 2022-2030*. <https://www.garantiainfancia.gov.pt/documents/37502/40577/Plano+de+A%C3%A7%C3%A3o+da+GPI+2022-2030/91b475b4-1f88-4d4f-9886-183fe20adb85>.
- Ferreira, M. C., Quitério, M. M. de S. L., & Charepe, Z. B. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da autoestima em crianças e adolescentes – scoping review. *Cadernos de Saúde, 14*(1), 31–43. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.10960>
- Huang, H.-W., & Wang, R.-H. (2019). Roles of protective factors and risk factors in suicidal ideation among adolescents in Taiwan. *Public Health Nursing, 36*(2), 155–163. <https://doi.org/10.1111/phn.12584>
- Krauss, S., Orth, U., & Robins, R. W. (2019). Family environment and self-esteem development: A longitudinal study from age 10 to 16. *Journal of Personality and Social Psychology, 119*(2). <https://doi.org/10.1037/pspp0000263>
- Oh, W. O., Shim, K. W., Yeom, I. S., Park, I. T., Heo, Y. J., & Han, J. (2023). Risk and protective factors for a salutogenic sense of health in adolescents with Moyamoya disease. *International journal of nursing practice, 29*(1), e13066. <https://doi.org/10.1111/ijn.13066>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *Estado da Saúde na UE*. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_pt\\_portuguese.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf)
- Rodrigues, L. S. N. (2020). *A influência na auto-estima das crianças e jovens em relação aos estilos parentais autoritários versus estilos parentais permissivos* (Dissertação de Mestrado,

Psicologia Clínica) Universidade Lusíada do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação.

[http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/5542/1/mpc\\_liliane\\_rodrigues\\_dissertacao.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/5542/1/mpc_liliane_rodrigues_dissertacao.pdf)

Schavarem, L., & Toni, C. (2019). A relação entre as práticas educativas parentais e a autoestima da criança. *Pensando Famílias*, 23(2), 147–161. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v23n2/v23n2a12.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Suicídio é a principal causa de morte em crianças e jovens adultos em Portugal*. In Serviço Nacional de Saúde. <https://saudemental.min-saude.pt/suicidio-e-a-principal-caoa-de-morte-em-criancas-e-jovens-adultos-em-portugal/>

Silva, K., Ford, C. A., & Miller, V. A. (2020). Daily Parent-Teen Conflict and Parent and Adolescent Well-Being: The Moderating Role of Daily and Person-Level Warmth. *Journal of youth and adolescence*, 49(8), 1601–1616. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01251-9>

Souza, M., Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-6. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

Trong Dam VA, Do HN, Thi Vu TB, Vu KL, Do HM, Thi Nguyen NT, Nguyen TT, Thi Vu TM, Thi Nguyen TP, Auquier P, Boyer L, Fond G, Latkin CA, Ho CSH and Ho RCM (2023). Associations between parent-child relationship, self-esteem, and resilience with life satisfaction and mental wellbeing of adolescents. *Front. Public Health* 11:1012337. doi: 10.3389/fpubh.2023.1012337

Zhang J, Li Y, Li J, Lyu M, Chen Y, Yang S, Tan C, Tao Y, Ye B, Zhang J, Cheng F and Mao T (2023). The effect of life events, resilience, self-esteem, and coping styles on aggressive behavior among left-behind adolescents: Structural equation modeling. *Front. Psychiatry* 14:991608. <https://doi:10.3389/fpsy.2023.991608>

## **APÊNDICE C – PLANO DE SESSÃO**

## Plano da sessão

**Tema:** Gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis

**Data da Sessão:** 18 de abril 2023 e 19 de abril 2023

**Hora:** 10:00

**Duração prevista:** 90 minutos

**Local:** Instituição Abrigo Nossa Senhora de Fátima

**Formador:** Enfermeira Luísa e enfermeira Eduarda

**População Alvo:** jovens com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos

**Objetivo Geral:** promover a reflexão dos conceitos sobre a sexualidade e adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>População Alvo</b>	<b>Recursos Materiais</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução:</b> Apresentação do tema da sessão e apresentação do Serviço de Atendimento ao Jovem	Expositivo	Jovens dos 14-16 anos	Computador Retroprojektor	10 minutos
<b>Desenvolvimento:</b> Gravidez na adolescência; Métodos contraceptivos; Infecções sexualmente transmissíveis.	Expositivo Interativo Demonstrativo	Jovens dos 14-16 anos	Computador Retroprojektor Métodos contraceptivos	60 minutos
<b>Conclusão:</b> Síntese das principais ideias da sessão; Avaliação da sessão.	Interativo Interrogativo	Jovens dos 14-16 anos	Formulário de avaliação da sessão formativa	20 minutos

## **ANEXOS**



## **ANEXO A – Escalas de Avaliação da dor**

**FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised  
(FLACC-R)**

<p><b>Face</b>            0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso            1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada            2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico  <b>Comportamento individualizado:</b></p>
<p><b>Pernas</b>            0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal &amp; movimentação dos membros inferiores e superiores            1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais            2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos  <b>Comportamento individualizado:</b></p>
<p><b>Actividade</b>            0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica            1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.            2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular  <b>Comportamento individualizado:</b></p>
<p><b>Choro</b>            0 = Sem choro/ verbalização            1 = Gemido ou choramigo, queixa ocasional; explosão verbal ou “grunhidos” ocasionais            2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, “grunhidos” constantes  <b>Comportamento individualizado:</b></p>
<p><b>Consolabilidade</b>            0 = Satisfeita e relaxada            1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída.            2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto  <b>Comportamento individualizado:</b></p>

© The Regents of the University of Michigan

Malviya S, Yopel-Jewis T, Burke C, Merkel S, Tait A. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatric Anesthesia* 2006;16(3):258-265.

### ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ (EDIN)

IDENTIFICAÇÃO				DATA															
				HORA															
	0	1	2	3															
<b>ROSTO</b>	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobranceiras franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada															
<b>CORPO</b>	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel															
<b>SONO</b>	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece															
<b>INTERACÇÃO</b>	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação															
<b>RECONFORTO</b>	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada															
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>																			

Debillon T, Sgaggero B, Zupan V, Tres F, Magny JF, Bouguin MA. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994; 1:1085-92.  
 Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. Acta Pediatr Port 2003; 34 (3): 159-13..

**FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)**

IDENTIFICAÇÃO			DATA																			
			HORA																			
	0	1	2																			
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas																			
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas																			
ACTIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos																			
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.																			
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar																			
<b>Pontuação total</b>																						

© The Regents of the University of Michigan

Merkel SI, Yopel-Lewis T, Shayevitz J, Malvi S. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs.*1997; 23(3): 293-7.

Batalha LMC, Reis GMR, Costa LPS, Carvalho MDR, Miguens APM. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Referência* 2009;10:7-14.

## NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

DESCRIÇÃO	
<b>Expressão facial</b>	
0 - Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa - nariz, boca e sobrancelha).
<b>Choro</b>	
0 - Ausente	Sereno, não chora.
1 - Choramingo	Choramingo brando, intermitente.
2 - Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade. (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver suspirado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local.
<b>Respiração</b>	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 - Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
<b>Braços</b>	
0 - Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 - Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
<b>Pernas</b>	
0 - Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 - Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
<b>Estado de vigília</b>	
0 - Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

Lawrence J, Alcock D, Mcgrath P, Kay J, Macmurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

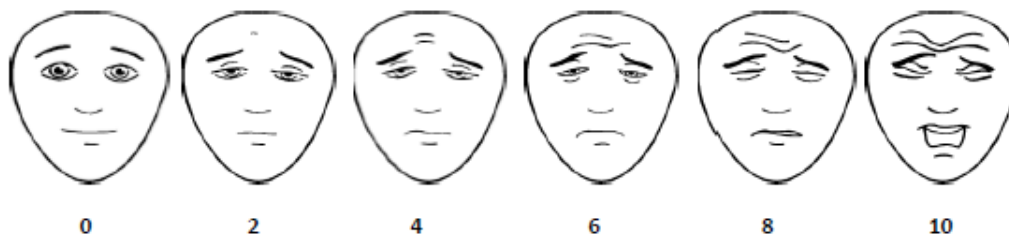
## PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	<b>Idade gestacional (semanas)</b>	≥ 36	32-35 e 6 dias	28 - 31 e 6 dias	< 28
<b>Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigénio basal</b>	<b>Estado de alerta</b>	Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
	<b>FC máxima</b>	↑ 0 - 4 bpm	↑ 5 - 14 bpm	↑ 15 - 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	<b>SO<sub>2</sub> mínimo</b>	↓ 0 - 2,4 %	↓ 2,5 - 4,9 %	↓ 5,0 - 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
<b>Observar RN 30 segundos</b>	<b>Testa franzida</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	<b>Olhos espremidos</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	<b>Sulco naso-labial</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

Stevens B, Johnston CC, Petryshen P, Taddio A. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain 1996; 12: 13-22.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

### ESCALA DE FACES Revista

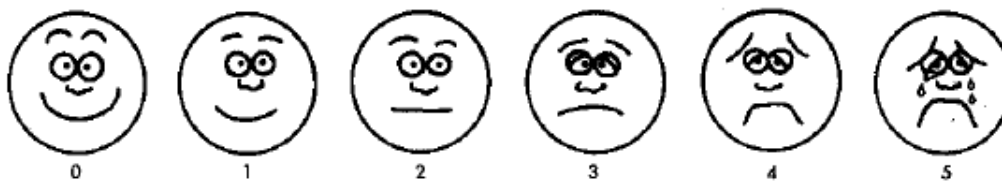


Nas instruções que se seguem, diga “magoar” ou “doer”, de acordo com o que lhe parece correcto para determinada criança.

“Estas caras mostram o quanto algo pode magoar. Esta cara [aponte para a face mais à esquerda] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [aponte para a face mais à direita] – que mostra muita dor. Aponta para a cara que mostra o quanto te dói [neste momento].”

Hicks et al., 2001; Bieri et al., 1990: <http://painsourcebook.ca/pdfs/pps92.pdf>

### ESCALA DE FACES WONG-BAKER



#### Instruções:

Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1 tem apenas um pouco de dor.

Face 2 tem um pouco mais de dor.

Face 3 tem ainda mais dor.

Face 4 tem muita dor.

Face 5 tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provocar o choro.

Peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

**ANEXO B – FOLHETO INFORMATIVO PARA OS PAIS E CUIDADORES  
SOBRE A FEBRE NA CRIANÇA/ADOLESCENTE**

## Febre na criança/adolescente

### Folheto informativo para pais e cuidadores

#### 1. O que é a febre?

Considera-se febre a subida de, pelo menos, 1°C acima da média da temperatura basal diária individual, em função do local de medição. Na ausência do conhecimento da temperatura basal individual, considera-se febre perante os seguintes valores medidos de temperatura:

- Retal  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Axilar  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$
- Timpânica  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
- Oral  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

#### 2. A febre é uma doença?

A febre, por si só, não é uma doença. Trata-se de uma manifestação do organismo, decorrente do combate às infeções e, por esse motivo, benéfica.

Quando as situações com febre são graves (cerca de 5% dos casos), existem sempre outras manifestações clínicas associadas que são os chamados “sinais de alerta” (ver ponto 4).

#### 3. Como medir a temperatura?

Existem vários tipos de termómetros, cuja utilização correta é essencial. Sem prejuízo da leitura do folheto informativo que os acompanha, resumem-se aqui as principais indicações de uso:

##### a) Temperatura retal:

É o método mais rigoroso. Com a criança deitada de costas, deve introduzir-se a ponta flexível do termómetro (de *galinstan* ou digital) em cerca de 3 cm no ânus, num trajeto paralelo às costas da criança. A leitura com o termómetro digital faz-se ao 1º toque e com o termómetro de *galinstan* aos 3 minutos.

##### b) Temperatura axilar:

É um método prático, ainda que não tão preciso como o retal. O termómetro de *galinstan* ou digital (desligado) devem ser colocados na axila, mantendo-se o braço firmemente encostado ao tronco, durante 5 minutos, ao fim dos quais se deve fazer a leitura. No caso do termómetro digital, este deve ser então ligado e esperar-se pelo 1º toque; se termómetro de *galinstan*, a leitura é feita aos 5 minutos.

##### c) Temperatura timpânica:

Só se deve utilizar a partir dos 3 anos e avalia-se com termómetro de deteção de raios infravermelhos. A sonda deve ser orientada para a membrana do tímpano e não para a parede do canal auditivo. Devem ser sempre realizadas 3 determinações seguidas e deve adotar-se o valor medido mais elevado.

##### d) Temperatura oral:

Só deve ser utilizada a partir dos 5 anos. Avalia-se na boca, com a ponta do termómetro digital ou de *galinstan* colocada debaixo da língua e mantendo a boca permanentemente fechada durante 3 minutos. A leitura deve ser feita aos 3 minutos (seja termómetro digital ou de *galinstan*).

#### 4. Quais são os “sinais de alerta” numa criança com febre?

Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer; face/olhar de sofrimento; irritabilidade e/ou gemido mantido; choro inconsolável; não tolerar o colo; dor perturbadora; convulsão; aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24 a 48 horas de febre; respiração rápida com cansaço; vômitos repetidos entre as refeições; recusa alimentar completa superior a 12 horas; sede insaciável; lábios ou unhas roxas e/ou tremores intensos e prolongados na subida da temperatura; dificuldade em mobilizar um membro ou alteração na marcha; urina turva e/ou com mau cheiro; febre com duração superior a 5 dias completos.

Na presença de um ou mais destes sinais de alerta, a criança deve recorrer a um serviço de saúde.

#### 5. Numa criança com febre, quais os sinais “tranquilizadores”?

A criança brinca e tem atividade normal; come menos mas não recusa os alimentos líquidos; tem sorriso aberto ou fácil; acalma ao colo e fica com um comportamento quase habitual; tosse seca e irritativa muito frequente, sendo o sintoma que mais perturba a criança; dor a engolir com placas brancas na garganta e/ou associada a olhos vermelhos e/ou a tosse; gengivas dolorosas, vermelhas, sangrantes; aftas orais; olhos vermelhos com secreções; diarreia ligeira (ou moderada) sem sangue, muco ou pus; pieira sem dificuldade respiratória; manchas vermelhas dispersas, que surgem só a partir do 4º dia de febre. Embora possam ser incomodativas para a criança e exigirem consulta médica, estes sinais sugerem doença sem gravidade.

**6. Como ajudar a criança/adolescente com febre?**

- a) Oferecer água e/ou leite; adequar o vestuário e a roupa da cama à sensação de frio ou de calor; respeitar o apetite;
- b) Se está confortável não é preciso baixar a temperatura, mas sim vigiar se surgem os “sinais de alerta” (ver ponto 4);
- c) Se está desconfortável, deve tomar um antipirético (que também é analgésico, isto é, alivia a dor); mas não se deve fazer arrefecimento (banho, compressas, ventoinhas) para baixar a temperatura;
- d) Se necessário, contactar o Centro de Contacto SNS 24 (808 24 24 24).

**7. Como administrar o antipirético (medicamento para baixar a temperatura)?**

- a) Utilizar o paracetamol respeitando a posologia prescrita pelo médico ou de acordo com a descrita no folheto informativo que acompanha a embalagem do medicamento que vai ser administrado;
- b) O intervalo mínimo entre duas tomas consecutivas é de 4 horas;
- c) Nos casos de alergia ao paracetamol poderá administrar-se ibuprofeno. Mas não dar ibuprofeno nas seguintes situações: em idade inferior a 6 meses; na varicela; perante diarreia e vômitos moderados a graves; se a criança tiver uma alergia a qualquer medicamento anti-inflamatório;
- d) Não há necessidade, nem deve ser rotina, utilizar dois antipiréticos alternadamente, devendo considerar-se que o antipirético é eficaz se baixar a temperatura de 1,0º a 1,5ºC dentro de 2 a 3 horas;
- e) O objetivo do antipirético é aliviar o desconforto da criança e não eliminar a febre a todo o custo. Mesmo não medicada, a temperatura acabará, em regra, por baixar espontaneamente algumas horas depois. Mas voltará a subir ao fim de poucas horas, e assim sucessivamente, até a doença passar.

**8. Quando é que uma criança/adolescente deve recorrer a um serviço de saúde em caso de febre?**

- a) Se idade inferior a 3 meses de idade (de idade corrigida se nasceu prematura);
- b) Se idade inferior a 6 meses com temperaturas iguais ou superiores a 40,0ºC;
- c) Se tiver temperaturas axilares superiores a 40,0ºC ou retais superiores a 41,0ºC;
- d) Na presença de um ou mais “sinais de alerta” (ver ponto 4);
- e) Se tem uma doença crónica grave;
- f) Se tem febre há 5 ou mais dias, ou se a febre reaparecer após 2 a 3 dias de temperaturas normais.

**PONTOS – CHAVE**

- ✓ A febre é apenas um sintoma e não uma doença;
- ✓ O tratamento da febre (antipiréticos) não encurta a duração da febre nem contribui para a resolução da doença causal; se a temperatura não voltar ao normal após a administração dos antipiréticos, só por si, não é sinal de gravidade desde que baixe de 1,0º a 1,5ºC;
- ✓ O tratamento da febre não serve para prevenir convulsões febris que, globalmente, são pouco comuns (inferior a 1% dos episódios febris até aos 2 anos, diminuindo muito esse risco depois dessa idade); as convulsões assustam quem as presencia, mas, em regra, não provocam danos cerebrais;
- ✓ Na fase de subida da febre o arrefecimento (com banho, compressas húmidas, álcool ou ventoinhas) está desaconselhado: não contribui para o controlo da doença, nem para o bem-estar da criança;
- ✓ A presença de “sinais de alerta”, o estado geral da criança e/ou ter menos de 3 meses de vida, são mais importantes do que os graus da temperatura e/ou a duração da febre;
- ✓ O aparecimento (ou não) dos “sinais de alerta” dita a necessidade (ou não) de se recorrer aos cuidados de saúde, independentemente do dia de febre;
- ✓ As viroses, responsáveis pela grande maioria dos episódios febris, duram, em média, 4 dias completos (e 5 dias, ou mais, em 30% dos casos).

*Se necessário pode contactar o Centro de Contacto SNS 24 (808 24 24 24)*



**ANEXO C – AÇÃO DE FORMAÇÃO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E  
IST**

## Gravidez na adolescência e IST



### Serviço de Atendimento ao Jovem



### Serviço de Atendimento ao Jovem

Para Rapaz/Rapariga dos 12 aos 21 anos a viver na Região Autónoma da Madeira

**Horário de atendimento:**  
8 - 20 Horas Dias úteis

Linha SOS Adolescente ☎ **800 204 125**

### Objetivos do Serviço

- Promover a saúde do jovem de forma holística;
- Incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Fornecer informação correta, isenta de tabus e falsas crenças acerca do desenvolvimento do corpo, da sexualidade/afetividade, reprodução, contraceção, infeções sexualmente transmissíveis, comportamentos de risco, entre outros;

### Vinda ao Serviço

- O adolescente pode dirigir-se ao serviço por iniciativa própria ou...

Encaminhado através dos:

- Pais;
- Professores;
- Familiares;
- Médico de família;
- Amigos;
- CPCJ ,UCAD ...



### Equipa Multidisciplinar

- enfermeiras;
- médicas;
- psicólogas;
- assistente social;
- nutricionista;
- psicopedagoga;
- administrativas;
- assistentes operacionais.



### Tipos de Consultas no SAJ

Dependências -jogos	Distúrbios alimentares	Obesidade	Dismenorreia
Absentismo escolar	Consumo de substâncias	Acne	Prevenção da gravidez
Interrupção voluntária da gravidez	Ansiedade	Ataques de pânico	Automutilação
Ideação Suicida	Conflitos familiares	Problemas de identidade de género	Bullying/cyberbullyng



### Gravidez na adolescência



## Razões da Gravidez na Adolescência



- Início precoce da vida sexual;
- Não utilização dos métodos contraceptivos;
- Mostrar independência/maturidade;
- Necessidade de afeto;

## Consequências Psicológicas

- Sentimentos de culpa;
- Vergonha;
- Baixa de auto estima;
- Depressão;
- Comportamentos suicidas;



## Consequências Psicológicas

- Papel de mãe/pai adolescente



## Consequências Sociais



## Consequências Psicológicas

Culpa/Tristeza

Nova gravidez



IVG / ADOÇÃO

## Diagnóstico de gravidez

- Sangue (Beta HCG);
- Urina.



## Diagnóstico de gravidez procedimentos

Se negativo:

- Orientação para consulta de planeamento familiar.



## Diagnóstico de gravidez procedimentos

Se positivo:

- Avaliação:
  - da aceitação da gravidez;
  - da relação de namoro;
  - do contexto familiar;
- Orientação para consulta de Saúde Materna.



## Consulta de IVG

- ▶ Legalização (2007) - até 10 semanas;
- ▶ 1ª Consulta ;
- ▶ Período de reflexão (3 dias);
- ▶ 2ª Consulta –IVG.

Idade < 16 anos – consentimento do representante legal.



## Atitudes negativas

Vou engravidar para prendê-lo!

Como é possível? Tirei antes...!!!

O problema é dela!

É tudo uma questão de sorte!

Na 1ª vez não engravidado.

Não faz mal...estou apaixonada!



## Atitudes positivas

Vou tirar o curso e depois penso nisso...

Cada coisa a seu tempo...

Para quê escolher o caminho mais difícil?

Deixa-me aproveitar a vida!



**ÓVULO** - é passível de se fertilizar por um período de **8 a 24 horas**.

Tem de chegar ao útero em **2 a 3 dias** para se desenvolver

**ESPERMATOZÓIDES** sobrevivem **3 dias** nas trompas de Falópio



## Métodos contraceptivos



SESARAM

Portugal --2º lugar Europa com Mães Adolescentes

## Métodos contraceptivos hormonais:

### ▪ Pílula

Benefícios:

- Regula ciclo menstrual;
- Minimiza dores menstruais ;
- Diminui risco de cancro do ovário e útero;
- Trata acne;
- Trata doenças.



Eficácia contraceptiva de 95-97%

### ▪ Adesivo Transdérmico



- Mesmas vantagens da pílula.

Eficácia contraceptiva de 95-97%

## ▪ Anel vaginal



▪ Mesmas vantagens da pílula.

Eficácia contraceptiva de 99%

## ▪ Implante subcutâneo



Eficácia contraceptiva de 95-97%

## ▪ Injetável



Eficácia contraceptiva de 99%

## Método contraceptivo barreira

### ▪ Preservativo

▪ ÚNICO para prevenção das DST.



Eficácia contraceptiva de 80-90%

## Métodos contraceptivos químicos

### ▪ Espermicidas

- Aplicação vaginal;
- Baixa eficácia.



Eficácia contraceptiva de 80%

## Métodos naturais



Temperatura basal



- Conhecimento do ciclo menstrual;
- Observação diária;
- Eficácia relativamente baixa.

Sintotérmico

Método do muco cervical (Billings)



## Método contraceptivo mecânico

### ▪ DIU/SIU

- Impede a fecundação;
- Impede a nidação;



Eficácia contraceptiva de 99%

## Método contraceptivo cirúrgico

### ▪ Laqueação das trompas/ Vasectomia

- Método irreversível.



Eficácia contraceptiva de 99%

## Contraceção de emergência (Pílula do dia seguinte)



Tomar até **72 horas (3 dias)** após a relação desprotegida



É um recurso e **não** um método contraceptivo

Fornecida pelo SAJ  
Encaminhada a iniciar consulta de planeamento familiar



## Definição IST's

- São infeções transmitidas através das relações sexuais (por via vaginal, anal ou oral).
- Outras formas de transmissão:



Sangue

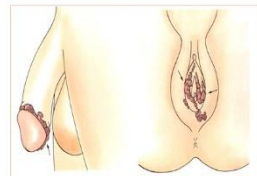
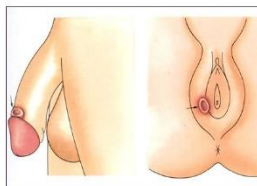


Objetos Contaminados



Mãe-filho

## IST's



## Sinais de Alarme

Todos os dias **500.000** jovens são infectados por uma I.S.T.

## Tipos de IST's

### ▪ Candidíase

#### Agente causal:

Candida albicans (fungo) e outros.



#### Sinais/Sintomas:

Prurido, ardor, dispareunia e corrimento vaginal em grumos, semelhante à nata do leite.

**Não é uma doença de transmissão exclusivamente sexual.**

### ▪ Tricomoníase

#### Agente causal:

Tricomonas (protozoário).



#### Sinais/Sintomas:

Corrimento vaginal ou uretral amarelo esverdeado com cheiro fétido, prurido e ardor à micção e dispareunia.

### ▪ Gardnerella

#### Agente causal:

Gardnerella vaginalis (bactéria da flora vaginal).



#### Sinais/Sintomas:

- Corrimento vaginal amarelado/acinzentado, odor desagradável ;
- Prurido após relação sexual.

#### Complicações:

- Infertilidade;
- Endometrite.

### ▪ Gardnerella

#### Agente causal:

Gardnerella vaginalis (bactéria da flora vaginal).



#### Sinais/Sintomas:

- Corrimento vaginal amarelado/acinzentado, odor desagradável ;
- Prurido após relação sexual.

#### Complicações:

- Infertilidade;
- Endometrite.

## Clamídia

### Agente causal:

*Chlamidia trachomatis* (bactéria).

### Sinais/Sintomas:

- Secreção uretral, translúcida e matinal;
- Ardor uretral ou vaginal pode ser a única manifestação.



## Gonorreia

### Agente causal:

*Neisseria gonorrhoeae* (bactéria).

### Sinais/Sintomas:

- Corrimento purulento pela uretra e vagina;
- Prurido na uretra e disúria.



## Gonorreia

### Complicações:

- ❖ Aborto espontâneo
- ❖ Natimorto;
- ❖ Parto prematuro;
- ❖ Infertilidade.
- ❖ Meningite
- ❖ Doença óssea, cardíaca e ocular



## Sífilis (cancro duro)

### Agente causal:

*Treponema pallidum* (bactéria).

### Período de Incubação:

1 semana a 3 meses.

Transmissão transplacentária (a partir do quarto mês de gestação).



## Sífilis (cancro duro)

### Sinais/Sintomas:

Lesão ulcerada **não dolorosa**, em geral única, presença de secreção transparente, escassa:

#### Na mulher:



#### No homem:

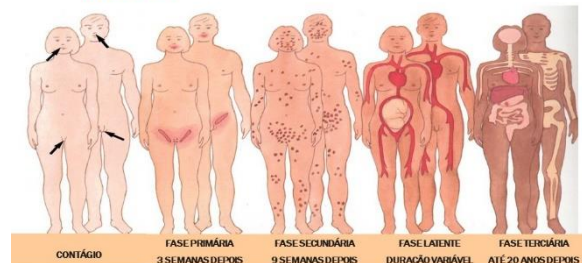


#### Em ambos:

Dedos;  
Lábios;  
Mamilos;  
Conjuntivas.

## Sífilis (cancro duro)

### Evolução:



## Cancro Mole

*Haemophilus ducreyi* (bactéria).

Sinais/Sintomas:  
Ferida dolorosa, mole, hiperemiada e purulenta.

Muito contagiosa

Mulher é muitas vezes portadora assintomática



## Herpes genital

### Agente causal, grupo de vírus.

Lesões genitais vesiculares, **muito dolorosas**, cicatrização espontânea  
Infecção **recorrente**.



## Herpes genital

### Complicações:

- Aborto espontâneo/nado morto;
- Endometriose pós-parto.

USA 45 milhões de infectados



## Hepatite B

### Agente causal:

Vírus da Hepatite B (VHB).  
Portadores crônicos – 10%.



### Sinais e sintomas:

- Fadiga;
- Dores musculares e nas articulações;
- Dor abdominal;
- Icterícia (coloração amarelada).



## HEPATITE B



Por agulhas ou seringas contaminadas;

Troca de fluidos orgânicos (sêmen, secreções vaginais, saliva);

Transfusões sanguíneas ou órgãos transplantados.



## Hepatite C

### Agente causal:

Vírus da Hepatite C.



### Sinais e sintomas:

- Progressão lenta e silenciosa, pode confundir-se com uma gripe;
- Lesão do fígado.



Transmissão – sangue.

## SIDA

### Definição:

Síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) - afeta os linfócitos T (células de defesa) incapacitando o organismo de se defender contra as infecções.



INFEÇÕES OPORTUNISTAS

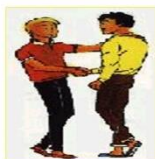
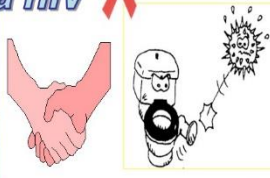
**SEROPOSITIVO**

Quando o VIRUS penetra no organismo  
Ocorre a fase aguda 4 semanas após contacto (gripe banal...)

Depois um período sem sintomas em média :  
8 a 10 anos \_\_VIH-1 vírus mais agressivo e mais abundante  
30 anos \_\_VIH-2

Embora o vírus esteja a multiplicar-se no seu organismo

Não se apanha HIV



## Prevenção de IST's



Usar luvas de latex para tocar em feridas, secreções corporais



Desinfetar objetos contaminados, utilizando lixívia e esterilização



Escolher cabeleireiros, tatus, manicures e pédiçures que usem utensílios esterilizados



Usar um novo **preservativo**  
por cada **Relação Sexual**



## Demonstração: **Preservativo**



- Validade;
- Abertura;
- Colocação correta;
- Remoção correta;
- Verificação da integridade.



**O Risco De  
Apanhar uma  
infecção Não  
DEPENDE DE  
Quem Eu Sou,  
ou Onde Estou**

**Depende Só  
Daquilo Que  
EU FAÇO**

**A maior parte das Infecções Sexualmente  
Transmissíveis TÊM CURA**

**As mais graves quanto mais  
cedo iniciar tratamento melhor**

*Avisar às pessoas  
com quem se teve relações sexuais é um acto  
de responsabilidade*