



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**A ESPERANÇA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM
ESPECIALIZADO JUNTO DO ADOLESCENTE**

HOPE IN SPECIALIZED NURSING CARE FOR ADOLESCENTS

Por: Ana Filipa Paramos

Lisboa, 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de Mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A ESPERANÇA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO JUNTO DO ADOLESCENTE

HOPE IN SPECIALIZED NURSING CARE FOR ADOLESCENTS

Por: Ana Filipa Paramos

Sob a orientação de: Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2022

*“Vais ver que vamos ficar bem, disse a esperança.
- Como sabes? Perguntou o medo.
Eu não sei, mas acredito. E isso ajuda-me a ganhar fôlego, todos os dias.”*

Sofia de Castro Fernandes, s.d.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Zaida Charepe por toda a disponibilidade, motivação, apoio, força, esperança e confiança, demonstrados ao longo de todo este percurso, e por todas as oportunidades e momentos de partilha.

A todas as enfermeiras orientadoras pela paciência, pelo exemplo constante na prática, pela inspiração e por toda a confiança que me depositaram, fazendo-me acreditar que todo o esforço compensa.

À Isabel Pica, aquela amiga especial que a profissão me trouxe e que a especialidade fortaleceu.

À Cátia Bandeira, a amiga que este percurso me trouxe e que se demonstrou como uma força incondicional para a consecução deste projeto.

Às minhas amigas caldenses por todo o apoio demonstrado, por nunca desistirem de mim, apesar do tempo que ficou para trás, e de todas as conversas e cafés que ficaram por realizar.

Às grandes amigas que a capital me trouxe e que quero que perdurem ao longo da vida.

À minha mãe, à minha maior força, ao meu exemplo de vida, à pessoa que nunca me fez desistir e me fez lutar incondicionalmente ao longo de todo este percurso, apoiando-me e lembrando-me, todos os dias, que *“grandes vitórias são o resultado de pequenas conquistas diárias”*.

Aos meus avós por todo o apoio, pelo amor incondicional, por nunca deixarem de acreditar em mim, e por me fazerem lembrar constantemente que *“a persistência é o caminho do êxito”*.

Aos meus colegas, por todo o apoio e incentivo, por todas as palavras amigas, por todas as trocas facilitadas e por todos os minutos que esperaram para além dos turnos.

A todos vocês, um muito obrigada!

RESUMO

O presente relatório pretende realizar uma análise retrospectiva relativa ao percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, em torno de um tema central que se prende com o promover da esperança no adolescente em contexto de cuidados de enfermagem, com enfoque na comunicação enquanto instrumento terapêutico.

Tem por base um enquadramento conceptual, à luz dos pressupostos e princípios de intervenção de duas conceções teóricas, a Ciência do Cuidado Unitário e o Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança.

Com o objetivo de mapear a evidência científica existente relativa à temática em questão, foi elaborada uma *scoping review*, que detém como tema central a esperança no adolescente em contexto de cuidados de enfermagem. Esta *scoping review* deteve especial importância ao longo de todo o percurso, na medida em que os seus resultados se assumiram como a base científica para a fundamentação da evidência em contexto da prestação de cuidados. Dos principais resultados, destaca-se o dinamismo associado ao conceito de esperança do adolescente, levando à necessidade constante da sua promoção e manutenção, bem como a influência de fatores intrínsecos e extrínsecos. O enfermeiro, em virtude do contacto prolongado e da relação que estabelece com o adolescente, pode ser facilitador da esperança do mesmo, devendo recorrer à comunicação como instrumento terapêutico.

A metodologia de trabalho projeto regeu todos os contextos, pelo que identifiquei como objetivo geral, de todo o percurso, *Adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais de Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, no cuidado de enfermagem à criança e/ou adolescente e família, com enfoque na comunicação promotora de esperança*. Das atividades desenvolvidas destaco a realização de uma reflexão acerca da importância do uso de uma comunicação facilitadora/promotora de esperança no adolescente com excesso de peso/obesidade, resultando na construção de um possível guião de entrevista; a realização de sessões de

focus group, com a conseqüente construção e divulgação de um infográfico; bem como a construção de uma proposta de manual para a criação de uma caixa de esperança.

Descritores em Saúde: Adolescente, Esperança, Cuidados de Enfermagem, Comunicação

ABSTRACT

This report aims to provide a retrospective analysis on the journey of skills acquisition and development as part of a Master's Degree in Nursing, with a specialization in Child Health and Paediatrics, focusing on a key issue that concerns the fostering of hope in adolescents while in nursing care, with a particular emphasis on communication as a therapeutic instrument.

Based on a conceptual framework, guided by the assumptions and intervention principles of two theoretical perspectives, these being Unitary Caring Science and the Intervention Model in Hope Fostering Mutual Aid.

In order to outline the existing scientific evidence on the topic, a scoping review was conducted on the key issue of hope in adolescents during nursing care. This scoping review was of utmost importance throughout the entire process, to the extent that its results became the scientific basis for the validation of evidence in the context of providing care. Among its main findings, we highlight the dynamic nature associated with the concept of adolescent hope, thus resulting in a constant need for its fostering and preservation, as well as the influence of intrinsic and extrinsic factors. Nurses, due to their extended contact with the adolescent patient and the relationships developed throughout said contact, can contribute to the adolescent's sense of hope, and should use communication as a therapeutic tool.

The methodology applied to the project covered all contexts, hence I identified the following as the overall objective of the whole process: *To acquire and develop scientific, technical, ethical, and interpersonal skills as a Nurse Specialist in Child Health and Paediatrics, regarding the nursing care provided to children and/or adolescents and their families, with a focus on hope-fostering communication.* Among the activities carried out, I would like to highlight some analysis of the importance of using hope-fostering communication with overweight/obese adolescents, which resulted in the creation of a possible interview script; focus group sessions, with the subsequent creation and circulation of a chart; as well as the creation of a proposed handbook concerning the creation of a hope box.

Health Descriptors: Adolescent, Hope, Nursing Care, Communication

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

IMC – Índice de Massa Corporal

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MeSH – *Medical Subject Headings*

MIAMPE – Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança

NIDCAP – Programa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento

OCDE – Organização de Cooperação e do Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-nascido

SNS – Serviço Nacional de Saúde

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

N-PASS – *Neonatal Pain, Agitation, and Sedation Scale*

SO – Serviço de Observação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. A Esperança no Cuidado de Enfermagem Especializado ao Adolescente	21
1.1. A Adolescência	21
1.2. Enquadramento Teórico e Conceptual	24
1.3. A esperança no adolescente em contexto de cuidados de enfermagem: a <i>scoping review</i>	30
2. Análise Crítica e Reflexiva sobre o Percorso de Estágio	43
2.1. Módulo I – A Comunicação Promotora de Esperança como um Alicerce na Intervenção de Enfermagem ao Adolescente com Excesso de Peso/Obesidade.....	46
2.2. Módulo II – Restrição da Presença Parental na UCIN - <i>uma realidade de um contexto pandémico, uma necessidade de intervenção</i>	56
2.3. Módulo III – O recurso ao humor como intervenção promotora de esperança no adolescente em contexto de urgência pediátrica	66
3. Considerações Finais	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	89
APÊNDICE I –	90
Protocolo <i>Scoping Review</i>	90
APÊNDICE II –	106
Reflexão sobre a Importância do Uso de uma Comunicação Facilitadora/Promotora de Esperança na Intervenção de Enfermagem ao Adolescente com Excesso de Peso/Obesidade	106
APÊNDICE III –	122

Planeamento da Sessão de Formação “Prevenção de Queimaduras em Idade Pediátrica – <i>Pequenos Gestos que Salvam Vidas</i> ”	122
APÊNDICE IV –	124
Apresentação “Prevenção de Queimaduras em Idade Pediátrica – <i>Pequenos Gestos que Salvam Vidas</i> ”	124
APÊNDICE V –	135
Análise SWOT em contexto de UCIN	135
APÊNDICE VI –	137
Convite de Participação para Sessão de <i>Focus Group</i>	137
APÊNDICE VII –	140
Guião da Sessão de <i>Focus Group</i>	140
APÊNDICE VIII –	143
Folha de Caraterização de Amostra Populacional do <i>Focus Group</i>	143
APÊNDICE IX –	145
Apresentação Sessão <i>Focus Group</i>	145
APÊNDICE X –	148
Infográfico “Intervenções/Atividades de Enfermagem Promotoras da Parentalidade em Contexto de Restrição por COVID-19 Numa Unidade de Neonatologia”	148
APÊNDICE XI –	150
Reflexão sobre a Importância do Uso do Humor como Intervenção de Enfermagem Promotora de Esperança no Adolescente em Contexto de Urgência Pediátrica	150
APÊNDICE XII –	164
Proposta de Manual para a Caixa de Esperança “ <i>Adolescent Hope Tool Box</i> ”	164
APÊNDICE XIII –	172
Questionário	172
ANEXOS	176
ANEXO I –	177

Certificado de Participação com uma Comunicação Livre no Seminário Internacional “ <i>Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde</i> ”	177
ANEXO II –	179
Certificado de Participação com a co-autoria de um <i>Póster</i> no Seminário Internacional “ <i>Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde</i> ”	179
ANEXO III –	181
Certificado de Participação no Seminário “ <i>Os Primeiros Anos – Desafios de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil</i> ”	181

INTRODUÇÃO

Este relatório final de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, inserida no 14º Curso de Mestrado em Enfermagem, de natureza profissional, com Especialização na área de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP). A decisão de ingressar e concretizar este desafio profissional teve por base um conjunto de vários fatores, tanto de cariz pessoal como profissional. De entre os fatores pessoais, destaco a junção de um gosto particular pela área da Saúde Infantil e Pediátrica, que me acompanha desde o término da licenciatura, aliada à necessidade da procura de uma melhoria contínua nos cuidados prestados à criança/jovem e família nos diferentes setores de intervenção. No que concerne aos fatores profissionais, destaco a necessidade de aprofundamento de conhecimentos e competências, em consonância com o dever ético inerente ao exercício profissional.

Apesar de me encontrar a exercer funções num serviço de pediatria cirúrgica há um tempo considerável, e de já ter adquirido e desenvolvido algumas competências, dado que a prática já constitui, por si só, uma forma de aquisição de conhecimentos (Benner, 2001), torna-se necessário aliar conhecimentos teóricos, práticos e reflexivos, à prática clínica, para que se consiga prosseguir na aquisição e desenvolvimento de competências. Benner (2001), explicita esta ideia ao referir que o domínio da prática não confere, obrigatoriamente, o grau de perícia aos profissionais, havendo uma necessidade emergente de incorporar a componente teórica com a componente prática, no sentido de aumentar conhecimentos e competências. Refere, inclusive, que a aprendizagem clínica assenta numa simbiose entre a teoria e a prática, e que a aquisição de competências “*não é uma questão de escolha, quer do saber científico quer do saber da prática, mas antes de saber como se relacionam ambos.*” (Benner, 2001, p. 14). Acrescendo a este fato, ergueu-se a necessidade de manter uma conduta em conformidade com a deontologia profissional, que defende a necessidade de continuar a agir no sentido da procura da excelência do exercício profissional. Este dever, assente no artigo 88º da Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015), refere que o enfermeiro deve procurar constantemente oportunidades formativas, com o intuito de adquirir e desenvolver novos

conhecimentos e competências, e tentando, assim, alcançar uma maior qualidade nos cuidados prestados.

Assim, a articulação da teoria, proveniente da frequência das diferentes UC, com a prática clínica, através da consecução dos diferentes estágios, permitiu-me o desenvolvimento e a aquisição de conhecimentos e competências, comuns e específicas, de ESSIP, essenciais para a prática de um cuidado de enfermagem especializado, competente e humanizado, na área da Saúde Infantil e Pediátrica, cuidado este cada vez mais necessário na sociedade atual, uma vez que, os cuidados de enfermagem, dada a conjuntura atual, tornam-se cada vez mais exigentes, tanto do ponto de vista técnico e científico, como do ponto de vista ético e relacional, o que leva a uma necessidade crescente de prestação de cuidados diferenciados e especializados (Regulamento nº 140/2019). O Enfermeiro Especialista (EE), estando dotado de competências científicas, técnicas, éticas e humanas, consegue prestar cuidados de enfermagem especializados dentro da sua área de especialidade, o que motivou o meu ingresso. No que concerne à área da Saúde Infantil e Pediátrica, tal como é referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem (OE, 2017), o EE depara-se constantemente com um aumento da complexidade dos cuidados, bem como com novos desafios diários, dos quais se destacam o aumento do número de crianças/jovens com doença crónica, o que resulta num largo espetro de intervenção. Neste sentido, o cuidado de enfermagem à criança/jovem e família pode ser realizado em qualquer contexto onde a criança/jovem se encontre, intervindo, sempre, no sentido da promoção da saúde, da promoção do bem-estar e autocuidado, bem como na prevenção de complicações.

Assim, através de uma metodologia de cariz descritivo, crítico e reflexivo, pretendo evidenciar o meu percurso de estágio e valorizar os resultados obtidos. Importa salientar que todo este percurso teve por base uma temática transversal, que serviu de alicerce a todo o percurso de estágio, sendo esta a esperança do adolescente, em contexto de cuidados de enfermagem.

A esperança constitui uma componente essencial do cuidado de enfermagem e é reconhecida, por Jean Watson (1979), como um fator promotor do processo de recuperação da doença, indissociável do processo de cuidados, e encontra-se intimamente relacionada com a obtenção de inúmeros ganhos em saúde. Contudo, Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021), identificam a adolescência como um fator de risco para o

desenvolvimento da resposta humana “Desesperança”, preconizada pela NANDA-I, se tiver associada a condição de doença crônica e/ou complexa, neoplasia ou doença terminal, pelo que se torna imperativo desenvolver uma prática de enfermagem com enfoque na promoção da esperança do adolescente.

Dada a necessidade de adotar uma conduta promotora de esperança perante o adolescente e, sendo da competência do EESIP a demonstração e recurso a estratégias promotoras de esperança (Regulamento n.º 422/2018), defini como objetivo geral, comum a todos os contextos, *Adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais de EESIP, no cuidado de enfermagem à criança e/ou adolescente e família, com enfoque na comunicação promotora de esperança*. Posteriormente, defini objetivos específicos, que resultaram da elaboração de um diagnóstico situacional, com as respectivas atividades. Enfatizo ainda que todo o percurso teve por base um enquadramento conceptual, baseado nos pressupostos e princípios de intervenção de duas conceções teóricas, a Ciência do Cuidado Unitário, de Jean Watson (2018), e o Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança (MIAMPE), de Zaida Charepe (2014).

No que concerne à estrutura do presente relatório, após esta breve introdução, encontram-se três capítulos. O primeiro capítulo aborda a esperança na intervenção de enfermagem especializada junto do adolescente, incorporando três subcapítulos. No que concerne ao primeiro subcapítulo, este aborda a faixa etária da adolescência, incluindo as modificações físicas, cognitivas e psicossociais experienciadas. O segundo subcapítulo vai ao encontro do enquadramento conceptual, evidenciando os pressupostos e princípios de intervenção da Ciência do Cuidado Unitário e do MIAMPE, e culmina no terceiro e último subcapítulo que diz respeito à *Scoping Review* intitulada de “*A esperança no adolescente em contexto de cuidados de enfermagem: a scoping review*”. O segundo capítulo visa descrever e analisar todo o percurso de estágio, ao longo dos diferentes contextos. Inicia-se com o estágio relativo aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde destaco a realização de uma análise crítica e reflexiva, com recurso ao *Ciclo de Gibbs*, relacionada com o uso de uma comunicação facilitadora/promotora de esperança no adolescente com excesso de peso/obesidade, e o cruzamento dos princípios orientadores da entrevista do adolescente, preconizados pela OE, com as narrativas terapêuticas propostas pelo MIAMPE. O segundo contexto de estágio diz respeito ao contexto de Neonatologia, que decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Visto que a população-alvo não coincidia com a população por mim abordada ao longo de todo o percurso, destaco a realização de uma análise SWOT, da qual resultaram a realização de duas sessões de *focus group*, bem como a construção de um infográfico, relacionado com a restrição das visitas parentais na UCIN em contexto pandémico. O último local de estágio remete para um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), onde destaco a realização de uma análise crítica e reflexiva, com recurso ao *Ciclo de Gibbs*, que deu origem à elaboração de uma proposta de manual para a construção de uma “*Adolescent Hope Tool Box*”. Termino com as considerações finais, referências bibliográficas, bem como com os apêndices e anexos, que complementam alguma da informação presente no relatório.

Saliento ainda que o presente relatório foi elaborado de acordo com as normas preconizadas pela *American Psychological Association (7th ed.)*.

1. A Esperança no Cuidado de Enfermagem Especializado ao Adolescente

1.1.A Adolescência

A adolescência diz respeito a um período do ciclo de vida do indivíduo que é caracterizado pela presença de inúmeras transformações, sendo o termo Adolescência, proveniente do termo em latim “*adolescere*”, que detém o significado de crescimento ou de iniciação de um processo de maturação fisiológica (Ferreira & Nelas, 2006). É considerada uma fase de transição, que possibilita ao indivíduo a passagem da infância para a idade adulta, e, sem ser a infância, não se reconhece nenhuma etapa do ciclo de vida que incorpore tantas transformações como a adolescência (Ribeiro & Rodrigues, 2005).

No entanto, para compreender melhor o conceito de adolescência, importa contextualizá-lo, inicialmente, em termos históricos. Como refere Ferreira & Nelas (2006), até ao início do século XIX, não havia o reconhecimento por esta etapa intermediária que constitui a adolescência, defendendo-se que o indivíduo passava diretamente da infância para a idade adulta. Contudo, apesar de a adolescência não ser reconhecida como uma etapa distinta do ciclo de vida, esta possuía um certo grau de importância na sociedade, estando a mesma relacionada com o fenómeno do início da puberdade. Só a partir do século XIX, e após as transformações de cariz social e cultural decorrentes da Revolução Industrial, é que a adolescência foi considerada uma fase diferenciada do desenvolvimento humano, permitindo, ao adolescente, a sua maturação fisiológica, a construção da sua identidade, bem como a delimitação de projetos de vida futuros (Ferreira & Nelas, 2006).

Embora atualmente já seja reconhecida a sua importância, a sua definição mantém um elevado grau de complexidade e alguma falta de consenso na definição do seu limite temporal. Assim, há autores que defendem que a adolescência constitui um período da vida do indivíduo, dotado de um limite temporal, e outros autores refutam esta ideia e reconhecem a adolescência como um processo dinâmico e contínuo, não podendo ser alvo de uma conotação temporal rígida, o que leva a que não seja possível definir um limite temporal exato (Baptista et al., 2020; Ferreira & Nelas, 2006). Visto que existem estas

duas correntes de pensamento, foi necessário definir critérios, pelo que, para o presente relatório, foi adotado o limite temporal determinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS, citado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013), preconiza que a adolescência constitui uma etapa do ciclo de vida que compreende o período decorrido entre a infância e a idade adulta, ocorrendo entre os 10 e os 19 anos de idade. Apesar de compreender este período alargado, são ainda definidas três fases distintas dentro da adolescência, pelo que a OE (2010) considera a fase inicial da adolescência como a fase que compreende o período que decorre entre os 10 e os 13 anos de idade, seguindo-se a fase intermédia, que abrange o período entre os 14 e os 16 anos de idade e, por último, a fase tardia, que remete para a faixa etária dos 16 aos 19 anos de idade.

Esta é uma fase do ciclo de vida onde se verifica a presença de um processo de crescimento e desenvolvimento único que ocorre tanto a nível físico, decorrente das alterações hormonais associadas ao processo de maturação fisiológica, como a nível psicológico, cognitivo e social (Ferreira & Nelas, 2006). Desta forma, inicia-se com a puberdade e culmina com a consolidação do crescimento, bem como com o desenvolvimento da identidade, autoconceito e autonomia, proporcionando, ao adolescente, a obtenção de independência e a integração na sociedade. Apesar de se constatarem algumas diferenças de acordo com o género, no que diz respeito aos limites temporais, todos experienciam esta panóplia de transformações (Baptista et al., 2020; DGS, 2013; Ferreira & Nelas, 2006)

Em consonância com as alterações físicas experienciadas, também se verificam modificações marcantes a nível psicológico, cognitivo e social. No que concerne à componente cognitiva, importa observar o desenvolvimento cerebral e, mais especificamente, o desenvolvimento da área do córtex pré-frontal, uma vez que esta constitui a área responsável pelo aumento da flexibilidade cognitiva, que possibilita ao adolescente a aquisição do raciocínio avançado. McNeely & Blanchard (2009), explicitam esta ideia ao referirem que, imediatamente antes da entrada na puberdade, se verifica a existência de um período de sobreprodução de sinapses, devido ao aumento do circuito da rede neuronal, o que permite a transmissão de impulsos nervosos, com uma conseqüente eliminação seletiva dos circuitos que se encontram a mais ou que não são usados de forma repetida, seleção esta designada por “poda sináptica”, o que permite ao sistema nervoso um fortalecimento e estabilização das sinapses remanescentes. Desta forma, na adolescência, de acordo com a perspectiva do neurodesenvolvimento, constata-

se um aumento significativo das capacidades cognitivas, havendo um aumento da capacidade de elaboração de um pensamento mais complexo, incorporando, assim, um nível superior de pensamento abstrato, o que lhe possibilita a progressiva aquisição de um raciocínio claro, lógico e coerente (McNeely & Blanchard, 2009). Denota-se, também, nesta etapa do desenvolvimento, a aquisição da habilidade de pensar e equacionar várias opções, tanto reais como hipotéticas. Silva, Viana & Carneiro (2011) enfatizam esta ideia, acrescentando que o adolescente, ao alcançar o estágio das operações formais, preconizado pela Teoria Cognitiva de Piaget, consegue afastar-se do mundo empírico e organizar o pensamento no plano abstrato, sem necessitar de dados concretos. Assim, através do recurso ao exercício reflexivo, é capaz de adotar um pensamento abstrato e extrair conclusões de meras hipóteses, conseguindo refletir sobre proposições e equacionar “(...) *o real na direção do possível.*” (Silva, Viana & Carneiro, 2011, p. 11). A capacidade de resolução de problemas também é alcançada, assim como a elevada aptidão para sentir, pensar, debater, e, inclusive, questionar os próprios pensamentos e sentimentos, bem como as noções de verdade absoluta. O desenvolvimento da capacidade de pensar a longo prazo e de projeção do futuro, também é adquirida, assim como a melhoria do autocontrole e do planeamento (Baptista et al., 2020; McNeely & Blanchard, 2009; Prazeres, 1998). Chulani & Gordon (2014), citado por Baptista et al. (2020), enfatizam esta perspectiva referindo ainda que a melhoria da capacidade de planeamento permite ao adolescente considerar várias opções futuras, avaliá-las e estruturá-las, criando caminhos que o levem ao atingimento dos seus objetivos.

É a junção de toda esta panóplia de aptidões que permite ao adolescente pensar e refletir sobre fenómenos complexos e abstratos, associando, de uma forma simbólica, comportamentos com conceitos, o que lhe irá possibilitar a reflexão acerca de fenómenos complexos e abstratos, de que é exemplo, a esperança (McNeely & Blanchard, 2009).

Aliado ao desenvolvimento cognitivo e, mais especificamente, à adoção de um pensamento abstrato e complexo, urge a necessidade de abordar, também, o desenvolvimento da dimensão psicossocial experienciada na adolescência. Assim, durante esta faixa etária, o grupo de pares assume um lugar cada vez mais importante na vida do adolescente, havendo uma quebra na dependência familiar, bem como um desinteresse progressivo nas atividades familiares, decorrente da necessidade de construção da sua identidade, do desenvolvimento da sua autonomia e da independência (Baptista et al., 2020; Prazeres, 1998). Esta quebra progressiva na dependência familiar e

a desvinculação perante a autoridade dos pais, no sentido do alcance da sua autonomia, é vista por Fleming (1997), citado por Ferreira & Nelas, (2006), como uma das tarefas mais necessárias e, simultaneamente, mais angustiantes do desenvolvimento, uma vez que é esta desvinculação que irá permitir a adoção de novos papéis na esfera social. Contudo, o mesmo autor enfatiza que esta quebra na dependência familiar não é uma vista como uma quebra completa, na medida em que a ligação com os pais se mantém necessária.

Em consequência do desenvolvimento cognitivo e psicossocial experienciado nesta faixa etária, emerge a necessidade de construção da sua própria identidade, o que leva o adolescente a refletir sobre o seu papel na sociedade e sobre as suas opções futuras (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, derivado da incorporação do pensamento abstrato e da adoção de um pensamento introspetivo, e no sentido da busca incessante pela sua identidade, denota-se um constante questionamento relativo a quem é e ao seu próprio sentido de vida. Tal como refere Suárez (2005), é através da síntese do passado, da equação do presente e da projeção do futuro que o adolescente consegue alcançar um sentido mais claro no que concerne ao seu papel na sociedade. Caldeira (2020), corrobora esta ideia ao referir que a adolescência permite ao indivíduo a reflexão acerca de si próprio, sobre o seu sentido de vida, bem como os ideais que a regem, possibilitando-lhe a compreensão dos fenómenos de vida e de morte, e da morte como um fenómeno irreversível, havendo a possibilidade de antecipação da dor relacionada com a impossibilidade de não experienciar a vida no futuro.

No decorrer destas abordagens teóricas, torna-se perceptível que, a adolescência, vista como um processo crescente de autonomização e responsabilização, permite ao indivíduo adquirir e desenvolver competências essenciais à vida (Baptista et al., 2020). Sendo esta etapa de desenvolvimento detentora de eventos decisivos no ciclo de vida do indivíduo, percebe-se que poderá não representar uma tarefa simples, decorrente das várias transformações experienciadas ao logo desta faixa etária e, apesar de se tratar de uma fase análoga a todos os indivíduos, pode ocorrer a ritmos distintos, o que a torna uma fase extremamente variável e individual.

1.2. Enquadramento Teórico e Conceptual

Para fundamentar as intervenções e atividades de enfermagem realizadas durante o percurso de estágio, adotei os pressupostos e princípios de intervenção de duas conceções teóricas, sendo estas, a Ciência do Cuidado Unitário (Watson, 2018), na perspetiva da visão ontológica e epistemológica da Enfermagem, e o Modelo De

Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança (MIAMPE) (Charepe, 2014), enquanto teoria prática ou prescritiva.

A Ciência do Cuidado Unitário, desenvolvida por Jean Watson, é considerada, por Fawcett (2018) e por Watson (2018), como um modelo conceitual para a Ciência de Enfermagem, e surge como uma evolução da Teoria do Cuidado Humano. Como refere Tonin et al. (2020, p. 3), esta é uma teoria que se encontra em permanente evolução e que adota uma perspectiva holística do ser, tendo como essência “(...) o cuidado transpessoal vivido/experimentado no momento do cuidado.”. Embora a teoria se encontre em permanente evolução, os pressupostos permanecem similares, sendo defendido por Watson (2008) que o *caring*, cerne da prática de enfermagem, estando focado no cuidado e não apenas no processo de cura, compreende os fatores caritativos que possibilitam a satisfação de certas necessidades humanas, a promoção da saúde, o desenvolvimento individual/familiar, bem como uma sensação de integridade e paz interior que permite ao indivíduo transcender os momentos de crise. Contudo, a teórica enfatiza que o *caring* só pode ser efetivamente demonstrado e praticado quando realizado de uma forma interpessoal.

Tonin et al. (2020) alegam que, juntamente com a evolução da teoria, também se constatou uma evolução paradigmática, passando de um paradigma da Era II (Paradigma do Cuidado Transpessoal), para o paradigma da Era III, onde nos encontramos atualmente. Esta evolução, tanto teórica como paradigmática, decorrente das evoluções e alterações vivenciadas na atualidade, está assente em duas correntes de pensamento, a Filosofia do Cuidado Humano e a Ontologia do Amor Cósmico (Tonin et al., 2020; Watson, 2018). Esta evolução, pode ser compreendida como um amadurecimento e um despertar da consciência da disciplina de Enfermagem (Tonin et al., 2020), envergando um novo paradigma, transformador e individualizado, orientado por uma visão científica, unitária, ontológica e de ética de pertença do ser (Watson, 2018). Assim, o Paradigma da Era III, ou seja, o Paradigma Transformador Unitário (Watson, 2018), entende que o cuidado humano pode chegar a todos os indivíduos, se for praticado de uma forma deliberada e individualizada, e visa orientar a prática de enfermagem na obtenção da cura e da saúde de toda a humanidade (Tonin et al., 2020; Watson, 2018). Esta evolução acrescentou o termo *Veritas*, ao Processo *Clinical Caritas*, sendo que o termo *Veritas* diz respeito à “(...) pureza das virtudes da Enfermagem e os valores da verdade duradoura, da honra e da dignidade (...)” (Tonin et al., 2020, p. 5), tendo sido integrado com o

objetivo de tentar introduzir a dimensão moral na prática clínica, ou seja, a pureza e a bondade implícitas à Enfermagem. Watson (2018), reforça a necessidade de inclusão desta dimensão, argumentando que se não existir a dimensão moral, o cuidado humano poderá estar comprometido, envergando por uma prática centrada no modelo biomédico, repleta de tecnicismo, e focada nos cuidados meramente físicos e predominantemente tecnológicos, caracterizados por uma falta de individualização e humanização. Em síntese, a teórica defende um cuidar repleto de intencionalidade terapêutica, autenticidade no cuidar, carinho e compaixão com a pessoa e, por conseguinte, com toda a humanidade, colocando a pessoa cuidada, na melhor situação possível para a obtenção da cura, ao possibilitar uma maior compreensão da dimensão subjetiva da experiência de cuidar (Breneol, Goldberg & Watson, 2019; Watson, 2018). Neste sentido, ao integrar a dimensão moral, o amor e o cuidado humano, é possível olhar a Enfermagem como uma profissão que vai muito para além de uma profissão tecnicista, sendo capaz de “*dar e receber vida*” e, intervir no sentido de ajudar e apoiar a sustentação da dignidade humana (Watson, 2018). A adoção desta consciência *Caritas-Veritas*, que caracteriza este modelo conceptual, permite a incorporação de todas as dimensões do cuidado humano, acolhendo tanto as dimensões do cuidado físico, como as dimensões do cuidado espiritual/metafísico e místico, que conseguem transcender o ser (Watson, 2018). Nesta ótica, a esperança, enquanto dimensão da espiritualidade, integra uma dimensão essencial do cuidado de enfermagem.

Contudo, para que se consiga adotar uma prática baseada neste modelo conceptual, devem ser tidos em conta os dez postulados do *Processo Clinical Caritas-Veritas*, que constituem uma base teórica, filosófica e ética, do cuidado humano. Encontram-se traduzidos em dez palavras, tentando demonstrar a essência de cada um dos elementos. Estas palavras, tal como refere Tonin et al. (2020) vão ao encontro de: *acolher (amor-gentileza)*, convidando o enfermeiro e a pessoa cuidada a integrar um momento de cuidado transpessoal; *instilar (fé-esperança)*, com recurso à presença autêntica e à honra pelo sistema de crenças; *confiar (eu-transpessoal)*, através de práticas de autoconhecimento e de amor próprio; *nutrir (relacionamento)*, desenvolvendo e sustentando uma relação autêntica de cuidado; *perdoar (todos)*, através da aceitação, sem julgamento, e da facilitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; *aprofundar (auto-criativo)*, dando ênfase à dimensão criativa do cuidar, como parte integrante do processo de cuidados; *equilibrar (aprender)*, tentando integrar práticas de

ensino/aprendizagem com a pessoa cuidada, através da incorporação do referencial do outro; *co-criar (campo caritas)*, construindo um ambiente propício ao conforto e ao bem-estar, respeitando a dimensão física, metafísica e mística do cuidado humano; *contribuir (humanidade)*, para a satisfação das necessidades básicas da pessoa cuidada; *e, ser aberto (infinito)*, experienciando a dimensão transpessoal do cuidado.

Mediante o exposto, e no sentido de compreender melhor esta concepção teórica, importa, também, abordar os seus conceitos metaparadigmáticos. Neste sentido, esta orientação teórica, vê a *Enfermagem* como uma disciplina distinta do cuidar, capaz de honrar a humanidade (Watson, 2018). O *Cuidado de Enfermagem*, ou seja, o *Cuidado Humano*, é considerado um compromisso ético e moral que é assumido com a humanidade e com a própria pessoa, adotando uma Consciência *Caritas-Veritas*, que é considerada uma forma de literacia humana essencial na atualidade e uma orientação para a prática. Ainda no âmbito deste conceito metaparadigmático, Watson (2018) entende-o sob a perspetiva do desenvolvimento de um cuidado transpessoal, sendo este um momento de cuidado caracterizado por ser um momento de partilha mútua, entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, um momento recíproco e benéfico para ambos (Breneol, Goldberg & Watson, 2019), reconhecendo as experiências de vida de cada um como experiências únicas, através da junção das duas histórias de vida, o que possibilita alcançar novos significados de vida, resultando num crescimento pessoal para ambos. No entanto, para que o mesmo seja possível, é necessário que haja uma presença autêntica, através da incorporação da mente, do corpo e do espírito, que irá permitir uma abertura à outra pessoa, transcendendo o tempo e o espaço, e permite, concomitantemente, a inclusão de técnicas não convencionais às técnicas convencionais, sendo estas dotadas de um cariz energético, de que é exemplo, o recurso ao silêncio, à simbologia das cores ou aos movimentos. Mediante o exposto, e adotando os pressupostos desta concepção teórica, é perceptível que o cuidado de enfermagem ao adolescente com doença crónica e/ou complexa não é um somente um cuidado físico, mas sim um cuidado que abrange a dimensão física, não-física e metafísica, um cuidado que transcende o adolescente, estando estas dimensões dotadas de igual importância no momento do cuidado. Buck, Oliveira, Dias, Silva & França (2020, p. 687), referem, inclusive, que a adoção desta concepção teórica, na pediatria, permite, ao enfermeiro, transcender o cuidado meramente físico e alcançar a dimensão subjetiva, emocional e espiritual do cuidado de enfermagem

à criança e/ou adolescente, proporcionando, a ambos, a vivência de momentos terapêuticos, dotados de “(...) *amor, carinho, compaixão, empatia e acolhimento.*”

Quanto à *Pessoa*, a teórica salienta que esta não pode ser vista como um objeto, mas sim como um todo, constituída por três dimensões (mente, corpo e alma) (Evangelista et al., 2020; Watson, 2018), pelo que, o adolescente, com a adoção deste referencial teórico, pode ser visto como um ser holístico, dotado de uma singularidade e individualidade únicas, aceitando todas as suas dimensões. A *Saúde*, não é vista como uma mera presença ou ausência de doença, mas antes um processo intrínseco ao ser humano, responsável pela expansão da consciência humana (Evangelista et al., 2020; Watson, 2008, 2018). Relativamente ao *Ambiente*, este não é definido explicitamente pela teórica ao longo das suas obras, tal como é corroborado por Evangelista et al. (2020). No entanto, é possível compreender que a teórica vê os enfermeiros como o próprio ambiente de cuidados e, sendo estes detentores de um campo energético e vibracional, capaz de influenciar todo o campo energético envolvente (Watson, 2008), são capazes de influenciar, de forma positiva ou negativa, tanto a pessoa cuidada como o ambiente de cuidados (Watson, 2018, 2008). Sendo os enfermeiros constituintes e protagonistas do ambiente de cuidados, depreende-se a influência que os enfermeiros podem ter no adolescente que é cuidado, através de atitudes e/ou comportamentos adotados.

No que concerne à inclusão da dimensão da esperança no cuidado de enfermagem ao adolescente, a intervenção do EESIP detém especial importância, uma vez que a esperança integra uma dimensão essencial do cuidado de enfermagem. Esta ideia é enfatizada por Watson (2018), que incorpora a instilação da esperança como o segundo elemento do Processo *Clinical Caritas-Veritas*. De acordo com a autora mencionada anteriormente, a esperança é essencial a todos os indivíduos, possibilitando-lhes lidar com as adversidades. Perante situações adversas, como a doença ou a incerteza, esta detém maior importância, pelo que integra uma dimensão essencial do cuidado humano – a dimensão espiritual. Assim, como é reforçado por Watson (2018), os benefícios terapêuticos provenientes da esperança não podem ser negligenciados, devendo, pelo contrário, ser incorporados e promovidos no cuidado de enfermagem ao adolescente com doença crónica e/ou complexa, uma vez que, “*Com fé e esperança, vê-se a vida como mistério a ser descoberto, em vez de problemas à espera de serem resolvidos.*” (Tonin et al., 2020, p. 8). Tendo em conta que o *caring* detém como foco o cuidado e não apenas o processo de cura, a enfermeira pode promover e manter a instilação da esperança, no

momento do cuidado, como uma intervenção de enfermagem geradora de bem-estar, através do recurso a uma presença autêntica, da incorporação do marco individual de cada pessoa e da honra pelo seu sistema de crenças (Watson, 2018).

Assumindo esta perspetiva teórica e enquadrando o conhecimento científico disponível acerca da esperança na disciplina de Enfermagem, foi necessário sustentar o percurso de desenvolvimento de competências numa teoria de enfermagem prática ou prescritiva. Para este efeito, recorri ao Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança (MIAMPE) (Charepe, 2014), que detém como conceitos centrais a ajuda mútua, a partilha e a esperança. Preconiza uma intervenção que deve estar assente na implementação de propostas gerais de intervenção, definidas no modelo, providenciando aos profissionais, as narrativas específicas que orientam a intervenção. Esta intervenção visa, assim, a disponibilização de suporte emocional, informativo e/ou formativo, bem como instrumental, dependendo das necessidades do grupo, e perspetiva uma intervenção que detém como missão a promoção da esperança, através da implementação de uma intervenção contínua, dinâmica, horizontal e flexível. Define o conceito de esperança como um fenómeno dinâmico e multidimensional, que emerge através da partilha de experiências, detendo grande importância na vida do indivíduo, uma vez que o pode proteger das adversidades. Esta teoria postula, assim, que a intervenção promotora de esperança está sustentada pelos relacionamentos de confiança que são estabelecidos entre os pais, e pressupõe o estabelecimento de uma interação entre os pais ou entre os pais e os profissionais, para que se verifique uma mudança ou a valorização do sentido das experiências de esperança dos pais, bem como a identificação de caminhos alternativos, de forma individual, com vista à resolução de problemas. Detém também como postulados a necessidade de providenciar a facilitação de sentimentos e emoções, bem como a visualização de alternativas, acreditando que ocorrerão mudanças positivas no futuro. Desta forma, a implementação de narrativas terapêuticas propostas pelo MIAMPE, permite ao enfermeiro a adaptação e o recurso às mesmas, como um meio de construção e estabelecimento de uma relação de suporte e confiança com o adolescente, traduzidos por momentos de presença autêntica, que irão permitir a expressão de sentimentos e emoções, bem como a exploração de caminhos alternativos, com o objetivo maior da promoção da esperança do mesmo.

1.3. A esperança no adolescente em contexto de cuidados de enfermagem: a *scoping review*

Resumo

Introdução: A esperança no adolescente possui características essenciais e específicas à compreensão do mesmo. Sendo o adolescente uma população de risco para o desenvolvimento do fenómeno de desesperança, torna-se fulcral compreender qual o conhecimento de enfermagem produzido acerca da esperança no adolescente.

Objetivo: O objetivo desta *scoping review* prende-se com mapear o conhecimento existente sobre a esperança no adolescente, em contexto de cuidados de enfermagem.

Método: Esta *scoping review* foi realizada com base na metodologia da JBI. A pesquisa foi realizada entre 23 e 24 de abril de 2021, com recurso às bases de dados *PubMed* e *Cinahl*, sem qualquer friso temporal, nos idiomas português e inglês.

Resultados: Foram incluídos 20 artigos. A maioria dos estudos defende que a esperança no adolescente é detentora de funções críticas e pode ser influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos, assumindo uma importância acrescida nesta faixa etária. Relativamente às respostas humanas relacionadas com a esperança, poucos estudos descrevem detalhadamente esta questão, contudo foi possível identificar duas respostas humanas, em consonância com os focos de diagnósticos de enfermagem apresentados pela NANDA-I.

Discussão e Conclusão: A esperança, perante doenças crónicas ou complexas, detém uma função protetora nos adolescentes. Destaca-se a existência de duas respostas humanas, preconizadas pela NANDA-I, e corroboradas na presente revisão. Sugere-se a realização de mais estudos, no sentido de apoiar os enfermeiros na correta identificação das respostas humanas do adolescente, relacionadas com o foco de diagnóstico de enfermagem Esperança, podendo auxiliar na correta construção e implementação do processo de cuidados.

Palavras-Chave: Adolescente; Esperança; Cuidados de Enfermagem; Respostas Humanas

Introdução

A esperança no adolescente, é definida por Hinds (2004), como o grau em que o adolescente possui uma crença reconfortante e sustentada pela vida, baseada na realidade, de que existe um futuro possível e positivo para si e para os outros. É considerada uma qualidade interna, que surge no decorrer do processo de interação com os outros, sendo influenciada, de forma positiva ou negativa, por fatores externos (Hinds, 2004; Hinds et al., 1999). Sendo uma crença baseada na realidade (Hinds et al., 1999), torna-se conceitualmente diferente de desejar, na medida em que o desejo se distancia da linha temporal, não sendo detentor de um forte vínculo com a realidade, contrariamente ao objeto de esperança que, sendo baseado na realidade, torna-se exequível no imediato ou num curto espaço de tempo.

Tendo em conta que a esperança no adolescente é caracterizada pela presença de graus ou níveis, tal como preconizado por Hinds (2004), e é, concomitantemente, detentora de uma natureza dinâmica, pode oscilar ao longo do tempo. Assim, a esperança no adolescente, pode ser constituída por quatro dimensões ou níveis hierárquicos, que vão evoluindo de níveis inferiores para níveis superiores. O primeiro nível diz respeito ao **esforço forçado** que corresponde ao nível em que o adolescente tenta, forçosamente, de um modo artificial, ter uma visão mais positiva do futuro. O segundo nível, intitulado de **possibilidades pessoais**, remete-nos para o nível em que o adolescente acredita que pode existir uma segunda oportunidade para si próprio. No que concerne ao terceiro nível, designado por **expectativa de um amanhã melhor**, o adolescente já possui um pensamento, embora ainda não específico, de uma orientação futura positiva. Relativamente ao último nível, que nos remete para a **antecipação de um futuro pessoal**, o adolescente já identifica, autonomamente e de um modo natural, a existência de possibilidades e perspetivas pessoais futuras (Hinds, 2004).

Sendo o adolescente considerado uma população de risco para o desenvolvimento do fenómeno de desesperança (Herdman, Kamitsuru & Lopes 2021), torna-se fulcral compreender qual o conhecimento de enfermagem produzido. Neste sentido, foi realizada uma pesquisa preliminar de possíveis revisões de âmbito ou revisões sistemáticas, através de uma pesquisa na *Prospero* e na *Open Science Framework*. O único resultado encontrado na *Prospero* foi ao encontro de uma síntese temática de estudos qualitativos relacionada com a experiência da esperança, mas direcionada para famílias de crianças e adolescentes com doença crónica. Relativamente à *Open Science Framework*, não se

encontraram resultados em concreto, o que justificou a realização da presente *scoping review*. Assim, esta revisão foi elaborada com base na metodologia proposta pela *Joanna Briggs Institute* (JBI) para *scoping review* (Peters et al., 2020), e tem como objetivo mapear o conhecimento existente sobre a esperança no adolescente em contexto de cuidados de enfermagem.

Importa salientar que esta revisão é parte integrante de um estudo de maior amplitude, inserido numa linha de investigação. Assim, aborda somente o conhecimento existente relacionado com o conceito de esperança no adolescente, em contexto de cuidados de enfermagem, bem como as respostas humanas do adolescente relacionadas com o foco de diagnóstico Esperança, preconizado pela NANDA-I, e pretende responder à questão principal “*Qual o conhecimento de enfermagem produzido acerca da esperança no adolescente em contexto de cuidados de enfermagem?*” e a uma das questões secundárias da revisão major “*Quais as respostas humanas do adolescente relacionadas com a esperança em contexto de cuidados de enfermagem?*”.

Materiais e Métodos

A presente revisão foi realizada de acordo com a metodologia para a elaboração de *scoping reviews* da JBI (Peters et al., 2020), pelo que foi desenvolvido previamente um protocolo para conduzir a revisão, que foi, posteriormente, validado e registado na *Open Science Framework* (ver em Apêndice I).

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa incidiu em duas etapas distintas. A primeira fase incidiu na realização de uma pesquisa livre, em duas bases de dados, *PubMed* e *Cinahl*, com o intuito de analisar os termos mais utilizados, atendendo ao título e ao resumo. Após a pesquisa inicial foi possível identificar os termos mais prevalentes para a efetivação da segunda pesquisa, tendo esta sido realizada com recurso às palavras-chave identificadas na pesquisa anterior, termos indexados para cada base de dados e operadores booleanos. Após a validação dos termos indexados, através dos *MeSH* (Medical Subject Headings) e dos *DeCS* (Descritores em Ciências da Saúde), foi construída uma equação de pesquisa (ver em apêndice I), rigorosa e congruente, com a pesquisa nas bases de dados científicas selecionadas, o que permitiu a realização de uma segunda pesquisa, que decorreu entre 23 e 24 de abril de 2021. Posteriormente, todos os artigos identificados foram inseridos no software de gestão de referências bibliográficas *Mendeley* e foram removidos os

duplicados. A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores independentes, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão. Numa primeira fase, foram analisados os títulos e os resumos e, numa segunda fase, o texto integral, extraíndo a informação pertinente para a elaboração da revisão. As dúvidas ou divergências entre os dois revisores foram solucionadas com recurso a um terceiro revisor. Foram contactados os autores/revistas dos estudos quando os mesmos não se encontravam disponíveis em texto integral, tendo sido excluídos por ausência de resposta. O processo de seleção dos artigos foi realizado com recurso a um fluxograma do processo de revisão (PRISMA-ScR) (*ver em apêndice I*).

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Os estudos incluídos na presente revisão incluíram estudos, com base no acrónimo PCC definido *à priori*, traduzido em população (P): adolescentes; conceito (C): esperança; contexto (C): cuidados de enfermagem. Foram considerados estudos de natureza quantitativa, qualitativa ou mista, nos idiomas português e inglês, publicados em duas bases de dados científicas (*PubMed* e *Cinahl*), sem qualquer friso temporal, visto que o tema em questão não tem sido muito abordado na atualidade. As revisões sistemáticas de literatura que cumpriram os critérios de inclusão foram, também, incluídas, assim como os artigos de opinião. Não houve limitações geográficas para os estudos incluídos. Foram excluídos os artigos que não cumpriram os critérios de inclusão.

Resultados/ Discussão

Extração e Análise de Resultados

A pesquisa inicial, nas duas bases de dados, resultou em 403 artigos. Relativamente à base de dados *PubMed* foram identificados 102 artigos. Após a remoção dos duplicados, ficamos com uma amostra de 97 artigos para análise. Nesta fase, foram excluídos 28 artigos com a avaliação dos títulos e 45 artigos com os resumos, ficando 24 artigos para leitura do texto integral. Dos 24 artigos foram excluídos 12, por não cumprirem os critérios de inclusão, o que resultou numa amostra final de 12 artigos. No que concerne à base de dados *Cinahl*, foram identificados 301 artigos que, após a remoção dos duplicados, originou uma amostra de 284 artigos, dos quais 201 foram excluídos após a leitura dos títulos e 47 após os resumos. Emergiu, assim, uma amostra de 42 artigos para leitura de texto integral. Foram excluídos 21 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão, resultando em 17 artigos incluídos.

Posteriormente, foi realizado um fluxograma conjunto, constatando-se 9 artigos duplicados entre as duas bases de dados, do qual resultou uma amostra final de 20 artigos (Apêndice I). Após a consecução da amostra final, foi necessário proceder à extração de dados para a construção da revisão, pelo que foi realizada uma tabela com o intuito de organizar e agrupar os principais resultados dos diferentes estudos. A tabela encontra-se organizada segundo: dados bibliográficos, objetivo do estudo, desenho de pesquisa, população, conceito, contexto e principais resultados (*ver em apêndice I*). Não houve delimitação do friso temporal, pelo que os estudos compreendem um intervalo de tempo entre 1984 e 2019. A maioria da população abrangida pelos estudos remete-nos para adolescentes com doença oncológica, o que pode constituir uma limitação. A maioria dos estudos (80%) foi publicado nos Estados Unidos da América, o que poderá ser considerada outra limitação.

Esperança no Adolescente

No que concerne à questão principal (“*Qual o conhecimento de enfermagem produzido acerca da esperança no adolescente em contexto dos cuidados de enfermagem?*”), é evidente, ao longo de todos os artigos analisados, que a esperança integra uma componente essencial do cuidado de enfermagem.

Como refere Hendricks-Ferguson (1997), a esperança é considerada um fenómeno subjetivo e complexo, caracterizado pela existência de inúmeras dimensões, razão pela qual tem vindo a ser estudado e descrito por inúmeras disciplinas. É considerada uma característica humana, uma qualidade e uma força interna, que permite ao individuo transcender desilusões e renunciar derrotas, mobilizando-o no sentido do alcance de objetivos (Hinds, Martin & Vogel, 1987). Hendricks-Ferguson (1997), acrescenta o facto de ser considerada uma resposta humana de um individuo ao processo de saúde/doença. Mahon & Yarcheski (2017), no seguimento desta ideia, acrescentam ainda que a esperança se trata de uma força multidimensional, focada em expectativas futuras positivas, podendo ser alvo de reforço por parte de pessoas externas. É detentora de funções críticas, assumindo, na adolescência uma importância acrescida, pelo facto de ser nesta altura que se começam a desenvolver os planos para o futuro. A proteção também é identificada como uma das funções da esperança do adolescente, prevenindo, assim, o fenómeno de desesperança (Mahon & Yarcheski, 2017; Juvakka & Kylmä, 2009; Hinds, 2004; Hinds et al., 1999).

No entanto, apesar de ser abordada por diferentes disciplinas e inúmeros teóricos, a maioria das definições conceptuais de esperança que vigoravam até 1980, iam ao encontro de uma definição proveniente de estudos realizados com a pessoa adulta, pelo que houve necessidade de compreender este conceito na adolescência (Hendricks-Ferguson, 1997; Hinds, 1984). Assim, através de uma *grounded theory*, surgiu o conceito de esperança no adolescente, proposto por Pamela Hinds, em 1984, que tem vindo a ser reformulado desde essa altura, sendo esta definição a que tem tido maior expressão na literatura para a população específica dos adolescentes. Foi reformulada em 2004, pela mesma autora, tendo havido a introdução da dimensão do “*outro*” no próprio conceito, ao invés de apenas a dimensão de si próprio.

Sendo a definição de Hinds (2004) a definição de esperança no adolescente com maior expressão literária, o conceito assume as seis características descritas pela autora, sendo estas: a presença de graus ou níveis, que se repercute em intensidade, impossibilitando a mera atribuição de presença ou ausência de esperança; a presença de uma natureza dinâmica; o facto de ser uma crença; o facto de ser suscetível a mudanças situacionais; ser baseada na realidade; e, por último, de ter um foco orientado para o futuro (Hinds, 2004; Hinds et al., 1999; Hinds & Gattuso, 1991). Juvakka & Kylvä (2009) corroboram esta ideia, ao referirem que a esperança do adolescente constitui um fenómeno bidimensional, traduzindo-se numa esperança como um recurso interno e numa esperança intencional dirigida para algo, ou seja, está intimamente relacionada com uma crença no futuro. No entanto, apesar de esta ser a definição prevalente para a população específica dos adolescentes, Hendricks-Ferguson (1997) enfatiza uma limitação à definição, sendo esta o facto de não abranger a dimensão espiritual, recomendando a inclusão de uma escala de avaliação do bem-estar espiritual.

É perceptível que a esperança do adolescente é influenciada por inúmeros fatores, podendo estes ser intrínsecos ou extrínsecos ao adolescente. No que concerne aos fatores intrínsecos, destaca-se a idade, o género, a fase de desenvolvimento, o bem-estar espiritual, a resiliência e as estratégias de *coping*. Relativamente aos fatores extrínsecos, o único fator encontrado na literatura vai ao encontro do apoio social.

Influência dos Fatores Intrínsecos

Sabe-se que a fase de desenvolvimento e o género podem ser fatores influenciadores dos níveis de esperança do adolescente. Contudo, no que concerne à

influência da variável idade, os dados são controversos. Hinds (2000) constatou que adolescentes com idade inferior a quinze anos estão particularmente suscetíveis às dificuldades inerentes ao diagnóstico da doença crónica ou complexa, pelo que poderão estar em risco de apresentar *scores* de esperança mais baixos, contrariamente aos adolescentes com idade superior a quinze anos que detêm *scores* mais elevados de esperança. Ritchie (2001), vem refutar esta ideia, defendendo que a idade não é uma variável influenciadora dos níveis de esperança do adolescente. No sentido de o esclarecer, Hendricks-Ferguson (2006) conduziu um estudo quantitativo, no qual concluiu que a idade influencia realmente os níveis de esperança do adolescente, sendo que os adolescentes mais novos são detentores de *scores* de esperança mais baixos, uma vez que na fase inicial da adolescência há uma necessidade consciente e constante de se sentirem iguais aos pares e há uma suscetibilidade elevada ao constrangimento e à diferença. Por outro lado, surge na equação a maturidade cognitiva, na medida em que os adolescentes mais novos têm uma menor capacidade de processar informação e de adotar um pensamento abstrato e introspetivo.

O género também parece influenciar a esperança no adolescente, constatando-se que as raparigas detêm níveis mais elevados de esperança do que os rapazes (Hendricks-Ferguson, 2006; Hinds, 2004; Hinds et al., 1999). Este facto parece estar relacionado com a tipologia dos objetos de esperança, apoiando as descobertas realizadas por Hinds et al., (1999), na medida em que as raparigas identificam mais frequentemente a integridade e proximidade familiar durante os tratamentos, a esperança direcionada para os outros e a perspetiva futura positiva, contrariamente aos rapazes que identificam mais frequentemente como objetos de esperança as realizações pessoais e o sucesso, tanto no meio académico como no meio desportivo. Assim, os rapazes acabam por ser detentores de menores níveis de esperança, uma vez que os potenciais efeitos secundários dos tratamentos, as ausências escolares e o isolamento social relativo aos pares poderão ter uma influência negativa sobre os objetos de esperança (Hendricks-Ferguson, 2006).

No que concerne à variável bem-estar espiritual, Hendricks-Ferguson (2008) abordou a sua correlação com a esperança do adolescente, através do desenvolvimento de um estudo quantitativo, descritivo e transversal. Concluiu que, apesar de os níveis de esperança do adolescente não variarem muito ao longo do tempo, sendo este dado congruente com os dados provenientes do estudo realizado por Ritchie (2001), denota-se uma ligeira diminuição dos níveis de esperança do adolescente no período entre os

dois/três anos após o diagnóstico de doença complexa, que coincide, com o período onde se denota uma diminuição dos níveis de bem-estar espiritual. Assim, pode-se concluir que poderá haver uma relação entre a esperança e o bem-estar espiritual do adolescente.

A relação entre a variável resiliência e esperança foi objeto de um estudo com desenho transversal e correlacional, desenvolvido por Scoloveno (2015). O autor concluiu que a resiliência funciona como um forte preditor da esperança do adolescente, uma vez que detém um efeito direto e positivo na esperança do mesmo. Por último o *coping* é descrito por Canty-Mitchell (2001) como um fator influenciador da esperança, apesar de ser identificada uma relação indireta. Wu, Chin, Haase & Chen (2009) explicitam esta ideia, através da condução de um estudo fenomenológico, concluindo que a implementação de estratégias de *coping* contribui para o aumento da confiança e da coragem, resultando num aumento dos níveis de esperança.

Influência de Fatores Extrínsecos

A esperança do adolescente pode, também, ser influenciada, de forma positiva ou negativa, por fatores externos, como atitudes e comportamentos, nomeadamente, dos diferentes membros da família, amigos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, uma vez que, uma condição essencial para a esperança do adolescente prende-se com a interação social com o outro, não podendo ser alcançada de forma isolada (Hinds, 2004; Hinds et al., 1999; Hinds, Martin & Vogel, 1987). Neste sentido, o apoio social é considerado uma variável de extrema importância para a esperança do adolescente. Juvakka & Kylmä (2009), corroboram esta ideia ao afirmarem que a rede social é uma variável de extrema importância na esperança do adolescente, através do apoio emocional que lhe presta, conseguindo-lhe transmitir apoio e positivismo e permitindo-lhe a expressão de sentimentos. Kim, Kim & Kim (2019) acrescentam ainda que o aumento do apoio social permite um aumento dos *scores* de esperança.

Partindo do pressuposto de que a rede social tem importância na esperança do adolescente, Mahon & Yarcheski (2017) conduziram uma meta-análise no sentido de esclarecerem qual a fonte de maior apoio social para a esperança do adolescente, entre pais e amigos, e concluíram que o apoio social detém realmente uma forte influência sobre a esperança do adolescente, e tanto o apoio social dos amigos como dos pais são importantes. No entanto, verificaram que o apoio dos amigos prevaleceu sobre o apoio dos pais, na medida em que os amigos assumem um papel de extrema importância durante

a adolescência. No que concerne aos enfermeiros, Hinds, Martin & Vogel (1987) identificam que os enfermeiros podem ser facilitadores da esperança do adolescente, na medida em que possuem um contacto prolongado com o mesmo (Hinds, 2004; Hinds et al., 1999).

Respostas Humanas

Relativamente à questão secundária “*Quais as respostas humanas do adolescente relacionadas com a esperança em contexto de cuidados de enfermagem?*”, poucos são os estudos que descrevem explicitamente esta questão. No entanto, a partir da análise e síntese dos resultados da presente revisão, foi possível, identificar, mesmo que de uma forma implícita, duas respostas humanas relacionadas com a esperança do adolescente, em consonância com os focos de diagnósticos de enfermagem apresentados pela NANDA-I (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021). Estas respostas humanas encontram-se inseridas no domínio seis, “*auto percepção*”, e na classe um “*autoconceito*”, sendo estas, “Disposição para Esperança Aumentada” (00185) e “Desesperança” (00124).

De facto, os achados relacionados com a resposta humana “Disposição para Esperança Aumentada” prevaleceram nesta revisão, quando comparados com os achados relacionados com a resposta humana “Desesperança”, o que não é surpreendente, tendo em conta que muitos dos artigos incluídos visam compreender o conceito de esperança no adolescente, bem como os fatores relacionados com o mesmo, incluindo, também, os resultados possíveis e positivos provenientes de uma intervenção promotora de esperança. Assim, foi possível identificar, ao longo dos diferentes estudos incluídos, características que permitem efetuar um paralelismo com as características definidoras da necessidade humana “Disposição para a Esperança Aumentada”. Apesar de não ter sido encontrada a totalidade das características definidoras preconizadas por Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021), foram encontrados dados que corroboram nove das doze características definidoras, concluindo-se que a “Disposição para a Esperança Aumentada” é uma resposta humana possível no adolescente, embora seja portadora de algumas especificidades.

Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021) definem, assim, como duas possíveis características definidoras da resposta humana Disposição para Esperança Aumentada a *manifestação do desejo de aumentar a aptidão de estabelecer objetivos realizáveis*, bem como a *manifestação do desejo de ampliar a crença nas possibilidades*. Os dados

provenientes de dois artigos permitem corroborar estas características no adolescente. Hendricks-Ferguson (1997) argumenta que a esperança no adolescente, sendo uma qualidade e uma força interna, orientada por expectativas futuras positivas (Mahon & Yarcheski, 2017), é responsável por lhe permitir definir e/ou redefinir novos objetivos/metapas realistas e alcançáveis. Hinds et al. (1999), através de um estudo experimental e longitudinal, concluiu, também, que a esperança no adolescente, é responsável por lhe possibilitar uma definição realista de objetos de esperança.

No que concerne às características definidoras *manifestação do desejo de aumentar a crença nas possibilidades*, bem como *demonstração do desejo de aprimorar as perspectivas de vida positivas*, importa olhar para a definição de esperança no adolescente, proposta por Pamela Hinds, na medida em que a esperança no adolescente lhe proporciona uma crença, revitalizante e sustentada pela vida, baseada na realidade, de que existe um futuro possível e positivo para si e para os outros (Hinds, 2004). Acrescendo a este fato, Hendricks-Ferguson (1997) defende ainda que, a esperança permite ao adolescente a manifestação do desejo de aumentar a coerência entre as suas próprias expectativas e objetivos, traduzindo-se na adoção de uma crença de que o que espera para si e para os outros é possível e positivo.

A *demonstração da vontade de oferecer e receber cuidados*, evidenciada por Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021), também é identificada por Hinds (2004) no adolescente. Hinds (2004), afirma que a esperança, sendo responsável por conseguir motivar um indivíduo ou um grupo, providencia aos adolescentes maiores probabilidades de expressarem a vontade de tomarem conta de si próprios, de cuidarem dos outros, bem como de responderem positivamente aos cuidados providenciados por outros. No seguimento desta ideia, surge, também, como característica definidora, proposta por Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021), a *manifestação do desejo de ampliar o envolvimento do indivíduo em práticas de autocuidado*. No adolescente, esta característica também se verifica. Hinds (1988), citado por Canty-Mitchell (2001), defende que a esperança constitui um mecanismo de proteção do adolescente capaz de influenciar a capacidade de autocuidado. A esperança, ao lhe fornecer energia e motivação, é responsável por o distanciar da apatia e de o direcionar no sentido do aumento das suas práticas de autocuidado (Canty-Mitchell, 2001).

A *manifestação do desejo de ampliar a resolução de problemas, com vista ao atingimento de metas*, também é uma das características definidoras enunciadas por

Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021), sendo comprovada por Berg & Mascaró (2019) para a adolescência. Estes autores afirmam que a esperança possibilita ao adolescente a criação de inúmeros caminhos alternativos que visam o atingimento de metas e objetivos alcançáveis, bem como a sua adaptação perante eventos de vida inesperados.

A demonstração do desejo de aumentar a percepção do sentido de vida, bem como de *melhorar a dimensão da espiritualidade* são, também, duas características definidoras preconizadas por Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021) e corroboradas por Hendricks-Ferguson (2006) e por Griggs & Walker (2016), ao referirem que a esperança integra uma componente essencial do bem-estar espiritual do adolescente. Hendricks-Ferguson (2006) defende que a esperança é crucial no que concerne à espiritualidade e ao encontro de um sentido de vida nos adolescentes com doença crónica ou oncológica, sendo capaz de influenciar a maneira como os mesmos percebem os factos, e, conseqüentemente o significado que lhes atribuem (Griggs & Walker, 2016). A esperança, ao contribuir para o bem-estar espiritual do adolescente, possibilita-lhe a visualização de um sentido de vida, que supera o momento de crise vivenciado.

Relativamente às características definidoras enunciadas por Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021) relacionadas com a *manifestação do desejo de melhorar a força interior*, *manifestação de estimar o amor fornecido e recebido*, bem como *aumentar a iniciativa*, não foram encontrados quaisquer dados que permitissem comprová-las para a população específica do adolescente.

Após a realização da análise das características definidoras para a necessidade humana “Disposição para a Esperança Aumentada”, importa olhar, também, para os fatores relacionados com a mesma. Apesar de na NANDA-I apenas se constatarem a presença de fatores relacionados com a resposta humana “Desesperança”, foi possível identificar, com a presente revisão, que para a população específica da adolescência existem fatores relacionados com a resposta humana “Disposição para a Esperança Aumentada”, podendo estes ser de natureza intrínseca ou extrínseca. Assim, no que concerne aos fatores intrínsecos, salienta-se a idade (Hendricks-Ferguson, 2006; Ritchie, 2001; Hinds, 2000), o género (Hendricks-Ferguson, 2006; Hinds, 2004; Hinds et al., 1999), o bem-estar espiritual (Hendricks-Ferguson, 2008; Ritchie, 2001), a resiliência (Scoloveno, 2015) e, por último, as estratégias de *coping* (Wu, Chin, Haase & Chen, 2009; Canty-Mitchell, 2001). Relativamente aos fatores extrínsecos, destaca-se o apoio social (Kim, Kim & Kim, 2019; Mahon & Yarcheski, 2017; Kylmä & Juvakka, 2007;

Hinds, 2004; Hinds et al., 1999; Hinds, Martin & Vogel, 1987). Conclui-se ainda que, um apoio social adequado se relaciona com a necessidade humana “Disposição para a Esperança Aumentada” e um apoio social deficitário poderá estar relacionado com a resposta humana “Desesperança”, apoiando, assim, mais um dos achados enunciados por Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021), no que concerne aos fatores relacionados com a resposta humana “Desesperança”.

Conclusão

Esta revisão permitiu mapear e compreender o conhecimento de enfermagem existente relacionado com a esperança no adolescente, dando ênfase às particularidades adjacentes ao conceito, bem como às respostas humanas. Foi possível sistematizar a ideia de que a esperança do adolescente é uma característica humana, uma qualidade e uma força interna, que pode ser influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos. Por outro lado, permitiu reconhecer e apoiar a presença de duas respostas humanas, relacionadas com o foco de diagnóstico Esperança, preconizado pela NANDA-I. Denotou-se uma forte ligação entre fatores intrínsecos e extrínsecos ao adolescente, sugerindo, assim, a presença de fatores relacionados com a necessidade humana “Disposição para a Esperança Aumentada”, que não se encontram descritos na NANDA-I. Importa reforçar que estes fatores foram identificados a partir de uma análise e síntese de resultados obtidos nesta revisão e que foram poucos os estudos identificados que abordam diretamente a questão das respostas humanas relacionadas com a esperança no adolescente, pelo que se depreende a necessidade de realização de mais investigação com o intuito de colmatar a lacuna de conhecimento existente.

A realização de mais estudos poderá amparar os enfermeiros na correta identificação das respostas humanas, em consonância com o foco de diagnóstico de enfermagem esperança, atualmente preconizado na NANDA-I, e, conseqüentemente, auxiliar na correta implementação do processo de cuidados, através da adoção de um raciocínio clínico claro, que levará à identificação de possíveis diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

2. Análise Crítica e Reflexiva sobre o Percurso de Estágio

Aliada à componente teórica, emergiu, também, a componente prática, através da consecução da UC Estágio Final e Relatório, que me permitiu o contacto com os diferentes setores dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, tal como se encontra preconizado pela OE (Regulamento nº 422/2018). Esta UC, sendo composta por três módulos, integrou três momentos distintos de ensino clínico, o que me permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências, gerais e específicas, de EESIP, através da vivência de experiências únicas e enriquecedoras para o meu percurso. Simões, Alarcão & Costa (2008), corroboram a ideia do ensino clínico como um meio fundamental de aquisição de competências, defendendo que estes constituem circunstâncias privilegiadas para o desenvolvimento de competências, bem como para a sistematização dos conhecimentos previamente adquiridos, possibilitando, também, uma reflexão sobre a prática. Contudo, o meu percurso, apesar de incluir os três módulos preconizados, um dos módulos remete para os CSP, ao invés do módulo de Internamento, uma vez que me foi atribuída a creditação ao mesmo. Esta creditação adveio da minha experiência profissional no âmbito de uma unidade de internamento de pediatria cirúrgica, em consonância, com o artigo 6º, do Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, que refere que *“Pode ser creditada a experiência profissional por mais de 3 anos consecutivos, nos últimos 5 anos, quando a mesma se concretizou em contextos semelhantes para os exigidos para as unidades curriculares (...)”* (UCP, 2017, p. 6).

Neste sentido, urge a necessidade de refletir sobre a prática do meu exercício profissional nesta unidade específica. Trata-se de um percurso consecutivo de cerca de 5 anos, que pode ser apresentado como um longo caminho, gerador de um grande conhecimento prático. Esta experiência permitiu-me o desenvolvimento e a aquisição de inúmeras competências essenciais à prática de um EESIP, na medida em que me é exigida a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, em situações de doença/hospitalização, com situações de elevada complexidade e com diferentes graus de dependência. Acrescendo a este fato, surge, também, a particularidade de abranger o período pré e pós-operatório, que acarreta inúmeros desafios. Abrangendo toda a fase do ciclo vital da criança/jovem, incluindo, situações de doença crónica, com alargamento da

faixa etária até aos 21 anos de idade, permitiu-me a aquisição de competências comunicacionais, adaptadas às diferentes fases de desenvolvimento. Por outro lado, o fato de ser uma unidade de internamento cirúrgico, implica a adição de um certo grau ansiogénico, suplementar a uma unidade de internamento e, concomitantemente, implica a integração permanente dos cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios à criança/jovem e família, aliados de todas as suas especificidades, uma vez que, uma intervenção cirúrgica, mesmo que detenha o objetivo major da cura e/ou do aumento da qualidade de vida da criança/jovem, afeta todos os membros da família, representando um evento crítico capaz de gerar o medo e de produzir uma crise familiar (OE, 2011), o que exige, do enfermeiro, uma gestão emocional ponderada.

O envolvimento e a parceria de cuidados com os pais/pessoas significativas emerge, também, como uma das principais premissas, sendo por mim mobilizado diariamente. A adoção do binómio como beneficiário dos meus cuidados, como preconizado pelo Regulamento nº 422/2018, permite-me o estabelecimento de um cuidado de enfermagem promotor da parentalidade, capaz de auxiliar a criança/jovem, em todo o circuito cirúrgico, e de reduzir o medo experienciado por ambos. O envolvimento dos pais, é visto pela OE (2011), como um processo responsável por ajudar a criança/jovem na comunicação e na expressão de sentimentos e emoções, e é, simultaneamente, responsável por apoiar e criar uma relação de confiança com o binómio. Para além dos benefícios que a parceria de cuidados acarreta para a criança/jovem surgem, também, os benefícios para os pais/pessoas significativas, através da capacitação dos mesmos no período pré e pós-operatório, assim como nos cuidados após a alta hospitalar.

Importa salientar ainda que, dada a minha experiência de prestação de cuidados no âmbito de internamento em pediatria cirúrgica, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, assume-se como uma das minhas prioridades, envolvendo o recurso a intervenções autónomas, com a mobilização de conhecimentos e aptidões relacionadas com as terapias não farmacológicas de controlo da dor, bem como as intervenções interdependentes, dando ênfase à gestão das medidas farmacológicas.

Previamente à descrição dos diferentes contextos, surge a necessidade de evocar os resultados da *scoping review*, como um dos aspetos cruciais para a construção e compreensão deste percurso. Estes resultados, para além de terem orientado a minha conduta ao longo dos estágios, fundamentando todo o processo de tomada de decisão,

permitiram-me a aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com o domínio de investigação e da sua inclusão ao nível da prática clínica.

A prática baseada na evidência, como um dos enunciados descritos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012) e, concomitantemente, uma das competências comuns do EE, estando preconizado que o EE “*Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica*” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745), assegura o desenvolvimento e a atualização de conhecimentos, através da incorporação da evidência científica mais atual na prática clínica, conjugando-a, também, com a experiência individual, com o parecer de peritos, bem como com as preferências dos indivíduos (OE, 2006). Contudo, para que haja produção e atualização de conhecimento, é necessário integrar a investigação de enfermagem na prática clínica, devendo a mesmo estar assente em linhas orientadoras reconhecidas para a disciplina. Neste sentido, foram adotados os pressupostos da JBI (Peters et al., 2020), dando origem à *scoping review* mencionada anteriormente. Assim sendo, foi construído um protocolo previamente à realização da revisão. A construção deste protocolo, bem como a consecução da presente revisão, permitiram-me, para além da aquisição de competências de EE, a aquisição e o desenvolvimento de competências inerentes ao grau de mestre. Estas competências, visam espelhar inteiramente os descritores de *Dublin*, e encontram-se evidenciadas no Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem. Referem-se, assim, a cinco dimensões, sendo estas, o saber científico, a compreensão dos fenómenos e a aplicação dos conhecimentos na prática clínica; a construção de julgamentos clínicos rigorosos; a aptidão inerente ao processo comunicacional; bem como as competências essenciais ao processo de aprendizagem contínua e de forma autónoma (UCP, 2017).

Por outro lado, para além da competência e da responsabilidade inerente à construção e encaminhamento dos processos de investigação, o EE detém, também, a competência e a responsabilidade de a divulgar (Regulamento nº 140/2019). Assim sendo, a consecução da presente revisão, permitiu-me, também, o desenvolvimento de competências de síntese de evidência científica, de integração de linhas de investigação, bem como de partilha e divulgação do conhecimento, através da realização de uma Comunicação Livre denominada “*A Esperança na Intervenção Especializada Junto do Adolescente: Resultados Preliminares de uma Scoping Review*” (ver em anexo I), bem como a co-autoria de um *Póster* intitulado “*Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança no Adolescente: scoping review*” (ver em anexo II), inseridos no IV Seminário

Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa: “*Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde*”.

Saliento ainda que, para todo este percurso, foi delineado, previamente, um objetivo geral, transversal a todos os contextos, em consonância com a temática da *scoping review*, sendo este: *adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais de ESSIP, no cuidado de enfermagem à criança/jovem e família, com enfoque na comunicação promotora de esperança*. Posteriormente, tendo em conta o contexto, e dado que este percurso teve por base uma metodologia de trabalho projeto, definida por Ruivo et al. (2010, p. 3) como uma metodologia que tem como principal objetivo “(...) *centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirirem-se capacidades e competências (...)*”, foram definidos objetivos específicos e atividades, de acordo com o diagnóstico situacional elaborado no próprio contexto.

Em síntese, pretendo com este capítulo, realizar uma análise retrospectiva, de teor crítico e reflexivo, do percurso realizado, e do modo de obtenção de competências, procedendo, para tal, a uma breve caracterização do local, diagnóstico situacional, objetivos específicos propostos, assim como atividades delineadas para a sua consecução.

2.1. **Módulo I** – A Comunicação Promotora de Esperança como um Alicerce na Intervenção de Enfermagem ao Adolescente com Excesso de Peso/Obesidade

O primeiro contexto da UC desenvolveu-se numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Grande Lisboa. De acordo com o Decreto-lei nº 73/2017 de 21 de Junho, as USF são definidas como “(...) *unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo (...)*” (Decreto-Lei n. 73, 2017, p. 3128). Em consonância com a tipologia de unidade, trata-se de uma unidade constituída por uma equipa multidisciplinar de 18 elementos, sendo estes, 8 médicos, 6 enfermeiros, 3 assistentes administrativos e 1 interno. Relativamente à equipa de enfermagem, salienta-se a existência de 2 EESIP, 1 EE em Enfermagem Médico-cirúrgica e 3 enfermeiros generalistas. Por se tratar de uma USF, esta funciona em modo de equipas de família, sendo estas constituídas por médico e enfermeiro, o que possibilita um conhecimento mais alargado da família a todos os profissionais de saúde.

Relativamente à caracterização populacional, esta unidade abrange uma população heterogénea, incluindo indivíduos de todas as faixas etárias, em consonância com a

tipologia da unidade. O grupo etário mais prevalente situa-se entre os 7-64 anos, no entanto, enfatiza-se a presença de 7,4% de crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, assim como 9,3% de adolescentes (SNS, 2021), o que me possibilitou o contacto com crianças/jovens e famílias, de todas as faixas etárias.

Trata-se de uma unidade composta por uma sala de espera comum para adultos, idosos e crianças/jovens, duas salas de tratamentos, uma sala de vacinação, um gabinete de saúde materna, um gabinete de saúde infantil e juvenil e oito gabinetes médicos, possibilitando a realização de consultas, tanto médicas, como de enfermagem, ao longo de todo o ciclo de vida, abrangendo as áreas de saúde infantil e juvenil, saúde materna, planeamento familiar e saúde do adulto e do idoso. No que concerne aos projetos vigentes, salienta-se o programa da *Diabetes Mellitus*, bem como o programa de apoio domiciliário. Destaca-se ainda a existência de projetos futuros, que vão ao encontro da implementação de consultas de exercício físico, hipertensão arterial e cessação tabágica.

Para efeitos da realização do diagnóstico situacional, foi-me dada a oportunidade de participar, ativamente, na reunião semanal multidisciplinar e apresentar o enfoque temático a partir dos resultados da *scoping review* mencionada no capítulo anterior. Destes resultados, destaco a função protetora associada ao conceito de esperança do adolescente, no que concerne ao adolescente com doença crónica ou complexa, bem como o facto de permitir ao adolescente transcender desilusões e renunciar derrotas, mobilizando-o no sentido do alcance de objetivos. O facto de a esperança do adolescente poder ser alvo de reforço por parte de pessoas externas, assume-se como um fator crucial no cuidado de enfermagem especializado ao adolescente, sendo o enfermeiro detentor de um papel fulcral na promoção da esperança do mesmo, dado o tempo de contacto e a relação que estabelece com o mesmo. Posteriormente, como resultado da participação na reunião multidisciplinar e, com recurso a uma metodologia dedutiva, foi-me possível a identificação de um problema, sendo este, a elevada prevalência de excesso de peso/obesidade na adolescência e, mais especificamente, ao nível da população-alvo desta unidade, havendo uma necessidade emergente de intervir, no sentido de inverter esta tendência.

De acordo com a OMS (2017), a obesidade infantil é considerada, a nível mundial, um sério problema de saúde pública do século XXI, com maior prevalência nos países desenvolvidos, devido, principalmente, às alterações ocorridas ao nível dos hábitos alimentares e às práticas diárias cada vez mais sedentárias. É considerada uma doença

crónica, dotada de uma prevalência crescente em todo o mundo, e com inúmeras consequências para a saúde da criança/jovem, uma vez que é responsável por uma diminuição da qualidade de vida do mesmo e por um aumento do risco de desenvolvimento de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, apneia do sono, doenças cardiovasculares, asma, problemas do foro músculo-esquelético, isolamento social, baixa autoestima, *bullying* e insucesso escolar. (Ellis & Pant, 2020; OMS, 2017).

No que concerne à realidade mundial, estima-se que cerca de 1 em cada 10 jovens, entre os 5 e os 17 anos de idade, sejam detentores de excesso de peso (OMS, 2017) e, relativamente à realidade europeia, os dados provenientes de um estudo realizado entre 2002 e 2014, permitem aferir que a prevalência da obesidade infantil em 2014 foi de 4%. Já em Portugal, os dados apontam para uma prevalência de cerca de 5% (OMS, 2017). Contudo, os mesmos autores, enfatizam que quando são analisados os dados provenientes do excesso de peso e de obesidade, na adolescência, ascendemos a uma prevalência mais elevada, registando-se cerca de 19%. Esta ideia é corroborada pelo relatório bianual da Organização de Cooperação e do Desenvolvimento Económico (OCDE), referindo que se constata aumentos na prevalência da obesidade na criança/adolescente, a nível europeu, apelando à necessidade de intervenção. A promoção da esperança poderá constituir uma intervenção fulcral, intervindo no sentido do aumento dos *scores* de esperança, e, conseqüentemente, influenciar na adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis (Griggs & Walker, 2016; Hinds et al., 1999; Hinds, Martin & Vogel, 1987), dados os resultados provenientes da promoção da esperança no adolescente em contexto de doença crónica ou complexa identificadas na *scoping review*.

Por outro lado, após ter constatado que, apesar de a prevenção de acidentes ser um tema bastante abordado e privilegiado por todos os elementos, ao nível das diferentes consultas de vigilância de saúde infantil, a abordagem à prevenção de queimaduras nem sempre era uma constante e tornava-se, por vezes, uma área pouco valorizada pela equipa multidisciplinar. Esta desvalorização provém, talvez, do facto de ser uma equipa recém-formada e constituída por elementos de diferentes contextos. Não obstante, denotou-se um interesse particular pela temática, surgindo, assim, mais uma área suscetível de intervenção.

Assim, após a realização deste diagnóstico situacional, delineei três objetivos específicos para o contexto, sendo estes: “*Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família no âmbito das consultas de saúde infantil e*

juvenil”; “*Desenvolver competências comunicacionais com enfoque na promoção da esperança do adolescente com excesso de peso/obesidade*” e “*Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à criança/jovem e família, em cuidados de saúde primários, no âmbito da prevenção de queimaduras em idade pediátrica*”.

Objetivo 1 – Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família no âmbito das consultas de saúde infantil e juvenil

Este contexto, apesar de ter sido realizado numa área bastante diferente da qual me deparo diariamente, foi extremamente enriquecedor para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, tendo tido oportunidade de observar, numa fase inicial, e de colaborar, numa fase posterior, na realização de consultas de vigilância de Saúde Infantil, de todas as faixas etárias, o que me possibilitou o desenvolvimento de competências de EESIP, preconizadas pelo Regulamento n.º 422/2018, estando estas relacionadas com “*Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*”, bem como “*Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192), as quais irei explicitar seguidamente.

A oportunidade de observar e colaborar na realização de consultas de saúde infantil e juvenil, referentes às diferentes fases de desenvolvimento, possibilitou-me o desenvolvimento de competências comunicacionais, adaptadas às diferentes faixas etárias, bem como a diferentes culturas, uma vez que a população abrangida por esta USF, para além da heterogeneidade no que concerne às faixas etárias, também é dotada de uma grande multiculturalidade requerendo, por parte do Enfermeiro, cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis. Aliada à comunicação e à consecução de uma consulta de saúde infantil e juvenil, surge, também, a necessidade de gerir e implementar um plano de cuidados de enfermagem promotor da parentalidade, traduzido pela inclusão dos pais/pessoas significativas em todo o processo. Desta forma, recorri à negociação da participação da criança/jovem, bem como dos pais/pessoas significativas, ao longo das diferentes consultas, e à parceria de cuidados, como estratégias essenciais para a promoção da parentalidade e envolvimento da criança/jovem.

A procura sistemática de oportunidades para intervir junto da criança/jovem e família, na tentativa constante de estimular a opção e adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis, adequados a cada fase de desenvolvimento, também constituiu uma constante

na minha prática, intervindo em consonância com o ideal preconizado pela OE (2010), que refere que os Enfermeiros, em saúde infantil, detêm um papel preponderante no ensino e aconselhamento dos pais/pessoas significativas. Assim, procurei recorrer ao uso de técnicas de reforço positivo, com o intuito de reforçar e motivar boas práticas decorrentes da adoção dos seus papéis, à validação do conhecimento e dos comportamentos adotados pela díade, bem como à realização de educação para a saúde, ao longo das consultas, na tentativa de facilitar a aprendizagem e transmitir o conhecimento necessário para facilitar o desenvolvimento de competências, tanto na criança/jovem, como nos pais/pessoas significativas, abordando as doenças mais comuns na infância e alertando para os sinais e sintomas que motivam a recorrência aos serviços de saúde, bem como as temáticas preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013). Estas vão ao encontro da promoção da saúde oral, logo desde o segundo semestre de vida; do cumprimento do esquema de imunização, imunizando e desmistificando alguns medos e receios relacionados com a vacinação; da promoção de hábitos alimentares saudáveis, dando ênfase à promoção do aleitamento materno e à diversificação alimentar, nas fases iniciais do ciclo de vida; bem como à prevenção de acidentes, abordando os perigos inerentes a cada fase de desenvolvimento, dando ênfase à prevenção de queimaduras em idade pediátrica, dada a minha experiência profissional na área e o potencial adjacente à intervenção em CSP na mitigação desta problemática.

A avaliação criteriosa do crescimento e do desenvolvimento infantil, com a respetiva orientação antecipatória, constitui, também, uma das unidades de competência essenciais à prática de um ESSIP, uma vez que, a infância, é reconhecida pela OE (2010, p. 70) como um “(...) *palco de rápidas e importantes transformações, que irão definir grande parte da sua esfera psico-afetiva.*” e, foi, também, uma das unidades de competência por mim desenvolvidas ao longo deste contexto. Souza et al. (2019), defendem a avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil como uma possibilidade de prevenção e promoção de saúde, bem como de deteção precoce e encaminhamento de situações que podem afetar negativamente a vida da criança/jovem, possibilitando, desta forma, um desenvolvimento adequado ao longo de toda a infância.

Neste sentido, no que concerne à avaliação do crescimento, foi-me facultada a possibilidade de colaborar na realização do exame físico do recém-nascido, destacando a avaliação dos reflexos primitivos do mesmo, bem como na avaliação do peso,

estatura/altura e perímetro cefálico da criança, com registo subsequente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). Como refere Souza et al. (2019), o BSIJ diz respeito a uma ferramenta essencial na vigilância de saúde da criança/jovem, possibilitando ao profissional o registo de informações, a continuidade de cuidados, bem como a responsabilização dos pais/pessoas significativas na vigilância de saúde da criança/jovem. O preenchimento e a interpretação das curvas de crescimento, bem como a análise das mesmas com a criança/jovem e pais/pessoas significativas, constituíram, também, uma prática reiterada ao longo de todo este meu percurso, uma vez que, como refere a DGS (2013), estes deverão ser instrumentos mobilizados com frequência, na medida em que constituem instrumentos essenciais no controlo do crescimento e do estado nutricional.

No que concerne à avaliação do desenvolvimento infantil, tive oportunidade de colaborar na realização da avaliação e promoção do mesmo, recorrendo, para tal, ao uso da escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary-Sheridan* Modificada, tal como preconizado pelo PNSIJ (DGS, 2013), iniciando a avaliação, primeiramente, de uma forma informal, através da visualização e análise de comportamentos adotados na sala de espera, bem como da interação estabelecida entre a díade. Esta avaliação informal advém da necessidade de avaliar a criança enquanto a mesma não é alvo de atenções, o que lhe irá proporcionar uma sensação de maior conforto e liberdade, permitindo ao profissional de saúde, a compreensão de fenómenos importantes no que concerne ao desenvolvimento da criança (DGS, 2013). Posteriormente, optei sempre por negociar a participação da criança/jovem ao longo do processo de avaliação de desenvolvimento, incluindo os pais/pessoas significativas, dado que estes, tal como é defendido pela OE (2010), são considerados os principais promotores do desenvolvimento da criança/jovem. Importa salientar que os resultados obtidos através da aplicação deste instrumento devem ser compreendidos e interpretados como uma referência à normalidade e não como uma regra, uma vez que “*nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento*” (DGS, 2013, p. 58). Contudo, são ferramentas cruciais na avaliação do desenvolvimento, permitindo o reconhecimento de possíveis desvios e possibilitando o agendamento de outras consultas ou o aproveitamento de outros momentos para a vigilância do desenvolvimento, de que é exemplo a vacinação, dado que a avaliação do desenvolvimento “*(...) deverá ter lugar em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e a família e não apenas nas denominadas idades-chave.*” (DGS, 2013, p.

58) e, possibilita, também, a sinalização e o encaminhamento precoce de crianças/jovens onde se denote um atraso ao nível do desenvolvimento (Pinto, 2009).

A realização de ensinios relacionados com a promoção do desenvolvimento, bem como a entrega de um documento escrito com as atividades promotoras de desenvolvimento, adequadas a cada faixa etária, constituiu uma medida apaziguadora para os pais/pessoas significativas, transmitindo-lhes um maior nível de tranquilidade e segurança. Pinto (2009) corrobora esta ideia, argumentando que o aconselhamento dos pais/pessoas significativas no que concerne às atividades promotoras do desenvolvimento pode evitar problemas relacionados com fatores ambientais ou falhas na estimulação.

Outras atividades por mim desenvolvidas prendem-se com a realização de testes de diagnóstico precoce, bem como o cumprimento do esquema vacinal, recorrendo, para tal, à mobilização de conhecimentos e aptidões relacionadas com o uso de técnicas não farmacológicas de controlo da dor, e desenvolvendo, desta forma, mais uma das unidades de competência preconizadas pelo Regulamento n.º 422/2018 que vai ao encontro de “*Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas*” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193).

Objetivo 2 – Desenvolver competências comunicacionais com enfoque na promoção da esperança do adolescente com excesso de peso/obesidade

Em concordância com o diagnóstico situacional elaborado na reunião multidisciplinar, emergiu este segundo objetivo específico e, no sentido de o conseguir atingir, delineei como atividade a realização de uma análise crítica e reflexiva, com recurso ao *Ciclo de Gibbs*, relacionada com a importância do uso de uma comunicação facilitadora/promotora de esperança na intervenção de enfermagem ao adolescente com excesso de peso/obesidade (*ver em apêndice II*).

Esta reflexão foi realizada após uma extensa pesquisa bibliográfica, tendo por base o Guia Orientador de Boas Práticas da OE “*Entrevista ao Adolescente*”, as narrativas terapêuticas promotoras de esperança propostas pelo MIAMPE, a consulta de literatura cinzenta da área, bem como a pesquisa em bases de dados científicas (*PubMed*) e motores de busca (*Google Scholar*). Assim, permitiu-me compreender aprofundadamente a problemática da obesidade na adolescência e relacioná-la com as características psicossociais inerentes a esta faixa etária, culminando na adaptação da entrevista do adolescente, preconizada pela OE (OE, 2010), com a inclusão de narrativas terapêuticas

promotoras de esperança, que se encontram descritas no MIAMPE (Charepe, 2014), resultando na construção de um possível guião de entrevista, (*ver em* apêndice II) para a concretização da entrevista terapêutica, que poderá ser aplicado a adolescentes com excesso de peso/obesidade, em consultas de vigilância de saúde.

De facto, os resultados provenientes da *scoping review* abordada anteriormente não se direcionam exclusivamente para o adolescente com esta condição específica. Contudo, sugerem que a adoção de intervenções cognitivo-comportamentais facilitadoras/promotoras de esperança no adolescente com doença crónica ou complexa são detentoras de resultados positivos no adolescente, uma vez que a esperança, sendo responsável pela aquisição de uma sensação plena de bem-estar, prevenção de desespero e facilitação da aceitação, tolerância e adesão aos tratamentos, tal como defendido por Hinds et al., 1999, detém uma função protetora nos mesmos. Neste sentido, a adoção de estratégias comunicacionais facilitadoras/promotoras de esperança no adolescente com excesso de peso/obesidade, inserem-se na dimensão cognitivo-comportamental, e podem, realmente, contribuir para a adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis.

Importa, também, olhar para as respostas humanas possíveis, relacionadas com o foco de diagnóstico Esperança, presente na NANDA-I (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021) para que se consiga compreender, aprofundadamente, o potencial inerente a uma intervenção desta dimensão. O adolescente com excesso de peso/obesidade poderá apresentar como resposta humana, relacionada com o foco de diagnóstico Esperança, a *Desesperança*, na medida em que pode apresentar, numa fase inicial, uma diminuição da iniciativa, uma manifestação de níveis de esperança reduzidos, bem como a manifestação de uma motivação deficitária face a si próprio, com conseqüente falta de envolvimento em práticas de autocuidado. Daqui se depreende a necessidade de intervir face ao aumento dos *scores* de esperança do mesmo.

Com a realização desta reflexão, foi possível compreender que, frequentemente, o profissional detém a perceção de que a transmissão de informação ao adolescente, no âmbito das consultas de saúde juvenil, é suficiente para a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Contudo, a OE (2010), vem refutar esta ideia ao referir que “(...) a *informação não é suficiente para provocar mudanças*” (OE, 2010, p. 13) e que é necessário implementar intervenções de apoio, individualizadas, de cariz cognitivo-comportamental, que visem o alcance da motivação, do controlo na tomada de decisão,

bem como da autoconfiança. Assim, através da mobilização da entrevista do adolescente e da adaptação das narrativas terapêuticas propostas pelo MIAMPE, é possível intervir no sentido de proporcionar um acolhimento adequado ao adolescente, recorrendo ao uso de um *Kit* de acolhimento, constituído por uma carta ou folheto de “boas-vindas”. A construção de uma relação terapêutica facilitadora de esperança, torna-se essencial, sendo necessário recorrer, primeiramente, à apresentação dos diferentes elementos presentes na consulta e à possibilidade da realização da mesma na ausência dos pais/pessoas significativas, após a apresentação, com o intuito de estimular a autonomia e a tomada de decisão do mesmo. A adoção de diferentes tipos de técnicas de apoio narrativo emerge na fase exploratória da entrevista ao adolescente, apelando ao envolvimento do enfermeiro e à transmissão de empatia, recorrendo, para tal, à honestidade, à disponibilidade e ao interesse. Estas ideias são apoiadas por Yerges, Snethen & Carrel (2020), ao referirem que o estilo de comunicação adotado pelos profissionais de saúde detém influência sobre o interesse e motivação dos adolescentes, sendo a energia e o envolvimento do profissional fatores cruciais para que o adolescente se sinta ouvido e envolvido. A definição e/ou redefinição de metas e objetivos alcançáveis, poderá constituir uma das etapas da fase resolutive da entrevista, agindo no sentido da facilitação do delineamento, por parte do adolescente, de metas e objetivos alcançáveis a curto prazo, relativamente à perda de peso, envolvendo, para tal, a construção de um possível diário de esperança, bem como a implementação da pergunta escala, permitindo, ao enfermeiro, a avaliação dos níveis de esperança em cada meta traçada.

Esta intervenção, ao providenciar um aumento dos *scores* de esperança do adolescente, poderá potenciar uma modificação da resposta humana *Desesperança* (Herdman, Kamitsurur & Lopes, 2021) e a adoção da resposta humana *Disposição para a Esperança Aumentada* (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021). Esta resposta humana poderá, assim, estar traduzida por uma manifestação do desejo de ampliar a crença nas possibilidades, de aprimorar as perspetivas de vida positivas, de aumentar a vontade de oferecer e receber cuidados, bem como da manifestação do desejo de ampliar o envolvimento em práticas de autocuidado, com conseqüente adoção de estilos de vida mais saudáveis, bem como um aumento na capacidade de autocuidado, sendo estes imprescindíveis para a prevenção e inversão desta doença crónica. Esta ideia é apoiada por Griggs & Walker (2016), na medida em que os autores defendem que os profissionais de saúde se devem focar nos pontos fortes e instilar esperança nos adolescentes com

doença crónica, utilizando, para tal, uma intervenção de enfermagem promotora de esperança.

Apesar de não me ter sido possível implementar o guião de entrevista proposto durante a realização do estágio, dado o limite temporal adjacente ao mesmo e a escassez de consultas de saúde juvenil com adolescentes com excesso de peso/obesidade, a realização da reflexão permitiu-me aumentar a minha consciência para a importância da adaptação da comunicação, possibilitando-me a aquisição das unidades de competência de EESIP relacionadas com “*Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193), com especial enfoque na reflexão sobre intervenções promotoras de esperança, bem como “*Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde*” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19194).

Objetivo 3 - Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à criança/jovem e família, em cuidados de saúde primários, no âmbito da prevenção de queimaduras em idade pediátrica

No sentido de alcançar o terceiro objetivo específico delineado para este contexto, defini como atividade a realização de uma ação de formação, dirigida à equipa multidisciplinar, relacionada com a prevenção de queimaduras em idade pediátrica, dando ênfase à prevalência da queimadura em idade pediátrica, tanto a nível mundial e europeu, como a nível da realidade inerente à unidade onde desempenho funções, através de um estudo desenvolvido por Morão et al. (2017), no sentido de despertar a atenção para um fenómeno bastante prevalente e com um potencial de prevenção elevado ao nível dos CSP.

Esta ação de formação foi devidamente planeada, através da realização de um Plano de Formação (*ver em* apêndice III), e divulgada à equipa. Posteriormente, foi apresentada à equipa multidisciplinar, com recurso a uma apresentação curta intitulada “*Prevenção de Queimaduras em Idade Pediátrica – Pequenos Gestos que Salvam Vidas*”, (*ver em* apêndice IV). Teve como objetivos compreender a prevalência da queimadura em idade pediátrica, identificar os tipos de queimadura mais frequentes em idade pediátrica e as suas consequências para a criança/jovem e família, e descrever intervenções relacionadas com a prevenção de queimaduras em idade pediátrica. No final da sessão providenciei a visualização de um vídeo, abrindo espaço para o debate e partilha

entre todos os elementos presentes, tendo sido possível perceber a utilidade da sessão junto da equipa multidisciplinar.

A consecução desta atividade permitiu-me o atingimento do objetivo específico proposto, bem como o desenvolvimento de unidades de competência comuns de EE no que concerne à competência “*Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*” (Regulamento nº 140/2019, p. 4749). Concomitantemente, consegui adotar uma postura de facilitação da aprendizagem no contexto, identificando lacunas de conhecimento na equipa e a necessidade formativa relacionada com a prevenção de queimaduras em idade pediátrica, intervindo como formadora oportuna e dinamizadora da incorporação de novo conhecimento na prática clínica, através do planeamento, gestão e realização da ação formativa. Não obstante, surge a necessidade de evocar as competências de mestre adquiridas com a consecução desta atividade que se encontram evidenciadas no Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem (UCP, 2017, p. 4) e que vão ao encontro de “*Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*”, “*Promover a formação em serviço na área de especialidade*” e “*Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialidade*”.

2.2. Módulo II – Restrição da Presença Parental na UCIN - *uma realidade de um contexto pandémico, uma necessidade de intervenção*

O segundo contexto de estágio decorreu num Hospital Central de Lisboa, numa UCIN de nível III, que corresponde a uma unidade de máxima complexidade.

Trata-se de uma unidade que rege a prática de cuidados de enfermagem a partir do Programa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento (NIDCAP®), bem como através da adoção da filosofia dos cuidados centrados na família. Recebe recém-nascidos (RN) por três vias distintas, sendo estas, o bloco de partos, o serviço de obstetrícia, bem como o transporte inter-hospitalar pediátrico, tendo como lotação máxima dezanove vagas, distribuídas ao longo de quatro espaços distintos, e com diferenciação entre vagas de cuidados intensivos e de cuidados intermédios. Compreende, assim, oito vagas na sala de cuidados intensivos; oito vagas na sala de cuidados intermédios, recebendo RN que já não necessitam de uma vigilância intensiva, mas que ainda requerem cuidados intermédios, nomeadamente ao nível da autonomia ventilatória ou alimentar; uma vaga de cuidados intensivos/intermédios, na sala polivalente, reservada a RN com suspeita ou confirmação de COVID-19; bem como duas vagas de cuidados intermédios, na sala de isolamento, adaptada para receber RN com necessidade de isolamento ou necessidade de

cuidados paliativos. Para além destes quatro espaços físicos, destaca-se, também, a existência de uma sala destinada aos pais, com o intuito de lhes proporcionar um espaço de repouso e leitura, através de um espaço bibliotecário, bem como uma área reservada à extração de leite materno, constituindo uma medida promotora do aleitamento materno vigente na unidade. Importa enfatizar que, no corredor, se encontra disponível um quadro de esperança, bem como um *placard* com relatos de sucesso, passível de ser preenchido pelos pais/pessoas significativas.

Relativamente à equipa, a Unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar, que inclui médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, um assistente administrativo, uma assistente social, uma terapeuta da fala, uma fisioterapeuta e uma psicóloga. A equipa de enfermagem é constituída por 44 enfermeiros, dos quais 7 são EESIP. No que concerne ao método de trabalho, esta unidade privilegia o método de “*enfermeiro de referência*”, na tentativa de funcionar como um elo de ligação na sistematização da aquisição de competências parentais, esclarecimento de dúvidas e realização de telefonema pós-alta. A adoção deste método de trabalho vai ao encontro do preconizado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017), na medida em que vêm o enfermeiro de referência como um método de trabalho crucial na prestação de cuidados de enfermagem complexos. Neste sentido, o contacto com esta metodologia de trabalho, associada ao fato de a enfermeira orientadora desempenhar funções de chefia de equipa, foi extremamente enriquecedor para o meu percurso, permitindo-me, através da observação, aprimorar competências de EE relacionadas com a liderança e a gestão de recursos, e, mais especificamente com a unidade de competência “*Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados*” (Regulamento nº 140/2019, p. 4748), uma vez que, aliada à responsabilidade de prestação de cuidados, advinha, também, a necessidade de distribuição dos diferentes elementos, nas diferentes salas, negociando e coordenando a equipa de acordo com as necessidades e tipologia de cuidados.

Tendo em conta a metodologia de trabalho projeto, e a fim de realizar um diagnóstico situacional do próprio contexto, recorri, ao longo da primeira semana, a um instrumento de diagnóstico – a análise SWOT. De acordo com Ruivo et al. (2010), a análise SWOT constitui um dos instrumentos mais utilizados na identificação de diagnósticos situacionais, permitindo a realização de uma comparação entre aspetos

positivos (forças e oportunidades) e aspetos negativos (fraquezas e ameaças), de natureza intrínseca e extrínseca, adjacentes ao problema identificado no contexto. Assim, para este efeito, realizei uma observação não estruturada, bem como uma entrevista não estruturada, dirigida à enfermeira orientadora. A observação não estruturada decorreu ao longo dos dois primeiros dias de estágio, permitindo-me compreender que os pais não se encontravam presentes na UCIN durante a totalidade do dia, mas sim apenas por um período, sendo este de manhã ou de tarde. Acrescendo a este facto, foi possível observar, no corredor, uma folha de inscrição para a visita do dia seguinte, com a escolha do período mais conveniente para cada progenitor, com o intuito de realizar uma distribuição equitativa nas diferentes salas ao longo do dia, e evitando, assim, a presença de mais de 8 pais, simultaneamente, na mesma sala. Foi neste sentido que senti necessidade de compreender mais aprofundadamente a problemática inerente ao acompanhamento dos pais aos RN, no decorrer da pandemia por COVID-19, numa unidade de neonatologia. Assim, através da entrevista supramencionada, utilizei duas questões abertas “*Como funciona o regime de acompanhamento dos pais ao RN durante a pandemia por COVID-19?*” e “*Que ações podem ser realizadas para melhorar a prática de cuidados de enfermagem relacionados com a restrição das visitas ao RN no decorrer da pandemia por COVID-19?*”. A resposta permitiu-me inferir que a temática da restrição de visitas dos pais ao RN na UCIN era uma temática importante, pertinente para o contexto, representando uma preocupação de toda a equipa. Posteriormente, os dados recolhidos permitiram-me a construção de uma análise SWOT (*ver em apêndice V*).

Após a realização do diagnóstico situacional, defini dois objetivos específicos, sendo estes “*Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN prematuro e/ou criticamente doente, e família, em contexto de neonatologia*” e “*Contribuir e reforçar, junto da equipa, a necessidade de adotar uma prática promotora da parentalidade, em contexto de crise pandémica, numa UCIN*”.

Objetivo 1 – Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN prematuro e/ou criticamente doente, e família, em contexto de neonatologia

A prestação de cuidados de enfermagem ao RN prematuro e/ou criticamente doente e família, assim como o contacto com toda a realidade inerente a uma UCIN, constituiu um enorme desafio para mim, tanto em termos pessoais, como profissionais. Trata-se de um contexto completamente fora da minha experiência profissional, o que

acabou por me despoletar um certo grau de ansiedade, na medida em que o RN prematuro e/ou criticamente doente, é um ser dotado de uma vulnerabilidade acrescida, que é traduzida por um vero grau de fragilidade, imaturidade e instabilidade. Ramos, Vilaça & Mendes (2020), argumentam que a imaturidade neurofisiológica que tanto caracteriza o RN prematuro, é responsável tanto pela sua vulnerabilidade, no que concerne a algumas patologias, como à elevada sensibilidade aos estímulos ambientais, de que são exemplo a luz, o som ou o movimento. Assim, toda esta vulnerabilidade, exige do enfermeiro, a prestação de cuidados diferenciados, requerendo tanto de competências técnicas e científicas, como de competências de teor ético e relacional, no sentido de conseguir intervir perante toda esta complexidade, pelo que, constituiu um local de aprendizagem privilegiado e impulsionador da minha aquisição e desenvolvimento de competências.

Consciente deste desafio, senti, primeiramente, uma necessidade de desenvolver e aprofundar os meus conhecimentos na área, a fim de conseguir colmatar algumas lacunas no meu conhecimento e intervir adotando uma prática de cuidados segura e responsável, baseada na evidência científica mais atual, em consonância com o domínio de responsabilidade profissional, ética e legal inerente à prática de um EE. A consulta de normas e procedimentos institucionais e a extensa pesquisa bibliográfica foram fulcrais para todo o meu processo de tomada de decisão, possibilitando-me a consecução de uma prática com vista a *“suporta a tomada de decisão e juízo baseado no conhecimento e experiência”* (Regulamento nº 140/2019, p. 4746), bem como em *“seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções”* (Regulamento nº 140/2019, p. 4746). No seguimento desta ideia, e em harmonia com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, preconizadas nas competências gerais do EE, e mais especificamente com a competência *“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”* (Regulamento nº 140/2019, p. 4749), destaco a oportunidade que tive de assistir ao seminário *online* do 15º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, intitulado de *“Os Primeiros Anos – Desafios de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil”* (ver em anexo III), que me permitiu a aquisição e a sistematização de conhecimentos relativos ao cuidado de enfermagem ao RN prematuro, abordando temáticas como a colostroterapia, a hipotermia induzida, o NIDCAP®, o método canguru, bem como o impacto da pandemia por COVID-19 no processo de vinculação numa UCIN.

Quanto à prestação de cuidados, a observação, a colaboração progressiva com a equipa multidisciplinar, bem como a partilha e reforço positivo constante providenciado pela enfermeira orientadora, e pela restante equipa, constituíram a base para a compreensão das potencialidades inerentes à intervenção de um EESIP numa UCIN, bem como o desenvolvimento de duas competências de EESIP, que vão ao encontro de “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193) e “*Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19194), as quais irei explicar seguidamente.

Assim, ao longo do contexto, tive oportunidade de observar, numa primeira fase, e de colaborar ativamente, numa fase posterior, na prestação de cuidados de enfermagem ao RN prematuro e/ou criticamente doente, e família, ao nível de três salas, sendo estas a sala de cuidados intensivos, a sala cuidados intermédios e a sala de isolamento, o que constituiu, sem dúvida, uma mais-valia no meu percurso de desenvolvimento profissional. A UCIN, em virtude da sua elevada componente tecnológica e da complexidade de situações e cuidados, constitui um ambiente hostil, gerador de ansiedade e *stress*, tanto para o RN como para os pais/pessoas significativas. Não obstante, advém a necessidade de aliar uma prática humanizadora a todo o ambiente tecnológico envolvente, uma vez que, de acordo com os pressupostos da Ciência do Cuidado Unitário, o ambiente envolvente ao momento do cuidado, deve ser um ambiente protetor, reconfortante e capaz de sustentar a pessoa cuidada, o que implica que seja um ambiente de cuidados devidamente estruturado e pensado (Watson, 2018). Foi neste sentido que compreendi a necessidade de intervir adotando uma prática que visa o recurso aos cuidados neuroprotetores, agindo no sentido de diminuir os estímulos ambientais nocivos para o desenvolvimento do RN, de que são exemplo a luz, o som, o posicionamento, a manipulação excessiva, a promoção do sono e do repouso, assim como a minimização do *stress* e dos procedimentos dolorosos. Ramos, Vilaça & Mendes (2020) corroboram esta ideia, ao afirmarem que os cuidados neuroprotetores constituem uma forma de providenciar os estímulos necessários à manutenção do neurodesenvolvimento harmonioso do RN prematuro, dado que o ambiente extrauterino é responsável por lhes fornecer uma panóplia de estímulos que, não estando capacitados para os processar, acabam por ser interpretados como uma hiperestimulação, com efeitos nefastos para o seu desenvolvimento.

Aliado aos cuidados neuroprotetores, emerge, também, a necessidade de adotar uma conduta de cuidados alinhada com o programa NIDCAP®. Esta prática reflete uma prestação de cuidados promotores do desenvolvimento, ao permitir a observação atenta e consciente do comportamento do RN e do ambiente que o rodeia, e o posterior planeamento dos cuidados (Santos, 2011). Tudo isto me proporcionou o reconhecimento da necessidade de providenciar ao RN e família um ambiente acolhedor, afetuoso e promotor do desenvolvimento, ambiente esse responsável por potenciar uma redução da ansiedade, do medo e da angústia experienciados ao longo do período de internamento, e contribuir para a promoção do desenvolvimento infantil. O incentivo para a presença de objetos pessoais providenciados pelos pais/pessoas significativas, como fraldas de pano ou peluches, junto da unidade do RN, constitui uma das medidas incentivadas na unidade, tendo sido uma constante na minha prática ao longo deste contexto, o que me permitiu o desenvolvimento da competência de EE “*Garante um ambiente terapêutico e seguro*” (Regulamento nº 140/2019, p. 4747), e, mais especificamente da unidade de competência, “*Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo*” (Regulamento nº 140/2019, p. 4747), possibilitando a humanização do ambiente de cuidados, bem como o reconhecimento da gestão do ambiente de cuidados como uma condição essencial ao cuidado de enfermagem.

A oportunidade de participar e colaborar na prestação de cuidados ao RN prematuro e/ou criticamente doente e família, permitiu-me, também, a aquisição e o desenvolvimento de competências ao nível do reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais, intervindo no sentido da mobilização dos conhecimentos e habilidades adquiridas e sistematizadas, que visam uma resposta rápida e antecipatória, atuando no sentido da maximização da sua saúde. Aliada à maximização da saúde, à promoção da esperança e do bem-estar, bem como à promoção do desenvolvimento infantil, emerge, também, a necessidade de ver os pais/pessoas significativas como parceiros ativos, ao longo de todo o processo de cuidados, atendendo às necessidades, potencialidades e situação clínica do RN, uma vez que, tal como é enfatizado por Ramos, Vilaça & Mendes (2020), e em consonância com o preconizado pela OE (2018), os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados para os seus filhos, pelo que a promoção da vinculação, de uma forma metódica, se assume como uma das competências essenciais do EESIP no cuidar de enfermagem em neonatologia, e uma das competências por mim desenvolvida ao longo do contexto. Apesar de não ter conseguido desenvolver

esta competência tanto quanto gostaria, em consequência da situação pandémica, consegui compreender que os pais experienciam medo e receio na manipulação do seu filho, quando chegam à Unidade, em consequência do ambiente que os rodeia, sendo essencial desmitificar as suas ideias, com o intuito de lhes proporcionar o estabelecimento do processo vincutivo e a criação de laços. Ramos, Vilaça & Mendes (2020), corroboram esta ideia ao referir que os enfermeiros detêm um papel primordial na promoção das competências parentais. Assim, ao longo do estágio, procedi, de uma forma progressiva, à negociação, ao envolvimento e ao incentivo da participação dos pais/pessoas significativas nos cuidados prestados ao RN, sempre que possível, dadas as implicações inerentes ao contexto pandémico, e possibilitando o desenvolvimento do papel parental e a construção do vínculo afetivo. Amorim, Alves, Barros & Silva (2016), reforçam esta ideia, ao referir que os pais, para além das necessidades de conforto, necessitam, também, de se sentir incluídos na equipa multidisciplinar, devendo ser providenciada a possibilidade de tocarem, participarem e estabelecerem laços afetivos.

A comunicação também deteve um papel fulcral, ao longo de todo este processo, uma vez que o uso de uma comunicação eficaz, dotada de clareza, é visto por Ramos, Vilaça & Mendes (2020), como a base para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. Assim, a transmissão de informação, precisa e clara, desde o momento da admissão na unidade, foi uma constante, recorrendo sempre à honestidade e à escuta ativa, com o intuito de providenciar o apoio emocional necessário.

Por outro lado, surge a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN como uma das unidades de competência do EESIP por mim aprimoradas ao longo deste contexto. Tal como refere Vieira, Harrison & Bueno (2017), a vulnerabilidade e a fragilidade inerente ao RN prematuro tem que ser tida em conta perante a imensidão de procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos. Os autores enfatizam ainda as especificidades da dor, bem como as suas repercussões, a curto, médio e longo prazo, no desenvolvimento do RN pré-termo, pelo que a gestão diferenciada da dor se assume como uma competência fulcral no cuidado de enfermagem especializado numa UCIN. A DGS (2010), explicita esta ideia ao referir que em resultado da imaturidade neurobiológica, os RN prematuros detêm uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos, sendo as experiências dolorosas e repetidas, responsáveis por alterações na sensibilidade dolorosa, bem como na resposta futura ao *stress*. Assim, a dor inerente a procedimentos dolorosos deve ser apaziguada e/ou eliminada, através do recurso a intervenções farmacológicas e

não farmacológicas. Esta ideia fundamenta a necessidade de atender aos parâmetros fisiológicos e comportamentais do RN, bem como à realização de uma monitorização sistemática da dor, com recurso a escalas. Assim, ao longo do estágio, foi-me possível o aprimoramento desta unidade de competência, recorrendo ao reconhecimento dos parâmetros acima mencionados, de uma forma sistemática, em conjunto com a aplicação de escalas de avaliação da dor, de que são exemplo a escala comportamental NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) ou a escala N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*), de acordo com a situação clínica do RN, e articulando, posteriormente, com a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor.

Objetivo 2 - Contribuir e reforçar, junto da equipa, a necessidade de adotar uma prática promotora da parentalidade, em contexto de crise pandémica, numa UCIN

Em consonância com o diagnóstico situacional elaborado no contexto, emergiu este segundo objetivo específico. Assim, no sentido de o conseguir atingir, delineei como atividades a realização de duas sessões de *focus group*, à equipa de enfermagem, utilizando como estímulo a evidência científica existente, a nível mundial e nacional, e, recorrendo, concomitantemente, a uma entrevista apreciativa, com o intuito de valorizar o contexto e promover uma reflexão na equipa relativamente às intervenções/atividades de enfermagem passíveis de serem implementadas, com o intuito de alcançar uma redução do impacto da restrição das visitas parentais na UCIN, tanto nos pais/pessoas significativas, como nos RN, e mantendo uma prática promotora da parentalidade, mesmo em contexto pandémico.

As sessões de *focus group* foram concretizadas após a realização de uma extensa pesquisa bibliográfica com recurso a bases de dados científicas (*PubMed*) e motores de busca (*Google Scholar*), com o intuito de compreender a dimensão desta problemática, quer a nível mundial quer a nível nacional, e permitiu-me concluir que, de fato, o modelo dos cuidados centrados na família, aliado a todos os seus benefícios, foi implementado nas UCIN desde a década de 80, com o intuito de envolver, encorajar e capacitar os pais a participarem ativamente nos cuidados prestados ao RN (Muniraman et al., 2020). No entanto, para que se consiga implementar este tipo de modelo é essencial que haja a permissão da presença parental nas unidades, sendo esta uma constante até ao início do ano de 2020 (Darcy-Mahoney et al., 2020). Com o aparecimento da pandemia por COVID-19, verificaram-se reestruturações nos serviços hospitalares, que incluíram restrições severas no regime de visitas. As restrições nas visitas parentais nas UCIN não

foram exceção, verificando-se que se trata de uma realidade a nível mundial, sendo este fato comprovado pelos dados provenientes de um estudo realizado por Darcy-Mahoney et al. (2020), nos Estados Unidos da América. No que concerne à realidade nacional, Silva & Apóstolo (2021) conduziram um estudo descritivo, incluindo 23 unidades neonatais ou maternidades, e concluíram que houve uma redução bastante significativa em termos de permissão da presença parental, havendo uma redução em cerca de um terço das unidades que permitem a presença parental sem restrição, bem como unidades que restringiram totalmente a visita parental. Embora haja evidência relacionada com a importância da presença parental nas UCIN, e do recurso aos pais/pessoas significativas como parceiros ativos nos cuidados ao RN, as normas e políticas institucionais prevalecem. É neste sentido que, as Unidades, detêm um papel preponderante na identificação de formas criativas e alternativas que permitam aos pais a redução do sentimento de ausência e de sofrimento emocional relacionado com a restrição da visita, e um aumento do sentimento de presença e inclusão na vida do RN, intervindo no sentido de evitar as consequências nefastas decorrentes da restrição das visitas, tanto para os pais como para os RN (Murray & Swanson, 2020).

Após a realização da pesquisa bibliográfica, procedi à realização das duas sessões de *focus group*. O *focus group* é uma técnica de recolha de dados, simples e rápida, frequentemente utilizada em contextos de saúde, que permite ao investigador, através de uma interação grupal, a obtenção de dados em torno de um interesse comum, que seriam menos acessíveis fora do contexto de interação, gerando conhecimento sobre atitudes, percepções, sentimentos e necessidades da população-alvo (Busanello et al., 2013; Barbosa, 2012). Como é enfatizado por Backes, Colomé, Erdmann & Lunardi (2011), esta técnica vai ao encontro da consecução de uma entrevista grupal, na qual a interação entre os diferentes participantes assume um lugar de destaque e permite a exploração do seu ponto de vista sobre o tema. Barbosa (2012) refere ainda que se trata de uma técnica frequentemente utilizada por enfermeiros, uma vez que para além da recolha de dados permite, também, a promoção de uma reflexão nos participantes relativamente às suas próprias concepções que outras técnicas de recolha de dados não permitem. Em suma, trata-se de uma técnica extremamente rica, tanto para o investigador como para os participantes, proporcionando uma oportunidade de autoconhecimento e de reflexão relativa a práticas quotidianas, incutindo nos participantes um pensamento crítico e reflexivo (Busanello et al., 2013). Para a consecução das mesmas, assegurei a autorização

formal e os termos de consentimento livre e esclarecido. Para tal, procedi à elaboração de um convite de participação para as sessões de *focus group*, explicitando a temática e assegurando a confidencialidade dos dados. O convite foi divulgado a toda a equipa de enfermagem, através do email da formação do serviço, e após a autorização formal da Enfermeira Chefe. O consentimento para a participação foi ao encontro da permanência na sessão, tendo sido assegurado que poderia ser abandonada em qualquer altura, sem prejuízo (*ver em* apêndice VI). Posteriormente, procedi à construção de um guião, procurando aprofundar a perceção dos enfermeiros da Unidade no que concerne ao impacto da restrição da visita parental na UCIN, em contexto pandémico, tanto para os pais/pessoas significativas, como para os RN, os sentimentos e emoções que emergiram com esta restrição, bem como estratégias possíveis de serem implementadas com o intuito de reduzir este impacto na díade (*ver em* apêndice VII).

Realizei duas sessões, de trinta minutos, em dois momentos distintos, tendo obtido uma amostra final de dez enfermeiros. De acordo com vários autores consultados, não há um consenso relativo ao número de elementos ideal para a elaboração de um *focus group*, contudo, há autores que defendem que este deve ter no mínimo quatro, e no máximo quinze participantes, sendo que grupos mais pequenos estão mais indicados quando o objetivo é alcançar uma perceção aprofundada de cada elemento sobre o tema em questão (Busanello et al., 2013; Barbosa, 2012; Backes, Colomé, Erdmann & Lunardi, 2011). Antes da realização da sessão procedi à entrega de uma folha para a caracterização da amostra dos enfermeiros incluídos nas sessões (*ver em* apêndice VIII). A amostra foi heterogénea, incluindo enfermeiros generalistas e especialistas, com o intuito de promover uma reflexão entre toda a equipa, sem distinção pelo grau académico. Obtive, assim, uma amostra final de 22,7% da equipa, e uma média de experiência profissional de 8,9 anos. No que concerne à percentagem de enfermeiros generalistas e especialistas, denotou-se uma grande discrepância (90% *Vs* 10%), estando na sua origem o facto de haver apenas um EESIP por equipa. Após uma breve apresentação e explicitação do objetivo da sessão (*ver em* apêndice IX), procedi à leitura de um curto texto relacionado com a temática, uma vez que, tal como refere Barbosa (2012), a utilização de pequenas frases pode funcionar como um elemento facilitador do debate. Posteriormente, coloquei apenas quatro questões abertas, de uma forma ponderada, tentando evitar a dispersão ou o cansaço do grupo (Barbosa, 2012). No final, foi criado um espaço aberto para partilha, seguindo-se a síntese da sessão, bem como um agradecimento pela presença de todos.

Após a realização das duas sessões, procedi à análise dos resultados, sintetizando e agrupando os subtemas que emergiram das duas sessões, à luz da evidência científica, e procedi à construção de um infográfico intitulado de “*Intervenções/Atividades de Enfermagem Promotoras da Parentalidade em Contexto de Restrição por COVID-19 numa UCIN*” (ver em apêndice X), que foi apresentado e disponibilizado ao serviço.

A realização desta atividade permitiu-me a consecução do segundo objetivo específico, bem como a aquisição de competências comuns de EE no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, bem como da Melhoria Contínua da Qualidade (Regulamento nº 140/2019). Para além de me ter permitido atuar como formadora oportuna em serviço, através da identificação de necessidades formativas, ao exigir um aprofundamento de conhecimentos sobre a temática, permitiu-me recolher contributos e experiências positivas, quer a nível mundial, quer a nível nacional, e partilhá-las com a equipa, indo ao encontro do critério de avaliação “*Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso*” (Regulamento nº 140/2019, p. 4747). Por outro lado, permitiu à equipa uma interação grupal e uma reflexão sobre a temática, sendo esta essencial para a mudança de comportamentos. Garfield et al. (2021) refere que os pais/pessoas significativas devem poder passar mais tempo junto dos RN, mesmo em contexto de crise pandémica e, caso não seja possível, devem ser implementadas medidas promotoras da parentalidade, sugerindo o diálogo, aberto e honesto, entre os profissionais de saúde, como forma de repensar práticas.

2.3. **Módulo III** – O recurso ao humor como intervenção promotora de esperança no adolescente em contexto de urgência pediátrica

O último contexto de estágio foi ao encontro de um estágio realizado num SUP, de um Hospital Central de Lisboa. Trata-se de um serviço de urgência que se encontra individualizado da ala de adultos, e é detentor de características arquitetónicas próprias, estando o seu ambiente adaptado à idade pediátrica. Assumi como tema central “*A Viagem a uma Era Espacial*”, no sentido de promover o acolhimento e a humanização dos cuidados prestados em contexto de urgência. Contudo, em consonância com a situação pandémica experienciada, o espaço físico foi alvo de reestruturações, estando, atualmente, dividido em ala respiratória e não respiratória. Importa enfatizar que, apesar da criação destes dois circuitos, a triagem mantém-se única, apresentando dois postos de triagem que permitem direcionar a criança/adolescente e família para a sala de espera do circuito a que pertencem, de acordo com a situação clínica manifestada.

O SUP é constituído por uma equipa multidisciplinar, que inclui médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e um assistente administrativo. Quanto à equipa de enfermagem, destaca-se a existência de 29 enfermeiros, dos quais 8 são EESIP.

Ao longo da primeira semana de estágio, procedi à elaboração de um diagnóstico situacional de cariz reflexivo. A observação não estruturada foi realizada nas três valências do SUP, começando na sala de triagem, sala de tratamentos, da ala respiratória e não respiratória e, culminando no serviço de observação (SO). Permitiu-me compreender que, apesar de se tratar de um serviço com condições arquitetónicas acolhedoras e humanizadoras, adequadas às necessidades da população pediátrica, o cariz ansiogénico adjacente ao próprio contexto não consegue de todo ser suprimido. Vaz & Trigo (2020) reforçam esta ideia, ao referirem que uma recorrência ao SUP, por mais breve que seja, acarreta sempre uma elevada carga emocional, tanto para as crianças e/ou adolescentes, como para os pais/pessoas significativas, sendo considerado, pelos mesmos, um ambiente impessoal e assustador. Para além da carga emocional adjacente, surge, também, um certo grau de incerteza relacionado com a probabilidade, mesmo que ínfima, de resultar num internamento no SO. Foi neste sentido que estabeleci o diagnóstico situacional orientando as atividades neste contexto para a promoção da esperança no adolescente, em contexto de urgência pediátrica. Prazeres (1998) refere que é nesta fase que, em consequência da mudança de foco, ao nível da dependência familiar, o grupo de pares se eleva com um papel cada vez mais significativo na vida do adolescente, sendo que o apoio social dos amigos prevalece sobre o apoio social dos pais (Mahon & Yarcheski, 2017). Assim, uma admissão num SUP, associada à probabilidade de internamento, pode constituir um possível fator de ameaça à esperança, sendo o internamento visto como uma possibilidade de ausência escolar e de risco de compromisso na socialização com o grupo de pares.

Após a realização desta reflexão, senti necessidade de compreender mais aprofundadamente como é que os enfermeiros do SUP utilizam a esperança do adolescente na sua prática diária. Recorri à entrevista informal não estruturada com a enfermeira orientadora, utilizando uma questão aberta “*Considera o uso do humor uma intervenção de enfermagem frequentemente utilizada pelos enfermeiros no SUP?*”. A resposta permitiu-me inferir que apesar de o humor ser aplicado por vários elementos da equipa, nem sempre era utilizado com intencionalidade terapêutica e há, inclusive,

elementos que não recorriam ao humor como uma intervenção de enfermagem frequente, mesmo em situações em que o mesmo poderia ser utilizado.

Dado que o adolescente se apresenta como uma população de risco para o desenvolvimento da resposta humana Desesperança (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021) e, visto que a admissão num SUP constitui o primeiro contacto do adolescente com os enfermeiros no meio hospitalar, torna-se crucial adotar uma intervenção de enfermagem facilitadora/promotora de esperança. Assim, após a realização deste diagnóstico situacional, defini como objetivos específicos: “*Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica*” e “*Identificar oportunidades de intervenção terapêutica em esperança, com enfoque no humor, junto do adolescente em circuito de SUP*”.

Objetivo 1 – Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica

Este contexto, aliado a todas as suas particularidades, tornou-se um local extremamente desafiante para o meu percurso, e, simultaneamente, um local impulsionador do desenvolvimento de competências, particularmente no que diz respeito a “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (Regulamento nº 422/2018, p. 19193).

Tive oportunidade de colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem a crianças/adolescentes e famílias, nas diferentes valências do SUP, o que me possibilitou a aquisição de uma visão mais abrangente, e, consequentemente, a aquisição e o desenvolvimento de competências essenciais à prática de um EESIP. De fato, o SUP constitui um serviço que funciona como a porta de entrada da maioria dos clientes pediátricos nos hospitais, incluindo situações de doença aguda, em condições urgentes/emergentes, onde há compromisso de funções vitais, ou situações de agudização de doença crónica e/ou complexa (Vaz & Trigo, 2020), pelo que exige do enfermeiro um conjunto de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, que lhe permitam uma prestação de cuidados num contexto que por vezes se assume como um contexto rápido, confuso e dotado de um certo grau ansiogénico. No seguimento desta ideia, Vaz & Trigo (2020, p. 299) referem ainda que, o desempenho profissional num SUP, requer do enfermeiro, um conjunto de “*(...) conhecimentos teórico-práticos que lhe possibilitem uma avaliação rápida e eficaz*”. Deste modo, considero que a consulta de

normas e procedimentos setoriais, nos primeiros dias de estágio, bem como a realização de uma breve pesquisa bibliográfica como forma de revisão dos conceitos fundamentais do cuidado de enfermagem num SUP, revelou-se fundamental para este percurso, possibilitando-me a mobilização e a transferência de conhecimentos para a prática. Posteriormente, a observação e a colaboração no momento da triagem revelaram-se, também, como momentos de excelência para o aprimoramento de inúmeras competências. Se por lado me possibilitou o contacto com crianças/jovens de diferentes faixas etárias e de diferentes culturas, aperfeiçoando competências comunicacionais, por outro proporcionou-me um desenvolvimento do raciocínio clínico, da capacidade de priorização, bem como da capacidade de tomada de decisão, autónoma e fundamentada, com base numa avaliação curta efetuada através da Triagem de *Manchester*, que permite uma colheita de dados com recurso a uma breve entrevista e ao poder observacional, o que contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência “*Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados*” (Regulamento nº 422/2018, p. 19193). Apesar de não ter tido a oportunidade de triar de forma autónoma, visto que não detenho o curso, a possibilidade de colaborar, com uma autonomia crescente, em todo o processo, foi uma constante, constituindo uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Embora a triagem se tenha revelado como um local de excelência para a aquisição e desenvolvimento de competências, não posso de todo descurar a possibilidade de colaborar na prestação de cuidados de enfermagem na sala de tratamentos das duas alas, bem como no SO. Para além do aprimoramento das competências acima mencionadas, permitiram-me, também, desenvolver competências relacionadas com a unidade de competência “*Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas*” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193), na medida em que se trata de um SUP, onde a realização de procedimentos potencialmente dolorosos se assume como um fenómeno bastante frequente. Por outro lado, o fato de a enfermeira orientadora assumir, frequentemente, o papel de chefia de equipa, permitiu-me refletir acerca do papel de um EESIP no que concerne ao domínio da gestão de cuidados, com vista à prestação de cuidados de qualidade. Para além da panóplia de conhecimentos e competências que são necessários, emerge a necessidade de conhecer a equipa, sendo este dado essencial para uma boa gestão de recursos e para um bom processo de liderança. De fato a gestão de recursos é uma função complexa, que exige uma capacidade de gerir recursos, quer

humanos, quer materiais, da melhor forma possível e, num SUP, onde o ambiente, por vezes, se torna caótico, torna-se essencial para o bom funcionamento do mesmo. Assim, ao longo dos turnos, constatei que a distribuição da equipa, no que concerne à organização dos cuidados, não era realizada de uma forma aleatória, mas, por outro lado, tentando sempre conciliar os elementos mais novos com os elementos mais velhos, de forma a encontrar um equilíbrio nos diferentes postos do SUP e uma satisfação na equipa. Loureiro (2012) corrobora esta ideia, argumentando que a organização dos cuidados de enfermagem não deve ser uma decisão imposta, mas sim uma decisão partilhada e consensual entre os elementos, tentando alcançar a satisfação grupal.

Objetivo 2 – Identificar oportunidades de intervenção terapêutica em esperança, com enfoque no humor, junto do adolescente, em circuito de SUP

De forma a conseguir atingir o segundo objetivo específico, defini como atividades, a realização de uma análise crítica e reflexiva, com recurso ao Ciclo de *Gibbs*, bem como a construção de uma proposta de manual para elaboração de uma “*Adolescent Hope Tool Box*”. A análise crítica e reflexiva foi realizada no seguimento de uma situação vivenciada no contexto da prática clínica, estando a mesma relacionada com a importância atribuída ao humor como intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente em contexto de internamento em SO (*ver em* apêndice XI). Teve por base uma pesquisa bibliográfica extensa, com recurso a motores de busca (*Google Scholar*) e bases de dados científicas (*PubMed* e *Cinahl*), com o intuito de garantir uma fiabilidade na pesquisa.

De facto, quando pensamos num adolescente, em situação de agudização de doença crónica ou complexa, com necessidade de recorrência a um SUP, torna-se fulcral olhar para a componente da promoção da esperança. Pode parecer irrealista, dado que se trata de um serviço de urgência, dotado de um ambiente que, por vezes, se assume como caótico e ansiogénico, derivado da complexidade de situações, bem como da afluência de crianças/adolescentes e famílias. Contudo, o SUP constitui, também, o primeiro contacto do adolescente com o meio hospitalar e, mais concretamente, o primeiro contacto do adolescente com o enfermeiro, pelo que, a adoção de uma conduta promotora de esperança, neste tipo de serviço, se assume como uma condição fulcral. Sendo o adolescente uma população de risco para o desenvolvimento da resposta humana Desesperança (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021) e sendo uma entrada num SUP um evento potencialmente ameaçador dos seus *scores* de esperança, importa intervir no

sentido de promover a adoção da resposta humana Disposição para Esperança Aumentada (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021), ao invés da resposta humana Desesperança (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021) Importa, também, evocar os resultados provenientes da *scoping review* mencionada anteriormente, no sentido de clarificar que a única intervenção identificada na literatura, como intervenção de enfermagem promotora de esperança, vai ao encontro do uso do humor (Hinds, 2004; Hinds, Martin & Vogel, 1987), e que Hinds (1984), citado por Sheldon (1996), refere, inclusive, que quanto mais situações humorísticas o adolescente experienciar, maiores serão os seus *scores* de esperança, o que justifica o presente objetivo específico.

Sheldon (1996), refere que o humor constitui um meio de comunicação frequentemente utilizado pelos seres humanos, em variadíssimas situações e contextos, incluindo situações de doença e hospitalização. Contudo, José (2012) alerta-nos para a complexidade e multidimensionalidade adjacente ao conceito, sendo a sua apreciação e a sua expressão, através do riso, componentes essenciais do indivíduo. O humor, é visto por Sheldon (1996), como um fenómeno pessoal e individual, podendo ser utilizado, inclusive, como um “*quebra-gelo*”, com o intuito de auxiliar no estabelecimento de uma relação terapêutica, sendo responsável pela promoção da harmonia na relação enfermeiro-cliente e no auxílio da manutenção dos seus níveis de esperança (Sousa & José, 2016).

No que concerne ao adolescente, e em consonância com o desenvolvimento cognitivo experienciado nesta faixa etária, o humor permite comunicar e relacionar-se com o outro, sendo um dos recursos mais utilizados pelo adolescente. Permite-lhe lidar de uma forma mais fácil e eficaz com aspetos inerentes à vida e à sua condição de saúde/doença, e é concomitantemente responsável por o ajudar a ter independência e sentido de controlo na situação, aspetos estes fulcrais na adolescência (José, 2012). Neste sentido, ao recorrer ao humor como intervenção de enfermagem promotora de esperança, conseguimos que o adolescente veja o enfermeiro não só como um mero profissional, mas também como um elemento que incorpora a sua rede de suporte externo, essencial para o aumento dos seus *scores* de esperança, dado que o apoio social prestado pelos enfermeiros constitui um fator influenciador de esperança, extrínseco ao adolescente (Hinds, 2000; Hinds, Martin & Vogel, 1987). Por outro lado, Hinds (2004), defende ainda que, para além do apoio social providenciado, o humor intervém, também, de forma direta e positiva, na dimensão do conforto cognitivo. Apesar de não alterar a realidade inerente à sua condição de agudização de doença crónica ou complexa, é responsável por lhe

potenciar uma fuga temporária à realidade, tornando-a mais suportável e tolerável, e permitindo-lhe uma movimentação mais rápida para um estado de esperança, uma vez que, consegue diminuir o esforço necessário para o alcance da distração cognitiva, essencial à redefinição de metas ou objetivos realistas e ao encorajamento de pensamentos positivos ou neutralizadores.

Assim, como produto desta análise crítica e reflexiva, emergiu a resolução de um problema identificado no diagnóstico situacional, que me remetia para a identificação de oportunidades terapêuticas em esperança, com enfoque no humor. Foi neste sentido que procedi à elaboração de uma proposta de manual para a construção de uma caixa de esperança intitulada “*Adolescent Hope Tool Box*” (ver em apêndice XII), que poderá constituir uma estratégia útil na promoção da esperança do adolescente em contexto de internamento em SO. Esta caixa é constituída, externamente, por mensagens de esperança, escritas por profissionais de saúde ou por adolescentes, e, internamente, tem disponível uma carta de “*boas-vindas*”, bem como materiais humorísticos adequados ao nível de desenvolvimento humorístico do adolescente, que devem ser escolhidos de uma forma individualizada. São exemplo livros de anedotas, fotografias ou imagens com cariz de diversão, ou auriculares para visualização de filmes ou vídeos humorísticos. Incluí, também, uma régua da esperança, com o intuito de avaliar a eficácia da intervenção. Esta régua, como refere Charepe (2014), constitui um instrumento de avaliação, associado a uma representação gráfica e a uma pergunta escala que permite a quantificação dos níveis de esperança.

Assim, a realização desta atividade, permitiu-me a consecução do segundo objetivo específico proposto, bem como o aprimoramento da unidade de competência “*Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193). Para além de ter conseguido identificar oportunidades de intervenção em esperança, com enfoque no humor, permitiu-me, também, colmatar uma lacuna identificada no contexto e proceder à operacionalização e transferência do conhecimento para a prática clínica, culminando na elaboração de uma proposta para a construção de uma caixa de esperança. Por outro lado, permitiu-me, também, o desenvolvimento de competências comuns de EE, no que concerne ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tendo intercedido como facilitadora da aprendizagem no contexto (Regulamento nº 140/2019).

Previamente à construção da proposta de manual para a “*Adolescent Hope Tool Box*”, procedi, também, à elaboração de um questionário para a equipa de enfermagem do SUP, com o intuito de compreender a importância atribuída à dimensão da esperança do adolescente, bem como à possibilidade de incorporação da caixa no SO (*ver em apêndice XIII*). Para tal, procedi à elaboração de um convite de participação, explicitando o objetivo e assegurando a confidencialidade dos dados. O convite foi anexado ao próprio questionário, após partilha e divulgação do mesmo com a Docente Orientadora, Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe, e o consentimento envolvia o preenchimento do mesmo.

Tratou-se de um questionário com um formato misto, tendo sido construído com perguntas fechadas, mas com espaço para resposta aberta, possibilitando “(...) *uma maior atenção à “pessoa” e, simultaneamente, uma maior “personalização” das respostas (...)* no que toca a sentimentos e reações (...)” (Ruivo et al., 2010, p. 13). Foi aplicado a uma amostra pequena, incluindo um terço da equipa. Contudo, aliado ao curto tempo de estágio, à complexidade de cuidados inerente a esta tipologia de serviço, bem como ao fato de nos encontrarmos numa situação pandémica, apenas foi possível recolher sete questionários, resultando, assim, numa amostra final de cerca de 24% da equipa. A amostra foi heterogénea, incluindo enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas, com uma média de experiência profissional de 7,14 anos. No que concerne ao grau académico, constatei uma grande discrepância, incluindo 57% de enfermeiros generalistas, 14% de enfermeiros com pós-graduação e 29% de enfermeiros especialistas. Foi perceptível que 86% da amostra considera a esperança do adolescente uma dimensão importante do cuidar de enfermagem num SUP, embora considerem que não é uma prática frequente no serviço. Quanto ao benefício da existência de uma caixa promotora de esperança no adolescente, com recurso a atividades humorísticas, para implementação futura no SO, 71% da amostra reconhecem o seu benefício, constituindo uma percentagem significativa, o que corroborou, também, a importância da consecução desta atividade.

3. Considerações Finais

Este relatório elucidada, assim, todo o percurso inerente à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, que resultou de um longo caminho que me providenciou a aquisição e o desenvolvimento de competências fulcrais para a prática de cuidados de enfermagem especializados e diferenciados à criança/jovem e família. Apoiado pela prática baseada na evidência, através da transferência dos resultados provenientes da *scoping review* para a prática clínica, deteve como tema central as respostas humanas do adolescente relacionadas com o foco de diagnóstico Esperança, preconizado pela NANDA-I, espelhando assim uma intervenção com enfoque numa comunicação promotora de esperança, ao longo dos diferentes contextos, intervenção esta assente num enquadramento conceptual norteado tanto pela Ciência do Cuidado Unitário, de Jean Watson (2018), como pelo MIAMPE, de Zaida Charepe (2014).

Saliento que todos os contextos se revelaram locais impulsionadores da minha aquisição e desenvolvimento de competências, permitindo-me a sistematização de conhecimentos e a transferibilidade de conhecimentos teóricos para a prática clínica. A comunicação, associada à intencionalidade terapêutica da promoção da esperança no adolescente, assumiu-se como ferramenta fulcral para a obtenção de ganhos em saúde, podendo ser utilizada em qualquer contexto que exija cuidados de enfermagem ao adolescente com doença crónica e/ou complexa. Trata-se de uma comunicação com intencionalidade terapêutica, aliada a técnicas verbais e não verbais, que recorre à honestidade, veracidade, autenticidade, escuta ativa, empatia e humor como formas de instilar a esperança e de alcançar os *outcomes* associados ao fenómeno da esperança, intervindo no sentido do alcance da resposta humana Disposição para Esperança Aumentada, em detrimento da resposta humana Desesperança, preconizadas pela NANDA-I. Desta forma, tornou-se um percurso bastante desafiante, dotado de uma necessidade imensa de pesquisa de evidência científica, o que me permitiu a mobilização de um corpo de conhecimentos e a sua transferência para a prática. Contudo, aliado à mobilização de conhecimentos, exigiu, também, um crescimento e desenvolvimento

peçoal e profissional, com recurso à prática reflexiva, para que, através do esforço de confrontação entre a reflexão e a ação, resultasse um delineamento e uma reestruturação de práticas. Desta forma, considero que o balanço final entre os objetivos propostos e as atividades desenvolvidas, ao longo dos diferentes contextos, se demonstrou bastante positivo. Esta apreciação assenta no facto de ter conseguido alcançar os objetivos propostos, bem como as atividades planeadas, o que me permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências, gerais e específicas, de EESIP.

Apesar de considerar todas as atividades realizadas como atividades marcantes para o meu percurso, destaco a análise crítica e reflexiva realizada no âmbito dos CSP, bem como a análise crítica e reflexiva realizada no contexto de SUP, da qual resultou a consecução de uma proposta de manual para a construção de uma caixa de esperança, intitulada de “*Adolescent Hope Tool Box*”. Estas atividades constituíram atividades fulcrais para a minha aquisição e desenvolvimento de competências comunicacionais, com enfoque na promoção da esperança do adolescente, abordando tanto a situação de doença crónica, em contexto de CSP, como a situação de agudização de doença crónica e/ou complexa, perante um internamento no SO de um SUP. O estágio da UCIN, aliado a todas as particularidades desta tipologia de serviço, revelou-se um local desafiante e impulsionador do meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me o desenvolvimento de inúmeras competências, comuns e específicas, de EESIP. Para além do domínio da prestação de cuidados, destaco a oportunidade de desenvolvimento no que concerne ao domínio da melhoria da qualidade, assente na possibilidade da realização de duas sessões de *focus group*, essenciais para a divulgação de experiências de sucesso, nacionais e internacionais, e à reflexão, introspetiva e grupal, que a mesma proporcionou a toda a equipa de enfermagem, culminando na elaboração e divulgação de um infográfico disponibilizado à Unidade.

Em suma, após todo este percurso e, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao adolescente com doença crónica e/ou complexa, pretendo, em primeira instância, dar continuidade à investigação da temática, através da colaboração com a linha de investigação em Esperança, uma vez que se trata de uma área pouco abordada na atualidade e repleta de ganhos em saúde para esta população específica. Por outro lado, a extensa pesquisa bibliográfica realizada, que fundamentou todo este percurso, permitiu-me constatar a escassez de recursos no que concerne a instrumentos de avaliação em Esperança, direcionados para a faixa etária específica da adolescência,

pelo que seria uma possível área de investigação, pertinente e dotada de utilidade, para a prática clínica.

Aliada à investigação, emerge, também, a necessidade da divulgação da evidência, pelo que reforço o desejo de continuar a divulgar a temática, num futuro próximo, através da participação em congressos científicos ou da publicação científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim, M., Alves, E., Barros, H., & Silva, S. (2016). Necessidades e papéis parentais em cuidados intensivos neonatais: Revisão dos guias portugueses. *Ciencia e Saude Coletiva*. 21(8), 2583–2594. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.07292015>
- Backes, D. S., Colomé, J. S., Erdmann, R. H., & Lunardi, V. L. (2011). The focal group as a technique for data collection and analysis in qualitative research. *Mundo Da Saude*. 35(4), 438–442. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2011354438442>
- Bally, J. M. G. (2012). Viewing the art and the science of pediatric nursing through the lens of paradigms: The impact on hope for the future. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 17(3), 215–225. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2012.00333.x>
- Baptista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V., & Silva, T. D. (2020). O Jovem. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 194–216). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Barbosa, J. A. G. (2012). A Utilização do Grupo Focal como Método de Coleta Dados em Pesquisa Qualitativa na Saúde e na Enfermagem. *Periódico Científico Do Núcleo de Biociências*. 2(3), 38–46. <https://doi.org/10.15601/2238-1945/pcnb.v2n3p38-46>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora
- Berg, C., & Mascaro, J. (2020). Implementing hope-based interventions in adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer Nursing Practice*. 19(1), 30–34. <https://doi.org/10.7748/cnp.2019.e1591>
- Bradwisch, S. A., Smith, E. M., Mooney, C., & Scaccia, D. (2020). Obesity in children and adolescents: An overview. *Nursing*. 50(11), 60–66. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000718908.20119.01>
- Breneol, S., Goldberg, L. & Watson, J. (2019). Caring for Children Who Are Technology-Dependent and Their Families - The Application of Watson's Caring Science to

Guide Nursing Practice. *Advances in Nursing Science*. 42 (2), E13-E23

- Buck, E. C. S., Oliveira, E. L. N., Dias, T. C. C., Silva, F. O. C. & França, J. R. F. S. (2020). Doença Crônica e Cuidados Paliativos Pediátricos: Saberes e Práticas de Enfermeiros à Luz do Cuidado Humano. *Revista Fun Care Online*. Jan./Dez., 682-688. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9489>
- Busanello, J., Lunardi Filho, W. D., Kerber, N. P. C., Santos, S. S. C., Lunardi, V. L., & Pohlmann, F. C. (2013). Grupo Focal Como Técnica De Coleta De Dados. *Cogitare Enfermagem*. 18(2). <https://doi.org/10.5380/ce.v18i2.32586>
- Caldeira, S. (2020). Espiritualidade no Cuidado à Criança. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 238-247). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Canty-Mitchell, J. (2001). Life Change Events, Hope, and Self-Care Agency in Inner-City Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 14(1), 18–31.
- Charepe, Z. B. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, Unipessoal.
- Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H. J. S., Vieira, M. M. S., & Neto, L. M. V. A. (2011). (Re)descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 20(2), 349–358. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072011000200018>
- Darcy-Mahoney, A., White, R. D., Velasquez, A., Barrett, T. S., Clark, R. H., & Ahmad, K. A. (2020). Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to COVID-19. *Journal of Perinatology*. 1-17. <https://doi.org/10.1101/2020.07.22.20158949>
- Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de Junho da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, nº 118/2017 - I série, pp. 3128-3140. Lisboa: Assembleia da República. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/73/2017/06/21/p/dre/pt/html>
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação de dor nas crianças. *Circular Normativa Nº 014/2010*, 1–10.

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIEN TACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular Normativa Nº 010/2013, 1-121. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Dowling, J. S. (2002). Humor: a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 28(2), 123–131.

Ellis, M., & Pant, P. R. (2020). Global Community Child Health. *International journal of environmental research and public health*, 17 (9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093331>

Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Nóbrega, M. M. L., Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. G. (2020). An analysis of Jean Watson's theory according to Chinn and Kramer's model. *Revista de Enfermagem Referência*. Série V (4), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20045>

Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>

Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Revista Millenium*, 32, 141–162.

Garfield, H., Westgate, B., Chaudhary, R., King, M., O'Curry, S., & Archibald, S. J. (2021). Parental and staff experiences of restricted parental presence on a Neonatal Intensive Care Unit during COVID-19. *Acta Paediatrica*, 2021;00, 1–7. <https://doi.org/10.1111/apa.16085>

Griggs, S., & Walker, R. K. (2016). The Role of Hope for Adolescents with a Chronic Illness: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), 404–421. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.02.011>

Hendricks-Ferguson, V. (2006). Relationships of age and gender to hope and spiritual well-being among adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 23(4), 189–199. <https://doi.org/10.1177/1043454206289757>

- Hendricks-Ferguson, V. (2008). Hope and spiritual well-being in adolescents with cancer. *Western Journal of Nursing Research*. 30(3), 385–387. <https://doi.org/10.1177/0193945907303045>
- Hendricks-Ferguson, V. L. (1997). An analysis of the concept of hope in the adolescent with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*. 14(2), 72–73. <https://doi.org/10.1177/104345429701400205>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *Nursing Diagnoses - Definitions and Classification 2021-2023* (12th ed.). New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Hinds, P. S. (2000). Fostering coping by adolescents with newly diagnosed cancer. *Seminars in Oncology Nursing*. 16(4), 317–334. <https://doi.org/10.1053/sonu.2000.16590>
- Hinds, P. S., Martin, J., & Vogel, R. J. (1987). Nursing strategies to influence adolescent hopefulness during oncologic illness. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*. 4(1–2), 14–22. <https://doi.org/10.1177/104345428700400104>
- Hinds, P. S. (1984). Inducing a definition of ‘hope’ through the use of grounded theory methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 9(4), 357–362. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1984.tb00384.x>
- Hinds, P. S. (2004). The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. *Oncology Nursing Forum*. 31(5), 927–934. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.927-934>
- Hinds, P. S., & Gattuso, J. S. (1991). Measuring Hopefulness in Adolescents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 8(2), 92–94.
- Hinds, P. S., Quargnenti, A., Fairclough, D., Bush, A. J., Betcher, D., Rissmiller, G., Pratt, Charles, B., & Gilchrist, G. S. (1999). Hopefulness and Its Characteristics in Adolescents With Cancer. *Western Journal of Nursing Research*. 21(5), 600–620.
- José, H. M. G. (2012). Humor: A Holistic Care and a Promoting Children’s Health. *Journal of Nursing UFPE On Line*. 6(10), 2551–2555.
- Juvakka, T., & Kylmä, J. (2009). Hope in adolescents with cancer. *European Journal of*

- Oncology Nursing*. 13(3), 193–199. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.12.004>
- Kim, M., Kim, K., & Kim, J. S. (2019). Impact of resilience on the health-related quality of life of adolescents with a chronic health problem: A structural equation approach: Resilience and health-related quality of life of adolescents. *Journal of Advanced Nursing*. 75(4), 801–811. <https://doi.org/10.1111/jan.13888>
- Kraft, A. M. & Walker, A. M. (2018). Exploring the Concept and Experiencie of Hope - Theoretical and Methodological Foundations. In A. M. Kraft, P. Perrig-Chiello & A. M Walker (Ed.), *Hope for a Good Life - Results of the Hope-Barometer International Research Program* (pp. 3-19). Cham: Springer International
- Kylmä, J., & Juvakka, T. (2007). Hope in parents of adolescents with cancer--factors endangering and engendering parental hope. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 11(3), 262–271. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2006.06.007>
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Loures: Lusociência
- Loureiro, F. (2012). Trabalho de Equipa na Urgência Pediátrica. *Sinais Vitais*, 105, 33–37.
- Mahon, N. E., & Yarcheski, A. (2017). Parent and friend social support and adolescent hope. *Clinical Nursing Research*. 26(2), 224–240. <https://doi.org/10.1177/1054773815619881>
- McNeely, C., & Blanchard, J. (2009). *The Teen Years Explained - A Guide To Healthy Adolescent Development*. Center for Adolescent Health at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (1-124). ISBN 978-0-615-30246-1
- Morão, S., Sacras, M. L., Knoblich, M., Samay, A., España, M., Leal, M. J., Duarte, R. & Pascoal, J. (2017, Setembro). Queimaduras abaixo de 1 ano de Idade. In Congresso Multiprofissional do Hospital Dona Estefânia 140 anos. Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital Dona Estefânia, Lisboa
- Muniraman, H., Ali, M., Cawley, P., Hillyer, J., Heathcote, A., Ponnusamy, V., Coleman, Z., Hammonds, K., Raiyani, C., Gait-Carr, E., Myers, S., Hunt, K., Govande, V., Jain, A., Clark, R., Doherty, C., Raju, V., & Clarke, P. (2020). Parental perceptions

- of the impact of neonatal unit visitation policies during COVID-19 pandemic. *BMJ Paediatrics Open*. 4(1), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000899>
- Murray, P. D., & Swanson, J. R. (2020). Visitation restrictions: is it right and how do we support families in the NICU during COVID-19? *Journal of Perinatology*. 40(10), 1576–1581. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-00781-1>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–14. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. 1–4.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos da OE - Série I* (3), 1-136.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE*, 2(3), 1–185.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 25(6), 677–687. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>
- Prazeres, V. (1998). Saúde dos Adolescentes: Princípios Orientadores. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISBN: 972-9425-61-2

- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coords.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 118–134). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República*, 2ª série (133), de 12 de julho de 2018, 19192–19194.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série (26), de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750.
- Ribeiro, I. B. & Rodrigues, B. M. R. D. (2005). Cuidando de Adolescentes com Câncer: Contribuições para o Cuidar em Enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*. 13. 340-346
- Ritchie, M. A. (2001). Self-esteem and hopefulness in adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*. 16(1), 35–42. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2001.20551>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, XX, 26–31. http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci%7B_%7Darttext%7B%7D&%7Dpid=S0872-07542011000100006%7B%7Dlang=pt
- Scoloveno, R. (2015). A Theoretical Model of Health-Related Outcomes of Resilience in Middle Adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 37(3), 342–359. <https://doi.org/10.1177/0193945914524640>
- Sheldon, L. M. (1996). An analysis of the concept of humour and its application to one aspect of children's nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 24(6), 1175–1183. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb01023.x>
- Silva, E., & Apóstolo, J. (2021). Presença dos Pais nas Unidades de Neonatologia Portuguesas durante a Pandemia Covid-19. *Revista Investigação Em Enfermagem*. 34(2), 39–45. https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE34_S2.pdf

- Silva, P. S. M., Viana, M. N. & Carneiro, S. N. V. (2011). O Desenvolvimento da Adolescência na Teoria de Piaget. *Psicologia - Portal dos Psicólogos*. 1-13.
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Referência - Revista de Enfermagem*. II(6), 91–108.
- Sousa, L., & José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde. *Enformação*. June, 22–32.
- Souza, N. S., Pereira, L. P. S., Silva, S. V., & Paula, W. K. A. S. (2019). Vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*. 13(3), 680–689.
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238634/31558%0Ahttps://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238634/31557>
- Suárez, A. S. (2005). Crise de Identidade na Adolescência: Breve Análise e Implicações para a Práxis Religiosa Segundo a Teoria de Erik Erikson. *Acta Científica - Ciências Humanas*. 2(9), 31-38.
- Tonin, L., Lacerda, M. R., Favero, L., Nascimento, J. D. do, Denipote, A. G. M., & Gomes, I. M. (2020). A evolução da Teoria do Cuidado Humano para a Ciência do Cuidado Unitário. *Research, Society and Development*. 9(9), e621997658.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7658>
- Universidade Católica Portuguesa. (2017). *Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem* (pp. 1–12).
- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 293–309). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Vieira, A. C., Harrison, D., & Bueno, M. (2017). Conforto do recém-nascido e alívio da dor. In R.G.S. Costenaro, D. A. M. Corrêa & S. M. T. Ichisato (Org.). *Cuidados de Enfermagem em Neonatologia*. (109–118). Porto Alegre: Moriá Editora
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Rev. ed). Boulder: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science: philosophy and praxis of nursing*. Boulder:

University Press of Colorado.

World Health Organization. (2017). Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO region 2002-2014. *World Health Organization, Regional Office for Europe*. 87. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/339211/WHO_ObesityReport_2017_v3.pdf

Wu, L. M., Chin, C. C., Haase, J. E., & Chen, C. H. (2009). Coping experiences of adolescents with cancer: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 65(11), 2358–2366. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05097.x>

Yerges, A. L., Snethen, J. A., & Carrel, A. L. (2021). Female adolescents with overweight and obesity share their perspectives on the clinical setting and weight management. *Clinical Obesity*. 11(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/cob.12415>

APÊNDICES

APÊNDICE I –
Protocolo *Scoping Review*

Resumo

Objetivo: A presente *scoping review* tem como objetivo mapear o conhecimento existente sobre a esperança no adolescente em contexto de cuidados de enfermagem, com o intuito de contribuir para a melhoria efetiva da intervenção de enfermagem.

Introdução: A esperança no adolescente possui características essenciais e específicas à compreensão do mesmo. Sendo o adolescente considerado uma população de risco para o desenvolvimento do fenómeno de desesperança, torna-se fulcral tentar compreender qual o conhecimento que se encontra produzido acerca da esperança no adolescente em contexto de cuidados de enfermagem.

Crítérios de Inclusão: Incluirá estudos do tipo quantitativo, qualitativo ou misto, bem como revisões sistemáticas e artigos de opinião, publicados, em dois idiomas, português e inglês, sem qualquer friso temporal, que detenham adolescentes como população, esperança como conceito e enfermagem como contexto.

Metodologia: Inicialmente, foi realizada uma pesquisa preliminar de revisões de âmbito existentes relacionados com a temática em causa, bem como possíveis revisões sistemáticas, através de uma pesquisa na *Prospero* e na *Open Science Framework*. O único resultado encontrado na *Prospero* vai ao encontro de uma síntese temática de estudos qualitativos relacionada com a experiência da esperança, mas direcionada para as famílias de crianças e adolescentes com doença crónica e não diretamente para a experiência da esperança nos adolescentes. Relativamente à *Open Science Framework*, não se encontrou nada em concreto relacionado com a temática, o que justifica a realização da presente *scoping review*. Assim, a pesquisa para a presente *scoping review* não terá friso temporal e será realizada nas bases de dados *Pubmed* e *Cinahl*. O resultado da pesquisa será analisado por dois revisores independentes, sendo primeiramente analisado o título e o resumo e, posteriormente, o texto integral dos documentos selecionados, extraindo a informação pertinente para a elaboração da revisão.

Palavras-Chave: *adolescent; hope; nursing*

Introdução

A esperança integra uma componente essencial do cuidado de enfermagem, tendo sido abordada por diferentes teóricas. Jean Watson, em 1979, identifica a esperança como um fator promotor do processo de recuperação da doença, indissociável do processo de cuidados de enfermagem, tendo como principal objetivo a obtenção de efeitos terapêuticos na saúde. No seguimento desta ideia, Joyce Travelbee e Martha Roberts, também identificaram a promoção da esperança nos pacientes como um dos papéis dos enfermeiros (Hinds, 1984).

No entanto, apesar da esperança ter sido abordada por inúmeros teóricos, a definição do conceito de esperança ainda não estava bem definida, estando preconizado pela evidência científica que a esperança era definida como “(...) *uma necessidade, uma orientação temporal, uma ilusão, um compromisso com a vida bem como um sentido intrínseco de disponibilidade de ajuda externa.*” (Hinds, 1984, p. 359). Assim, a sua definição permanecia abstrata, não sendo precisa nem consensual.

Por outro lado, a definição de esperança que vigorava nesta altura, ia ao encontro de uma definição proveniente de estudos realizados com a pessoa adulta, pelo que houve necessidade de compreender este conceito no adolescente (Hinds, 1984). Assim, através de uma *grounded theory*, surgiu o conceito de esperança no adolescente, proposto por Pamela Hinds, em 1984, que tem vindo a ser reformulado desde essa altura.

De acordo com Hinds & Gattuso (1991), a esperança não é um conceito neutro, sendo responsável pela criação de inúmeras emoções nos indivíduos. Bally (2012), refere que pode ser uma mera resposta emocional a uma variedade de experiências humanas, mas, no entanto, também pode representar uma entidade de difícil compreensão, complexa e abstrata, que ancora a vida.

No que concerne à esperança no adolescente, esta é definida como o grau em que o adolescente possui uma crença reconfortante e sustentada pela vida, baseada na realidade, de que existe um futuro possível e positivo para si e para os outros (Hinds, 2004). É considerada uma qualidade interna que surge no decorrer do processo de interação com os outros, sendo, conseqüentemente, influenciada, de forma positiva ou negativa, por fatores externos, como atitudes e comportamentos, nomeadamente, dos diferentes membros da família, amigos, enfermeiros e outros profissionais de saúde (Hinds, 2004; Hinds et al., 1999).

O conceito de esperança do adolescente possui características essenciais e específicas à compreensão do mesmo, como: o facto de ocorrer em diferentes graus ou níveis, que se repercute em intensidade, impossibilitando a mera atribuição de presença ou ausência de esperança; de ter uma natureza dinâmica; de ser uma crença; de ser sensível a mudanças situacionais; de ser baseado na realidade; e, por último, mas não menos importante, o facto de ser detentor de um foco orientado para o futuro, dando origem aos objetos de esperança (Hinds, 2004; Hinds et al., 1999; Hinds & Gattuso, 1991). Como é enfatizado por Hinds et al. (1999), sendo uma crença baseada na realidade, torna-se conceptualmente diferente de desejar, na medida em que o desejo se distancia da linha temporal, não sendo detentor de um forte vínculo com a realidade, contrariamente ao objeto de esperança que, sendo baseado na realidade, torna-se exequível no imediato ou num curto espaço de tempo.

Assim, a esperança no adolescente, sendo caracterizada pela existência de um grau, é constituída por quatro dimensões ou níveis hierárquicos, que vão evoluindo de níveis inferiores para níveis superiores. O primeiro nível diz respeito ao **esforço forçado** que corresponde ao nível em que o adolescente tenta, forçosamente, de um modo artificial, ter uma visão mais positiva do futuro. O segundo nível, intitulado de **possibilidades pessoais**, remete-nos para o nível em que o adolescente acredita que pode existir uma segunda oportunidade para si próprio. No que concerne ao terceiro nível, designado por **expectativa de um amanhã melhor**, o adolescente já possui um pensamento, embora ainda não específico, de uma orientação futura positiva. Relativamente ao último nível, que nos remete para a **antecipação de um futuro pessoal**, o adolescente já identifica, autonomamente e de um modo natural, a existência de possibilidades e perspetivas pessoais futuras (Hinds, 2004).

Face a doenças crónicas ou complexas, a esperança detém uma função protetora nos adolescentes, afetando diretamente a sua sensação plena de bem-estar, prevenindo o desespero e facilitando a aceitação, tolerância e adesão aos tratamentos. (Hinds et al., 1999)

Associado ao conceito de esperança, temos dois possíveis diagnósticos de enfermagem que se encontram presentes na NANDA 2021-2023 e que vão ao encontro da Desesperança e Disposição para esperança aumentada.

De acordo com a NANDA 2021-2023, a desesperança é definida como a sensação de que não se experimentará emoções positivas ou qualquer melhoria no estado geral, tendo como exemplos de características definidoras a presença de comportamentos evitativos, a verbalização de esperança diminuída, a demonstração de sentimentos de um futuro incerto ou de expectativas negativas para o futuro e a incapacidade de projetar a vida no futuro. O adolescente é visto como uma das populações de risco para o desenvolvimento de desesperança, se tiver como condições associadas a doença crônica ou a doença complexa, neoplasia ou doença terminal (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021).

Relativamente à disposição para esperança aumentada, esta é definida como o padrão de desejos e expectativas de mobilização de energia com o intuito de alcançar resultados positivos ou tentar evitar uma situação potencialmente ameaçadora ou negativa para a vida do indivíduo, podendo ser alvo de reforço. São exemplos de características definidoras deste diagnóstico, a verbalização do desejo de aumentar a capacidade de estabelecer objetivos ou metas alcançáveis, a expressão do desejo de aumentar a coerência entre expectativas e objetivos, aumentar a força interior ou melhorar a percepção do sentido de vida (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021).

Tendo em conta que a esperança é caracterizada pela presença de graus ou níveis e sendo esta detentora de uma natureza dinâmica, como foi referido anteriormente, pode oscilar ao longo do tempo. Acrescendo a este facto, sendo o adolescente considerado uma população de risco para o desenvolvimento do fenómeno de desesperança, torna-se fulcral compreender qual o conhecimento de enfermagem produzido acerca da esperança no adolescente.

Questão de Revisão: A presente *scoping review* tem como questão de revisão principal “*Qual o conhecimento de enfermagem produzido acerca da esperança no adolescente em contexto dos cuidados de enfermagem?*”. Posteriormente, surgiram três questões de revisão secundárias: “*Quais as respostas humanas do adolescente relacionadas com a esperança em contexto de cuidados de enfermagem?*”, “*Quais as intervenções de enfermagem promotoras de esperança no adolescente?*” e “*Quais os resultados associados às intervenções de enfermagem promotoras de esperança no adolescente?*”.

Crítérios de Inclusão: Esta revisão será elaborada de acordo com a metodologia proposta

pela JBI, tendo como critérios de inclusão para a população adolescentes (10-19 anos), para o conceito a esperança e para o contexto enfermagem. Incluirá estudos do tipo quantitativo, qualitativo ou misto, bem como revisões sistemáticas e artigos de opinião, publicados, em dois idiomas, português e inglês, sem qualquer friso temporal.

Relativamente à população definida, a Organização Mundial de Saúde (OMS, s.d.) define o período da adolescência como um período que ocorre entre a infância e a idade adulta, mais especificamente, entre os 10 e os 19 anos de idade, onde se constata uma fase única de crescimento e desenvolvimento humano, constituindo o último período de desenvolvimento da infância.

Relativamente ao conceito de esperança no adolescente, este é definida como o grau em que o adolescente possui uma crença reconfortante e sustentada pela vida, baseada na realidade, de que existe um futuro possível e positivo para si e para os outros (Hinds, 2004).

Por último, relativamente aos cuidados de enfermagem, estes são definidos como o processo de cuidados de enfermagem (avaliação inicial, diagnóstico, intervenção de enfermagem e avaliação dos resultados) com recurso à interação estabelecida entre o enfermeiro e o adolescente através da comunicação verbal e não verbal, na qual ocorre troca e interpretação de informação, partilha de valores, necessidades e desejos de cada elemento desta díade (Fawcett, 1984).

Tipos de Fontes: Serão considerados estudos de natureza quantitativa, qualitativa ou mista, nos idiomas português e inglês, publicados em bases de dados científicas. As revisões sistemáticas de literatura que cumpram os critérios de inclusão também serão incluídas na presente revisão, bem como os artigos de opinião.

Método: Este protocolo de *scoping review* será realizado de acordo com a metodologia para a elaboração de *scoping reviews* da JBI (Peters et al., 2020).

- **Estratégia de Pesquisa:**

A estratégia de pesquisa irá abranger estudos publicados, quantitativos, qualitativos ou mistos, bem como revisões da literatura que cumpram os critérios de inclusão definidos anteriormente. Como recomendado pela metodologia para elaboração de

scoping review da JBI, a estratégia de pesquisa será realizada em três etapas distintas. Primeiramente, foi realizada uma pesquisa preliminar de revisões de âmbito existentes relacionados com a temática em causa, bem como possíveis revisões sistemáticas, através de uma pesquisa na *Prospero* e na *Open Science Framework*. O único resultado encontrado na *Prospero* vai ao encontro de uma síntese temática de estudos qualitativos relacionada com a experiência da esperança, mas direcionada para as famílias de crianças e adolescentes com doença crónica e não diretamente para a experiência da esperança nos adolescentes. Relativamente à *Open Science Framework*, não se encontrou nada em concreto relacionado com a temática, o que justifica a realização da presente *scoping review*. Posteriormente, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *PubMed* e *CINAHL* – via *EBSCO*, sendo que os artigos foram selecionados de acordo com o título, resumo e termos indexados. Após esta análise foram selecionados os descritores e os operadores booleanos, bem como os descritores *MeSh* e *DeCs*, com o intuito de formar uma equação de pesquisa rigorosa e congruente com a pesquisa nas bases de dados científicas selecionadas.

A pesquisa não terá friso temporal, visto ser um tema que não tem sido muito estudado na atualidade. Serão incluídos artigos em inglês e português.

Por último, serão agrupadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados com o intuito de maximizar os resultados da pesquisa, com a inclusão de outros potenciais artigos para que possam ser posteriormente analisados.

Seleção de Artigos

Após a realização da pesquisa, todos os artigos identificados serão inseridos no software de gestão de referências bibliográficas *Mendeley* e serão removidos os duplicados. Posteriormente, a seleção dos artigos a incluir será realizada por dois revisores independentes, tendo por base os critérios de inclusão definidos no presente protocolo. Primeiramente serão analisados os títulos e os resumos e, posteriormente, o texto integral dos artigos selecionados, extraindo a informação pertinente para a elaboração da revisão. Os artigos incluídos para leitura em texto integral serão analisados em pormenor, relativamente aos critérios de inclusão. As razões de exclusão dos artigos que não cumpram os critérios de inclusão serão indicadas na *scoping review*. Em caso de

ocorrência de dúvida ou divergência entre os dois revisores, será realizada uma discussão entre os mesmos ou será incluído um terceiro revisor para que se chegue a um consenso. Os resultados da pesquisa serão apresentados na totalidade na *scoping review* com recurso a um fluxograma do processo de revisão (PRISMA-ScR).

Extração/ Análise dos Dados

Os dados para a presente *scoping review* serão extraídos com recurso a uma tabela de extração de dados, alinhada com o objetivo e com as questões de revisão, que incluirá dados relativos aos autores e ano de publicação, população, conceito, contexto, tipo de estudo bem como conclusões relevantes para a questão de revisão enunciada anteriormente.

Apresentação e Discussão dos Resultados

A apresentação dos artigos incluídos será realizada com recurso ao fluxograma PRISMA-ScR da JBI. Posteriormente, a discussão dos resultados será realizada de uma forma descritiva e, sempre que possível, com recurso a tabelas e/ou gráficos com o intuito de facilitar a leitura dos resultados.

Conflitos de Interesse

Não existem conflitos de interesse na presente *scoping review*.

Estratégia de Pesquisa

- **Pubmed (pesquisa realizada no dia 24/04/2021)**

Pesquisa	Caixa de Pesquisa	Resultados
#1	Adolescen* OR Teen* OR Youth* OR "Young people" OR "Adolescent" [Mesh]	2.239.631
#2	Hope [Mesh] OR hopes OR hopefulness	103.361
#3	"Nursing*" [Mesh] OR "Nursing Care*" [Mesh] OR "Care, Nursing*" OR "Nursing Diagnosis*" [Mesh] OR "Diagnosis, Nursing*" OR Diagnoses, Nursing* OR Nursing Diagnoses* OR Nurs* OR "Nursing Intervention*" OR "Nursing Outcomes*"	1.031.961
#4	#1 AND #2 AND #3	753
#5	Limited to Title/Abstract	101

- **Cinahl (pesquisa realizada no dia 23/04/2021):**

Pesquisa	Caixa de Pesquisa	Resultados
#1	Adolescen* OR Teen* OR Youth OR "Young people" OR "Adolescent" [DeCS]	605.670
#2	Hope [DeCs] OR hopefulness	28.910
#3	"Nursing*" [DeCS] OR "Nursing Care*" [DeCS] OR "Care, Nursing*" OR "Nursing Diagnosis*" [DeCs] OR "Diagnosis, Nursing*" OR Nurs* OR "Nursing Intervention*"	969.153
#4	#1 AND #2 AND #3	301

Prisma-ScR

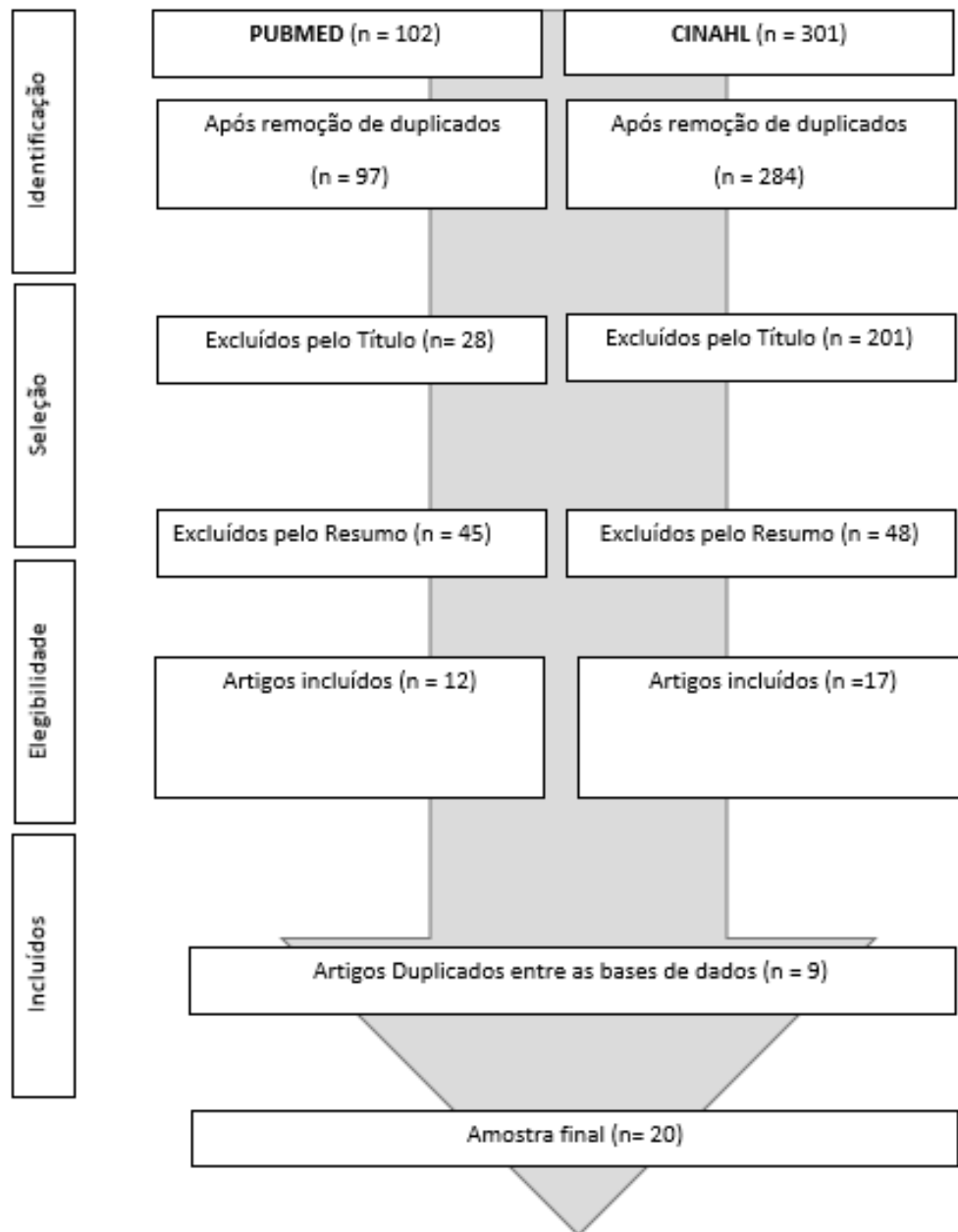


Tabela de Extração de Artigos

Autor e Ano de Publicação	Objetivo	Desenho do Estudo	População	Conceito	Contexto	Resultados
Conceito						
Hinds, P. S. (1984)	Definir o conceito de esperança no adolescente	<i>Grounded-Theory</i>	Adolescentes saudáveis e adolescentes em tratamento de substâncias aditivas	Esperança	Centro alternativo de ensino secundário; unidade de adolescentes com dependência	- Definição do conceito de esperança do adolescente
Hendricks-Ferguson, V. L. (1997)	Fornecer quadro conceptual de esperança do adolescente	Análise Conceptual	Adolescentes	Esperança	Enfermagem	- A definição de esperança do adolescente apresenta como limitação a falta da dimensão espiritual
Hinds et al. (1999)	Descrever a esperança do adolescente com doença oncológica; Identificar objetos de esperança; Avaliar a relação do conceito com as variáveis género, idade, fase de tratamento	Estudo experimental, longitudinal	78 adolescentes	Esperança	Enfermagem	- Foram identificados 57 tipos de objetos de esperança; - Objetos de esperança dependem do género; - Elevados níveis de esperança detêm uma função protetora nos adolescentes com doença oncológica
Juvakka, T. & Kylma, J. (2009)	Descrever o conceito de esperança a partir da perspectiva de adolescentes com doença oncológica	Análise de conteúdo	6 adolescentes	Esperança	Enfermagem	- A esperança é um recurso interno bidimensional, sendo reforçada por fatores internos e externos; - Constitui um elemento central na experiência oncológica; - É considerada um fator de proteção.

Griggs, S. & Walker, R. K. (2016)	Descrever o papel da esperança em adolescentes com doença crónica	Revisão Integrativa	Adolescentes com doença crónica	Esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - 7 temas relacionados com a esperança: - Promoção da saúde; - Facilitação da adaptação; - Qualidade de vida; - Sentido de vida; - Autoestima; - Importante fator na resiliência; - Efeito maturativo
Relações do conceito de esperança com variáveis internas e externas						
Canthy-Mitchell, J. (2001)	Compreender a relação existente entre momentos de vida inesperados, esperança e autocuidado	Estudo quantitativo	202 Adolescentes	Esperança e Autocuidado	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Esperança como fator de proteção; - Esperança como fator influenciador do conhecimento, da motivação e da capacidade do autocuidado perante acontecimentos inesperados; - Esperança como fator preditor de autocuidado.
Ritchie, M. A. (2001)	Examinar as relações existentes entre as fases da adolescência, género, auto-estima e esperança	Estudo de correlação descritiva	45 adolescentes com doença oncológica	Esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de autoestima e esperança não mudou significativamente entre raparigas e rapazes ou entre fases da adolescência; - São necessárias perspetivas longitudinais.
Hendricks-Ferguson, V. (2006)	Examinar as diferenças de esperança e bem-estar espiritual e como se relacionam com a idade e o género	Desenho de corte transversal	78 adolescentes com doença oncológica	Esperança e Bem-estar Espiritual	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Fase de desenvolvimento e género podem influenciar os níveis de esperança e bem-estar espiritual; - Idade pode influenciar os níveis de esperança.

Hendricks-Ferguson, V. (2008)	Relacionar o conceito de esperança e bem-estar espiritual em adolescentes com doença oncológica	Desenho descritivo, transversal	78 adolescentes	Esperança e bem-estar espiritual	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Elevados níveis de esperança em todos os participantes; - Necessidade de avaliação contínua da esperança do adolescente.
Wu, L.; Chin, C., Haase, J. & Chen, C. (2009)	Reportar experiências de <i>coping</i> em adolescente <i>Taiwaneses</i> com doença oncológica	Estudo fenomenológico	10 adolescentes	<i>Coping</i>	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Esperança como fator facilitador do processo de recuperação; - Processo de reconstrução de esperança.
Mahon, N. E. & Yarcheski, A. (2015)	Realizar duas meta-análises sobre a influência do apoio social dos pais e dos amigos na esperança do adolescente	Meta-análise	Adolescentes	Esperança e Apoio social	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio social dos amigos com maior impacto na esperança do adolescente do que o apoio social dos pais
Scoloveno, R. (2015)	Desenvolver um modelo baseado na teoria e testar os efeitos diretos e indiretos da variável resiliência nas variáveis esperança, bem-estar e estilos de vida saudáveis	Desenho correlacional	311 adolescentes	Esperança e resiliência	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Resiliência com efeito direto e positivo na esperança e com efeito indireto no bem-estar e no estilo de vida, através da esperança; - Esperança com efeito direto e positivo no bem-estar; - Esperança com efeito direto, mas pouco significativo na adoção de estilos de vida promotores de saúde.

Kim, M.; Kim, K. & Kim, J. (2018)	Testar o impacto da variável resiliência sobre a variável qualidade de vida em adolescentes com doença crónica	Desenho correlacional transversal e descritivo	220 adolescentes com doença crónica	Resiliência, <i>coping</i> e esperança	Enfermagem	- Apoio social com correlação positiva na coragem, resiliência, esperança e qualidade de vida; - Esperança com correlação positiva na resiliência e qualidade de vida.
--	--	--	-------------------------------------	--	------------	---

Avaliação da Esperança

Hinds, P. S. & Gattuso, J. S. (1991)	Avaliar a Esperança no Adolescente	Coluna de investigação do tipo Edital	Adolescentes	Esperança	Enfermagem	- Adolescentes com doença oncológica particularmente suscetíveis à esperança; - O conceito de esperança requer avaliações frequentes; - Escala de Esperança do Adolescente (HSA).
---	------------------------------------	---------------------------------------	--------------	-----------	------------	---

Phillips-Salimi, C., Kintner, E., Monahan, P. & Azzouz, F. (2007)	Reportar a evidência científica existente sobre a <i>HHIndex</i>	Estudo Longitudinal	127 adolescentes e jovens adultos com doença oncológica	Esperança	Enfermagem	- Fiabilidade comprovada, embora com recomendação para o uso da escala completa até desenvolvimento de novos estudos.
--	--	---------------------	---	-----------	------------	---

Conceito + Intervenções de Enfermagem

Hinds, P. S., Martin, J. & Vogel, R. J. (1987)	Investigar as perceções dos adolescentes sobre a influência dos enfermeiros na esperança durante a doença oncológica	<i>Grounded-Theory</i>	58 adolescentes	Esperança	Enfermagem	- Enfermeiros podem influenciar positiva ou negativamente a esperança do adolescente.
---	--	------------------------	-----------------	-----------	------------	---

Hinds, P. S. (2000)	Descrever os antecedentes do programa de investigação relacionado com a forma como os adolescentes lidam com as doenças que detenham risco de vida	Estudo Primário		Esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Esperança é influenciada por fatores internos ou externos; - Processo de auto-sustentação do adolescente; - Intervenções de enfermagem podem facilitar ou dificultar os esforços de auto-sustentação; - Sugere-se mais investigação para avaliar o efeito das intervenções.
Hinds, P. S. (2004)	Compreender o conceito de esperança no adolescente	Estudo Primário	Adolescentes	Esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de Auto-sustentação do Adolescente.
Ribeiro, I. B & Rodrigues, B. M. R. D. (2005)	Compreender as expectativas de vida do adolescente hospitalizado com doença oncológica	Estudo fenomenológico	16 Adolescentes	Esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes têm como objeto de esperança a cura e o retorno às atividades de vida diária; - Presença dos pais enquanto fator de apoio social; - Importância da facilitação da expressão de sentimentos e da escuta ativa.

<p>Berg, C. & Mascaro J. (2019)</p>	<p>Explicar de que forma as intervenções baseadas na promoção da esperança podem aumentar ou reduzir os sinais e/ou sintomas psicopatológicos</p>	<p>Revisão de Literatura</p>	<p>Adolescentes e jovens adultos com doença oncológica</p>	<p>Esperança</p>	<p>Enfermagem</p>	<p>- Intervenções promotoras de esperança conseguem desenvolver sentimentos positivos e providenciar bem-estar e qualidade de vida; - Elevados níveis de esperança relacionados com estabelecimento ou reestruturação de objetos de esperança; - Baixos níveis de esperança relacionados com angústia e objetos de esperança vagos e ambíguos.</p>
--	---	------------------------------	--	------------------	-------------------	--

APÊNDICE II –
Reflexão sobre a Importância do Uso de uma Comunicação
Facilitadora/Promotora de Esperança na Intervenção de Enfermagem ao
Adolescente com Excesso de Peso/Obesidade

INTRODUÇÃO

No âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, na Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório Final, e, mais concretamente, no primeiro estágio da UC, foi proposta a realização de uma análise crítica e reflexiva, com recurso ao *Ciclo de Gibbs*, decorrente de uma situação identificada a partir do diagnóstico situacional elaborado no próprio local de estágio.

De acordo com Jasper (2003), a prática reflexiva é definida como um dos principais métodos de aprendizagem na formação académica e profissional. Ao refletirmos sobre a nossa prática, de forma consciente e sustentada pela evidência científica, é possível compreendê-la de forma mais aprofundada e planejar ações futuras, sendo essencial para ajudar a articular a teoria com a prática, o que irá permitir a implementação de estratégias que fomentem o desenvolvimento pessoal e profissional através da aquisição de conhecimentos e competências.

Assim, esta reflexão crítica e reflexiva remete-nos para o estágio realizado numa USF, que decorreu no período de 6 de Setembro a 8 de Outubro de 2021, sob a orientação da Enfermeira Mestre e Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica XX, e tem como objetivo refletir acerca da importância do uso de uma comunicação facilitadora/promotora de esperança na intervenção de enfermagem ao adolescente com excesso de peso/obesidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017), a obesidade na adolescência é considerada uma doença crónica, com uma prevalência crescente em todo o mundo e com inúmeras consequências para a saúde. Sendo a obesidade uma doença crónica, importa olhar para a componente da promoção da esperança no adolescente com doença crónica e para os resultados que advêm da mesma, no sentido de conseguir alcançar uma maior adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis.

Como refere Hinds et al. (1999), a esperança do adolescente, face a doenças crónicas ou complexas, detém uma função protetora nos mesmos, afetando diretamente a sua sensação plena de bem-estar, prevenindo o desespero e facilitando a aceitação, tolerância e adesão aos tratamentos. No seguimento desta ideia e, de acordo com Charepe (2014), o ensino relativo à promoção da esperança permite encarar e ultrapassar os problemas e as adversidades face ao sofrimento experienciado, ao mesmo tempo que

permite reconhecer os constrangimentos das situações de saúde/doença que estão, frequentemente, para além da nossa capacidade de resolução.

Tendo em conta a evidência descrita anteriormente e sabendo que a promoção da esperança é uma das competências do EESIP, recorri à segunda competência do perfil de competências do ESSIP para justificar a pertinência da presente reflexão, que nos remete para “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 2). Dentro desta competência seleccionei a unidade de competência “*Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*” (Regulamento nº 422/2018, p. 2) e um dos respetivos critérios de avaliação “*Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança*” (Regulamento nº 422/2018, p. 3).

Para a construção desta reflexão crítica e reflexiva, utilizei suportes teóricos fornecidos pela equipa pedagógica, consulta de literatura cinzenta da área, bem como a pesquisa autónoma em bases de dados científicas (*PubMed*) e motores de busca (*Google Scholar*).

1. REFLEXÃO CRÍTICA

1.1. Descrição

Este estágio, como foi referido anteriormente, decorreu numa USF, no período compreendido entre 6 de Setembro e 8 de Outubro de 2021.

Durante a primeira semana de estágio tentei compreender as dinâmicas organizacionais e funcionais existentes na unidade, através da observação dos cuidados de enfermagem prestados a crianças/jovens e família, nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil. Após várias trocas de ideias, surgiu a necessidade de realizar uma breve apresentação à enfermeira orientadora sobre a temática por mim investigada na *scoping review* relacionada com a esperança do adolescente em contexto de cuidados de enfermagem, relacionando a temática com os pressupostos da Consulta do Adolescente. Posteriormente, surgiu a oportunidade de participar ativamente na reunião semanal multidisciplinar apresentando, de forma breve, a temática e os resultados preliminares da *scoping review* aos diferentes elementos da equipa. Constatou-se uma grande receptividade por parte da equipa multidisciplinar, havendo partilha de ideias entre os diversos elementos, permitindo, assim, proceder à construção de um breve *brainstorming*.

Apesar de ser uma unidade recém-criada e de ainda se encontrar numa fase de reconhecimento e caracterização populacional, pareceu existir uma concordância na equipa relativamente a uma doença crónica prevalente na adolescência na população abrangida pela unidade. Assim, surgiu a identificação de um problema, através do uso de uma metodologia dedutiva, sendo este a elevada prevalência da obesidade na adolescência e de que modo é que a promoção da esperança poderá contribuir para a adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis, dados os resultados provenientes da promoção da esperança no adolescente em contexto de doença crónica ou complexa identificados na *scoping review*.

1.2. Sentimentos

Durante esta reunião semanal multidisciplinar e, após ter partilhado os resultados preliminares da *scoping review*, com todos os elementos da equipa, vários foram os sentimentos que emergiram em mim.

Por um lado, senti tranquilidade, felicidade e entusiasmo ao ver uma receptividade tão grande por parte de toda a equipa multidisciplinar. Não foi apenas um ou outro

elemento, não foi apenas a equipa de enfermagem ou a equipa médica, mas sim toda a equipa multidisciplinar envolvida na partilha e troca de ideias. Senti-me acolhida e envolvida, o que acabou por me tranquilizar. Toda esta partilha permitiu que chegasse à conclusão de que a obesidade na adolescência é uma doença crónica bastante prevalente e onde se constata alguma dificuldade na intervenção, uma vez que a adesão a hábitos e estilos de vida mais saudáveis nem sempre é conseguida de forma eficaz.

Foi neste preciso momento que tudo se começou a interligar na minha cabeça. Na realidade, nunca tinha pensado na promoção da esperança do adolescente relacionada com o excesso de peso/obesidade, mas fazia todo o sentido, dado que a obesidade é uma doença crónica cada vez mais prevalente na adolescência, quer a nível da USF, como a nível nacional e, até mundial. Mas, apesar de achar a temática extremamente importante e interessante, pensei para mim *“Como é que vou conseguir abraçar este grande desafio?”*. No decorrer deste pensamento, surgiram em mim, novamente, uma mistura de sentimentos, porque se por um lado me encontrava entusiasmada e envolvida na partilha de ideias relacionada com a temática da esperança do adolescente com doença crónica ou complexa, por outro lado sentia uma grande preocupação, ansiedade e, inclusive, alguma apreensão, relacionada com o facto de não ter grandes conhecimentos teóricos e práticos sobre a abordagem ao adolescente com excesso de peso/obesidade, podendo este constituir um obstáculo à minha intervenção.

Assim, decorrente da insegurança por mim sentida naquele preciso momento, interroguei-me *“Como é que será que posso intervir na promoção da esperança do adolescente com excesso de peso/obesidade?”*

1.3. Avaliação Inicial

Apesar de o tempo de partilha não ter sido grande, uma vez que este foi apenas um dos tópicos da reunião multidisciplinar e não o único, senti que, dado ser um tema pouco abordado e conhecido, ao partilhar os resultados preliminares decorrentes de uma intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente com doença crónica ou complexa, consegui transmitir as vantagens e suscitar interesse e curiosidade pela temática em todos os elementos da equipa, sendo este interesse notório pelo envolvimento na partilha e troca de ideias.

Senti, também, que foi uma atividade extremamente importante, quer para mim quer para a equipa, uma vez que me permitiu criar um momento de reflexão entre todos,

contribuindo, assim, para a aprendizagem em serviço. Assim, sendo das Competências Comuns do EE a realização de um diagnóstico das necessidades de formação, bem como a atuação como formador em serviço, penso que este foi um dos aspetos positivos da minha intervenção (Regulamento nº 140/2019), não me limitando a este momento, mas assumindo o compromisso de partilhar a reflexão no futuro com a equipa, tendo como objetivo último a formação em serviço.

No entanto, os meus conhecimentos relacionados com o excesso de peso/obesidade na adolescência não se encontravam completamente solidificados, dada a minha experiência profissional estar mais relacionada com a área da pediatria cirúrgica. Esta foi, sem dúvida, uma das minhas maiores dificuldades. Senti então necessidade de refletir sobre a problemática e de investigar como é que poderia realmente intervir no sentido de obter *scores* de esperança mais elevados e com isso conseguir uma maior adesão ao regime terapêutico e um maior autocuidado por parte do adolescente com excesso de peso/obesidade, o que levou à construção da presente reflexão.

1.4. Análise

A obesidade na adolescência é considerada uma doença crónica, que emerge da articulação de múltiplas variáveis, incluindo variáveis hipotalâmicas, hereditárias, metabólicas, psicológicas, bem como do foro social e cultural (Baptista et al., 2020). De acordo com Bradwisch et al. (2020), falamos em obesidade infantil quando obtemos um índice de massa corporal (IMC) no percentil igual ou superior a 95 e excesso de peso quando nos deparamos com um IMC entre os percentis 85 e 95.

A obesidade infantil detém uma prevalência crescente em todo o mundo e acarreta inúmeras consequências para a saúde da criança e do jovem, tanto a nível físico, como a nível psicológico. É responsável por uma diminuição na qualidade de vida dos adolescentes e por um aumento do risco de desenvolvimento de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, apneia do sono, doenças cardiovasculares, asma, problemas do foro musculo esquelético, alterações no crescimento, isolamento social, baixa autoestima, *bullying*, ansiedade, baixa autoeficácia, depressão e insucesso escolar (Bradwisch et al., 2020; Ellis & Pant, 2020; OMS, 2017).

As principais causas de excesso de peso/ obesidade na criança e adolescente vão ao encontro de baixos níveis de atividade física, adoção de hábitos de vida mais

sedentários, más escolhas alimentares, bem como perturbações ao nível do sono, havendo, assim, um desequilíbrio energético marcado (OMS, 2017).

Importa agora olhar para a prevalência da obesidade na adolescência a nível mundial, europeu e até nacional, com o intuito de compreender a dimensão desta problemática.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017), a obesidade infantil, a nível mundial, é considerada um sério problema de saúde pública do século XXI, sendo este mais prevalente ao nível dos países desenvolvidos. A nível mundial, estima-se que cerca de 1 em cada 10 crianças/jovens, entre os 5 e os 17 anos de idade, são detentores de excesso de peso ou obesidade. No que concerne à realidade nacional, em 2014, a prevalência da obesidade infantil encontrava-se nos 5%. Dados mais recentes provenientes do relatório bianual da Organização de Cooperação e do Desenvolvimento Económico (OCDE), constataam um aumento da prevalência da obesidade em idade pediátrica e na adolescência, a nível europeu, e a necessidade de intervenção no sentido da prevenção da mesma, uma vez que, em 2018, cerca de 19% dos jovens com 15 anos de idade tinham excesso de peso ou obesidade, ao contrário do que foi verificado em 2010 onde a prevalência se encontrava ao nível dos 16% para a mesma faixa etária.

Verifica-se que em todos os países europeus, com a exceção de Portugal, esta condição é mais prevalente nos rapazes do que nas raparigas e em adolescentes com estatuto socioeconómico mais baixo. Concomitantemente a este fato, verifica-se, também, que a prevalência da obesidade é maior na fase inicial da adolescência, uma vez que há um aumento considerável da adoção de comportamentos mais sedentários no início da puberdade (Ellis & Pant, 2020; OMS, 2017).

Importa salientar que a maioria dos jovens, sem qualquer tipo de intervenção, não superará esta condição, sendo que 4 em cada 5 adolescentes que se tornam obesos irão continuar a ter problemas relacionados com excesso de peso ou obesidade na idade adulta (OMS, 2017).

É no seguimento desta ideia que surge a necessidade de refletir sobre a implementação de intervenções de enfermagem que visem a inversão desta tendência.

No entanto, tratando-se de uma doença crónica na adolescência e sendo o adolescente uma população tão particular, importa compreender, primeiramente, as especificidades desta faixa etária.

A adolescência é uma etapa do ciclo de vida que compreende o período decorrido entre a infância e a idade adulta, ocorrendo entre os 10 e os 19 anos de idade, de acordo com a OMS (OMS, s.d.). É marcada por um processo de crescimento e desenvolvimento único que ocorre tanto a nível biológico e psicológico, como a nível social. Este período, apesar de se situar entre os 10 e os 19 anos de idade, inclui ainda três fases distintas, começando na fase inicial que decorre entre os 10-13 anos de idade, seguindo-se da fase intermédia que ocorre entre os 14-16 anos de idade e culminando na fase tardia que abrange a faixa etária dos 16 até aos 19 anos de idade (OE, 2010).

Para além das transformações físicas notórias, a componente psicológica e social também acarreta grandes modificações (Prazeres, 1998).

A nível psicológico constata-se o desenvolvimento da capacidade de elaboração de um pensamento abstrato, abandonando assim o pensamento concreto, que tanto caracteriza a faixa etária da idade escolar, o que possibilita ao adolescente efetuar um raciocínio claro, independente de ideias concretas, possibilitando-lhe retirar as suas próprias ilações e alcançar a capacidade de resolução de problemas. Para além do desenvolvimento do pensamento abstrato, verifica-se, simultaneamente, o desenvolvimento da capacidade de pensar a longo prazo e de projetar o futuro, bem como a melhoria no autocontrolo e no planeamento, proporcionando-lhe a possibilidade de considerar várias opções futuras, avaliá-las e estruturar caminhos que o levem ao atingimento de objetivos. Concomitantemente, ainda se verifica uma aquisição de uma orientação para o outro, abandonando o egocentrismo (Baptista et al., 2020; Prazeres, 1998).

Relativamente à esfera social, de acordo com Prazeres (1998), verifica-se uma mudança de foco ao nível da dependência familiar, assumindo o grupo de pares um lugar cada vez mais significativo para o adolescente.

Apesar de o adolescente ter todas estas particularidades associadas ao seu crescimento e desenvolvimento, ainda se encontra bastante incutido nos ideais dos profissionais de saúde a perceção de que se o adolescente for bem informado, no âmbito da consulta de saúde juvenil, terá maior probabilidade de desenvolver um estilo de vida

mais saudável, contribuindo, assim, para uma intervenção assente na mera transmissão de informação (OE, 2010). No entanto, há que ter em conta que “(...) *a informação não é suficiente para provocar mudanças*” (OE, 2010, p. 13). O mesmo autor reforça ainda a ideia de que o alcance da motivação ou a aquisição do desejo de mudança relativamente a comportamentos ou estilos de vida não adequados está dependente de inúmeros fatores, dos quais se destacam a motivação inerente ao adolescente, o controlo na tomada de decisão, a própria autoconfiança e a intervenção de carácter individual, devendo existir uma intervenção de apoio que incorpore técnicas cognitivo-comportamentais.

É neste seguimento que a esperança do adolescente e o uso de intervenções promotoras de esperança, de carácter cónico-comportamental, assumem um lugar de destaque, uma vez que a esperança do adolescente assume um papel bastante protetor perante a doença crónica ou complexa. Existem, assim, estudos que reforçam a necessidade da mobilização do atributo positivo da esperança e do recurso a intervenções promotoras de esperança nesta população específica, dados os resultados provenientes da esperança no adolescente com doença crónica, dos quais se destacam, a promoção da saúde e a adesão ao regime terapêutico, a facilitação do *coping*, o aumento da qualidade de vida, a espiritualidade e o sentido de vida, o aumento da autoestima, a maturação, bem como o fato de ser um importante fator de resiliência (Griggs & Walker, 2016).

Mas em que é que consiste a esperança do adolescente?

A esperança do adolescente é definida como o grau em que o adolescente possui uma crença reconfortante e sustentada pela vida, baseada na realidade, de que existe um futuro positivo para si e para os outros, sendo essencial para o atingimento de uma sensação plena de bem-estar, prevenção do desespero, aceitação, tolerância e adesão aos tratamentos (Hinds, 2004; Hinds et al., 1999). Como é reforçado por Griggs & Walker (2016), é um conceito que se encontra estritamente relacionado com uma orientação futura positiva, estruturação de opções, delineação de metas e objetivos, perseverança e elevada probabilidade de sucesso.

Dado que a esperança no adolescente pode ser reforçada por pessoas externas, os enfermeiros assumem um lugar de destaque, na medida em que podem ser facilitadores da esperança do adolescente (Hinds, Martin & Vogel, 1987). Neste sentido, e para que haja uma intervenção facilitadora/promotora de esperança no adolescente com excesso de peso/obesidade, torna-se fulcral o recurso a uma comunicação terapêutica com enfoque

na esperança, recorrendo à adaptação da entrevista do adolescente, preconizada pela OE (2010), bem como à adaptação de narrativas terapêuticas promotoras de esperança, descritas no modelo de intervenção em ajuda mútua promotor de esperança (MIAMPE), desenvolvido por Charepe (2014).

A entrevista do adolescente permite ao enfermeiro identificar as necessidades do adolescente, os problemas e os desafios que o mesmo enfrenta, bem como os desejos ou o sentido das experiências pelas quais passou, devendo, para tal, obedecer ao cumprimento de princípios éticos, como o respeito pela autonomia, privacidade e confidencialidade. Deve ser realizada num espaço acolhedor, confortável, livre de ruídos ou distrações, dando-lhe a possibilidade de realizar a entrevista com ou sem a presença dos pais/pessoas significativas, e proporcionando-lhe, deste modo, o reconhecimento pela sua autonomia e individualidade, tão importantes nesta faixa etária (OE, 2010).

Cruzando os princípios orientadores da entrevista do adolescente e as narrativas terapêuticas descritas no MIAMPE, conseguimos adaptar a nossa comunicação no sentido de obter uma comunicação com enfoque na promoção da esperança do adolescente com excesso de peso/obesidade, respeitando sempre as três fases da entrevista do adolescente (OE, 2010).

Assim, a entrevista deverá ser iniciada com uma fase de acolhimento, recorrendo a estratégias que favoreçam o estabelecimento de uma relação terapêutica e que abram canais facilitadores da comunicação, especialmente se for o primeiro contato com o adolescente e família. A elaboração de um *kit* com material de acolhimento para o adolescente e família, é um exemplo de uma destas estratégias que se encontra definida no MIAMPE, podendo este incluir uma carta ou um folheto de “boas vindas” bem como a construção de uma caixa de desejos, que tem como principal objetivo conhecer as expectativas do adolescente e da família (Charepe, 2014). A carta ou folheto informativo deve conter uma mensagem de “boas-vindas”, acompanhada de imagens apelativas, e deve abordar a finalidade da consulta, dando ênfase ao cumprimento dos princípios éticos de autonomia, privacidade e confidencialidade, bem como o contato da unidade, com o intuito de evitar que o adolescente se sinta sozinho neste processo.

Após a entrega da carta ou do folheto, deverá existir um agradecimento pela sua presença, seguindo-se uma breve apresentação dos diferentes elementos, incluindo o enfermeiro, o adolescente e os pais/pessoas significativas. Estas intervenções serão a base

para o estabelecimento de um acolhimento adequado e para a criação de um clima de confiança. Importa salientar que se os pais estiverem presentes deverá ser realizada a saudação bem como a apresentação ao adolescente, em primeiro lugar, recorrendo ao contacto visual e à validação do nome pelo qual gosta de ser tratado, e só depois dirigir o olhar para os pais/pessoas significativas, permitindo ao adolescente a compreensão do seu papel enquanto protagonista na consulta de saúde juvenil. O recurso a temas neutros, na fase inicial da entrevista, poderá funcionar como uma estratégia útil para a abordagem a temas mais sensíveis ao longo da entrevista.

Após a exploração e discussão do motivo e das expectativas dos diferentes elementos, com recurso a narrativas como “*O que teria de acontecer para que este encontro possa vir a ser útil?*”, deverá ser dada ao adolescente a possibilidade da realização da entrevista sem a presença dos pais/pessoas significativas, estimulando a sua autonomia e a sua tomada de decisão.

Posto isto, deverá iniciar-se a fase exploratória, mantendo o recurso a técnicas de apoio narrativo e intervenções de enfermagem facilitadoras/promotoras de esperança, estando estas direcionadas com o envolvimento do enfermeiro na relação com o adolescente, proporcionando a transmissão de empatia (Hinds, Martin & Vogel, 1987). Estas intervenções vão ao encontro do uso da honestidade no esclarecimento de dúvidas do adolescente relacionadas com a obesidade, o ser atencioso, disponível e interessado, reconhecendo a sua individualidade e unicidade, e o facto de ter conversas que não abordem exclusivamente a sua doença crónica, contribuindo para a distração cognitiva (Hinds, 2000). Nesta fase deve ocorrer, também, uma colheita de dados do adolescente, relativamente a aspetos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, tentando compreender o significado que o adolescente atribui às suas vivências, as suas necessidades e preocupações. A avaliação familiar assume um lugar de extrema importância, uma vez que a avaliação e intervenção familiar estão na base da intervenção de enfermagem em saúde infantil e pediátrica. Assim, o recurso ao genograma e ecomapa de esperança torna-se essencial, visto que o genograma de esperança tem como principal objetivo “(...) *identificar os recursos e interações de esperança numa perspetiva intergeracional (...)*” (Charepe et al., 2011, p. 350) e o ecomapa de esperança permite realizar uma análise relativa ao tipo de relações no que concerne à família e aos recursos existentes na comunidade, facilitando a identificação de fatores influenciadores de esperança do adolescente, quer intrínsecos quer extrínsecos ao mesmo (Charepe et al., 2011).

A última fase da entrevista, denominada por fase resolutiva, visa a facilitação do delineamento, por parte do adolescente, de metas e objetivos alcançáveis a curto prazo, no que concerne à perda de peso, podendo-se recorrer, para tal, à adaptação de instrumentos de registo do MIAMPE. Destaca-se a possibilidade da construção de um diário de esperança relacionado com a adoção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, onde poderá constar um instrumento de metas e objetivos, que inclui um diagrama, bem como uma pergunta escala, que irá possibilitar ao enfermeiro a avaliação da esperança do adolescente em cada objetivo negociado, podendo a intervenção ser adaptada de acordo com o *score* obtido, bem como um mapa de recursos. Para a construção destes dois instrumentos poderão ser mobilizadas narrativas terapêuticas como: *Para que seja possível concretizares os teus planos, quais os primeiros passos que terás que dar? Quem ou o que é que te ajudará a concretizá-los?* ou *“Para dares esse passo, o que poderias fazer ainda hoje?”* (adaptado de Charepe, 2014). Deverão ser disponibilizadas as diversas opções para que o adolescente escolha o caminho que quer seguir, bem como a descrição dos recursos que tem à sua disposição, estimulando a autonomia, responsabilização pela sua saúde e adesão ao regime terapêutico. Este diário de esperança deverá ser analisado em todas as consultas de saúde juvenil, motivando o adolescente a partilhar todas as metas que já conseguiu alcançar e tentando que o mesmo encontre soluções para as dificuldades sentidas, redefinindo metas realistas, se for necessário.

O reforço positivo da capacidade que o adolescente tem para cumprir as metas ou objetivos realistas definidos deverá ser uma constante nas consultas de saúde juvenil, bem como a entrega de mensagens de esperança, contribuindo para um maior envolvimento do mesmo durante todo o processo.

Após o término da fase resolutiva, deverá proporcionar-se a entrada dos pais/pessoas significativas, devendo ser definido previamente com o adolescente os tópicos a abordar, de modo a garantir a privacidade e a confidencialidade.

1.5. Conclusões

A participação nesta reunião semanal multidisciplinar, permitiu-me refletir aprofundadamente sobre esta temática e possibilitou-me uma melhor compreensão da problemática da obesidade na adolescência e de como é que a promoção da esperança no adolescente com excesso de peso/obesidade poderá contribuir para a adesão a hábitos e estilos de vida mais saudáveis. Permitiu-me aumentar a minha consciência para a

importância do uso de uma comunicação facilitadora/promotora de esperança no adolescente com excesso de peso/obesidade, dados os *outcomes* provenientes de uma intervenção promotora de esperança no adolescente com doença crónica.

Como refere Griggs & Walker (2016), os profissionais de saúde devem focar-se nos pontos fortes e inculcar esperança nos adolescentes com doença crónica, utilizando, para tal, uma intervenção de enfermagem que vise a promoção da esperança, uma vez que ao intervir no aumento dos *scores* de esperança, estaremos a intervir, consequentemente, para a promoção da saúde do adolescente, para um aumento da sua autoestima e para a facilitação e adaptação emocional, resultando numa melhoria do autocuidado e numa maior adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis.

Estas conclusões podem ser apoiadas por um estudo qualitativo, desenvolvido por Yerges, Snethen & Carrel, (2020) que analisou as perceções de adolescentes do sexo feminino com excesso de peso/obesidade no que concerne ao ambiente clínico criado em consultas de saúde juvenil. De acordo com os mesmos autores, as adolescentes expressaram que o estilo de comunicação utilizado pelos profissionais de saúde encontra-se estritamente relacionado com o interesse e a motivação das mesmas. Realçaram o fato de que a energia, a motivação, a coragem e o envolvimento proveniente do profissional de saúde são fatores essenciais para que se sintam ouvidas e envolvidas, para que se sintam protagonistas da consulta de saúde juvenil, o que contribui para o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança, tão importantes numa intervenção de enfermagem promotora de esperança. No entanto, alertam para a necessidade do uso de intervenções individualizadas e estruturadas, desvinculadas do uso de uma intervenção de mera transmissão de informação relacionada com a perda de peso, e onde o profissional de saúde atue no sentido do estabelecimento de metas e objetivos individuais, com diferentes opções para o cumprimento dos mesmos, privilegiando sempre a escolha individual, dada a importância da autonomia e da independência nesta faixa etária. Bean et al. (2018), corroboram esta ideia, ao referirem que o recurso à entrevista motivacional e à escolha individual acarretam resultados bastante positivos quanto ao envolvimento do adolescente na adesão ao regime terapêutico.

Daqui depreendemos a necessidade do uso de uma comunicação facilitadora/promotora de esperança na intervenção de enfermagem ao adolescente com excesso de peso/obesidade. Denota-se a importância do reconhecimento do adolescente como um ser único, com interesses e necessidades individuais, e a importância de uma

intervenção que transmita atenção, disponibilidade e interesse pelo mesmo. É necessário intervir de forma holística, abordando temas que não se cinjam exclusivamente à obesidade, no sentido de transmitir interesse pelo seu bem-estar e unicidade, e não somente pela sua condição crônica. A avaliação e intervenção familiar adquirem uma grande importância, possibilitando o reconhecimento de fatores influenciadores de esperança, intrínsecos ou extrínsecos ao adolescente.

Assim torna-se essencial o recurso à entrevista do adolescente, preconizada pela OE (2010) e a sua articulação com algumas narrativas terapêuticas proposta pelo MIAMPE (Charepe, 2014).

1.6. Plano de Ação

A elaboração desta reflexão crítica e reflexiva permitiu-me aumentar a minha consciência para a necessidade de adaptar a minha comunicação e de incorporar narrativas terapêuticas na intervenção de enfermagem ao adolescente com excesso de peso/obesidade e família, isto porque, dada a proximidade e o tempo de contacto prolongado que o enfermeiro detém com o adolescente, este pode influenciar de forma positiva ou negativa a esperança do mesmo, constatando-se que certos comportamentos/intervenções podem facilitar, promover ou até inibir os esforços de autossustentação do adolescente, influenciando os seus níveis de esperança.

Assim, no futuro, quando me encontrar perante um adolescente e família com excesso de peso/obesidade tentarei intervir no sentido da promoção da esperança do mesmo, respeitando todas as etapas da entrevista do adolescente preconizadas pela OE (2010), mas recorrendo, simultaneamente, à adaptação de algumas narrativas terapêuticas do MIAMPE (Charepe, 2014), de que são exemplo a carta de boas-vindas, a criação de uma caixa de desejos, a elaboração de um diário de esperança relacionado com a perda de peso que inclua o instrumento de metas e objetivos com a respetiva pergunta escala, bem como o mapa de recursos. A avaliação familiar e a identificação de recursos de esperança, serão também realizadas, recorrendo, para tal, ao genograma e ecomapa de esperança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baptista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V., & Silva, T. D. (2020). O Jovem. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 194–216). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Bradwisch, S. A., Smith, E. M., Mooney, C., & Scaccia, D. (2020). Obesity in children and adolescents: An overview. *Nursing*, 50(11), 60–66.
- Charepe, Z. B. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, Unipessoal.
- Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H. de J. S., Vieira, M. M. da S., & Afonso Neto, L. M. V. (2011). (Re) descoberta de esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 20(2), 349–358.
- Ellis, M., & Pant, P. R. (2020). Global Community Child Health. *International journal of environmental research and public health*. 17(9).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17093331>
- Griggs, S., & Walker, R. K. (2016). The Role of Hope for Adolescents with a Chronic Illness: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*. 31(4), 404–421.
- Hinds, P. S., Martin, J., & Vogel, R. J. (1987). Nursing strategies to influence adolescent hopefulness during oncologic illness. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*. 4, 14–22.
- Hinds, P. S. (2004). The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. *Oncology Nursing Forum*. 31(5), 927–934.
- Hinds, P. S., Quargnenti, A., Fairclough, D., Bush, A. J., Betcher, D., Rissmiller, G., Pratt, Charles, B., & Gilchrist, G. S. (1999). Hopefulness and Its Characteristics in Adolescents With Cancer. *Western Journal of Nursing Research*. 21(5), 600–620.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos da OE - Série I* (3), 1-136.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos Adolescentes: Princípios Orientadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISBN: 972-9425-61-2

World Health Organization. (2017). Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO region 2002-2014. *World Health Organization, Regional Office for Europe*, 87.

Yerges, A. L., Snethen, J. A., & Carrel, A. L. (2020). Female adolescents with overweight and obesity share their perspectives on the clinical setting and weight management. *Clinical Obesity*. 11(1), 1–9.

APÊNDICE III –
Planeamento da Sessão de Formação “Prevenção de Queimaduras em Idade
Pediátrica – *Pequenos Gestos que Salvam Vidas*”

Título: “Prevenção de Queimaduras em Idade Pediátrica – *Pequenos Gestos que Salvam Vidas*”

Local: Sala de Reuniões

Data: xx/xx/2021

Hora:14h

Objetivos:

- Compreender a prevalência das queimaduras em idade pediátrica;
- Identificar os tipos de queimadura em idade pediátrica e as suas consequências para a criança/jovem e família;
- Descrever intervenções relacionadas com a prevenção de queimaduras em idade pediátrica.

Conteúdos Programáticos	Metodologia	Recursos	Duração
- Introdução; apresentação da formadora e objetivos da sessão	Expositiva	Computador e Projetor	5 min.
- Consequências da queimadura na Criança/Jovem	Expositiva		10 min.
- Prevalência das queimaduras em idade pediátrica	Expositiva		
- Tipos de queimadura em idade pediátrica	Expositiva		
- Intervenções relacionadas com a prevenção de queimaduras em idade pediátrica	Expositiva		10 min.
- Conclusão	Expositiva		15 min.
- Visualização de um vídeo, debate e esclarecimento de dúvidas	Expositiva e Participativa		

APÊNDICE IV –
Apresentação “Prevenção de Queimaduras em Idade Pediátrica – *Pequenos Gestos que Salvam Vidas*”



Por: Ana Filipa Paramos, nº 192020043

Enfermeira. Orientadora: Enf

Docente: Prof Zaida Charepe

Outubro, 2021

1

OBJETIVOS:

- Compreender a prevalência das queimaduras em idade pediátrica;
- Identificar os tipos de queimadura mais frequentes em idade pediátrica e as suas consequências para a criança/jovem e família;
- Descrever intervenções relacionadas com a prevenção de queimaduras em idade pediátrica.



Outubro, 2021

2

2

INTRODUÇÃO

Queimaduras em Idade Pediátrica

- A infância é caracterizada pela curiosidade e impulsividade => forma de conhecer o mundo;
- Após a deambulação, há aumento da exploração do meio - pode haver recurso a novos objetos para a atividade de brincar;
- O contacto com novos objetos bem como a deambulação podem causar lesões graves, de que é exemplo a queimadura;
- **Queimaduras:** - Causa de mortalidade e morbidade, evitável, em idade pediátrica;
 - Representam uma das causas mais traumáticas, dolorosas e stressantes para toda a família => sentimento de culpa na família.

Pimenta, J.; Penningh, A. R.; Nohberg, G. & HARRIS, J. (2008). OPS. 2008. Whitehead & Green, 2010 (n. 1, 2017)



Outubro, 2021

2

3

INTRODUÇÃO

Queimaduras em Idade Pediátrica

Queimadura:

- Lesão traumática complexa que requer uma abordagem multidisciplinar;
- Elevadas taxas de internamento;
- Consequências significativas a curto, médio e longo prazo, que se estendem para além da lesão física.



São classificadas de acordo com:

- Agente:
 - Térmicas, Elétricas, Químicas e de Radiação
- Profundidade (relacionado com a camada cutânea atingida):
 - Queimadura epidérmica (antigo 1º grau); Queimadura superficial de espessura parcial (antigo 2º grau superficial); Queimadura profunda de espessura parcial (antigo 2º grau profundo); Queimadura profunda completa (antigo 3º grau)
- Área de Superfície Corporal Queimada (SCQ).



(OPS, 2008, DGS, 10173)

Outubro, 2021

4

4

Consequências da Queimadura na Criança:

Consequências Físicas:



- Alteração da imagem corporal e compromisso da funcionalidade:
 - Cicatrizes hipertróficas
 - Ocorrem em cerca de 50% das queimaduras mais graves;
 - Formação de quelóides;
 - Eventual necessidade de amputação de extremidade.

Consequências Psicológicas:



- Síndrome de Stress Pós-Traumático;
- Ansiedade;
- Depressão;
- Baixa auto-estima;
- Alterações no padrão de sono;
- Ameaça à identidade relacionado com a alteração da imagem corporal, mais observado na adolescência.

Consequências Sociais:



- Internamentos prolongados;
- Fase de reabilitação prolongada;
- Ausências escolares;
- Isolamento social;
- Discriminação pelo grupo de pares
 - "61% das crianças queimadas sofreram bullying na escola"

(Rosen et al., 2007, citado por Pignatari et al., 2014)

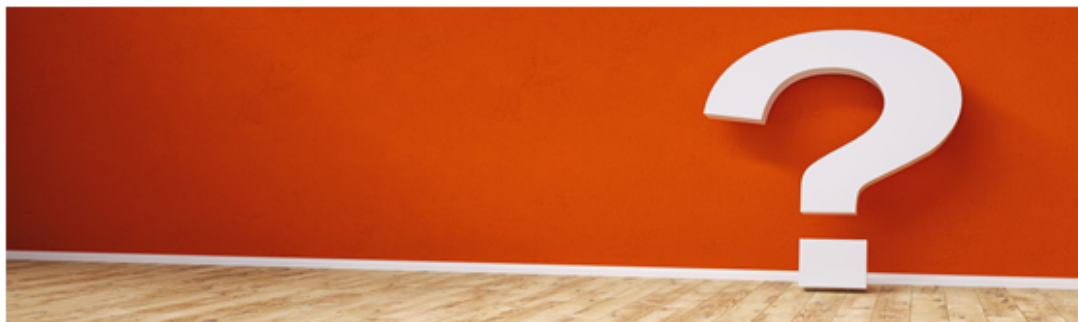
(CPS, 2008)

Outubro, 2021

5

5

Mas será que as queimaduras na criança/adolescente são muito comuns?



Outubro, 2021

6

6

I. PREVALÊNCIA DE QUEIMADURAS EM IDADE PEDIÁTRICA

• A nível mundial:

- As queimaduras são a 11ª causa de morte mais comum em crianças com idades compreendidas entre 1-9 anos;
- As queimaduras representam a 5ª causa mais comum de lesões não fatais em idade pediátrica;
- Crianças com idade igual ou inferior a 5 anos e adolescentes (15-19 anos) apresentam -> risco de hospitalização por queimadura;
- Queimaduras provocadas por derrame de líquidos quentes ou vapores são o tipo de lesão mais comum (60-70%).



(OPIC, 2009; Wounds International, 2014)

• A nível europeu:

- As queimaduras são a 13ª causa de morte em idade pediátrica (0-19 anos);
- Crianças com idade igual ou inferior a 5 anos, representam cerca de 50-80% de todas as queimaduras em idade pediátrica;
- Há poucos estudos epidemiológicos publicados ao nível dos países europeus no que concerne à queimadura em idade pediátrica



(NPS, Iversell et al., 2019; Morio et al., 2017)

Outubro, 2021

7

▪ Realidade de um centro de referência a nível nacional:

▪ Hospital Dona Estefânia (2011-2016):

- No período de 2011-2016 foram internadas 681 crianças, 11% tinham idade igual ou inferior a 12 meses;
- Este estudo centrou-se na criança com queimadura com idade igual ou inferior a 12 meses:

▪ Principal causa: derrame de líquidos quentes

- Água – agente principal: seguindo-se a sopa, o leite, o chá, o café e o óleo.

▪ Segunda maior causa: contacto com superfícies quentes.

- Todas as queimaduras ocorreram no domicílio, com a presença de pelo menos um cuidador;
- Média de área de superfície corporal queimada: 8%;
- Tempo médio de internamento: 19 dias; 6,8% dos casos necessitou de internamento em UCIP;
- Houve necessidade de realização de enxerto em 17 crianças e escarotomia em 2 crianças.



Na fase de reabilitação, verificou-se:

- 6 crianças com presença de bridas e com necessidade de correção cirúrgica;
- 22 crianças com cicatrizes hipertróficas.

Outubro, 2021

Morio, et al., 2017

8

2. COMO PREVENIR?

- É importante compreender:
 - Fatores de Risco;
 - Principais causas;
 - Intervenções que visem a prevenção de queimaduras em idade pediátrica.



Outubro, 2021

9

9

2.1. FATORES DE RISCO

Criança/Jovem:

- Crianças < 6 anos:
 - Fase de desenvolvimento:
 - Curiosidade;
 - Exploração do meio;
 - Falta de experiência na avaliação do perigo.
 - Características físicas:
 - A criança tem a pele mais fina do que o adulto;
 - Atividade reflexa mais demorada;
 - Idade escolar e adolescência:
 - Maior interesse pelo meio exterior.

Ambiente:

- Cozinha e sala em espaço partilhado;
- Existência de produtos de limpeza de uso doméstico no domicílio;
- Fósforos;
- Velas;
- Fogões;
- Fornos;
- Lareiras;
- (...)

Equipamentos não seguros:

- Várias fontes de calor (aquecedores, ferros de engomar, secadores de cabelo);
- Equipamentos de cozinha;
- Aparelhos elétricos;
- Fichas triplas e tomadas sem proteção;
- Isqueiros.

(OMS, 2008)

Outubro, 2021

10

10

2.2. PRINCIPAIS CAUSAS

Queimaduras TÉRMICAS

- A maioria das queimaduras em idade pediátrica são queimaduras térmicas:

Derrama de líquidos quentes

- Após exposição ou derrama de líquido quente;
- 40-70% de todas as crianças hospitalizadas com queimadura;
- Importante causa de incapacidade na criança;
- "Punam líquidos quentes de superfícies elevadas e derramam sobre eles ordofos";
- Queimadura tipo *Mopio de África*



Fonte: André Pignatari, disponível em: [Wound International \(2014\)](#)

Contacto com superfícies quentes

- Quando a pele entra em contacto com um objeto quente;
- Ex: ferros de anotar, recuperadores de calor, porta do forno;
- Queimadura que afeta maioritariamente mãos e dedos;
- Comum em crianças pequenas – tentativas de manutenção de equilíbrio



Fonte: Prof. Frank Duxelle, disponível em: [Wound International \(2014\)](#)

Fogo

- Mais observadas em adolescentes com idade > 15 anos;
- Ex: churrasco (uso de álcool para acender a chama)



Fonte: André Pignatari, disponível em: [Wound International \(2014\)](#)

Vapores

- Quando pele ou mucosas entram em contacto com vapores quentes;
- Ex: panela para realização de soroçolo

Adulto - pele exposta a água a 53° - queimadura profunda completa em 60 seg.;
Criança - ocorrem em cerca de 1/4 - 1/3 do tempo (< tempo de exposição térmica)

Outubro, 2021

11

11

2.2. PRINCIPAIS CAUSAS

Queimaduras ELÉTRICAS

- Relativamente rara em idade pediátrica; mais comum em adolescentes do que crianças;
- Ocorrem quando a eletricidade atravessa o corpo através de uma porta de entrada e de uma porta de saída;
- A extensão da queimadura está diretamente relacionada com a intensidade da corrente elétrica;

Queimaduras elétricas de baixa tensão

- Provocadas pela corrente existente no domicílio;
- Provocam lesões pequenas, mas profundas.
- "Crianças mordem um fio ou introduzem um objeto metálico numa tomada"

Queimaduras elétricas de alta tensão

- Provocadas por cabos de alta tensão;
- Provocam lesões profundas e eventual necessidade de amputação.

Queimaduras QUÍMICAS

- Queimaduras provocadas pelo contacto da pele ou mucosas com produtos corrosivos:

Ex: Produtos de limpeza de uso doméstico

Outubro, 2021

12

12

2.3. INTERVENÇÕES RELACIONADAS COM A PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS EM IDADE PEDIÁTRICA:



13

2.3. INTERVENÇÕES RELACIONADAS COM A PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS EM IDADE PEDIÁTRICA:

▪ De acordo com a literatura:

- A maioria das queimaduras em idade pediátrica ocorre no domicílio;
- A cozinha é a divisão mais frequente;
- Maior parte das queimaduras está relacionado com o momento da preparação dos alimentos;
- Horários das refeições – momento de risco acrescido;
- Ocorrem maioritariamente na presença de um ou mais cuidadores;
- Ocorre maioritariamente em crianças < 5 anos de idade ou adolescência;
- Principal causa: derrame de líquidos quentes.

Outubro, 2021

(Nascimento, Romagosa, A. B., Reisberg, C. & Hübner, J., 2009, OMS, 2009)

14

14

2.3. INTERVENÇÕES RELACIONADAS COM A PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS EM IDADE PEDIÁTRICA:

▪ Educação para a Saúde:

- Reforçar a ligação entre o desenvolvimento infantil e o risco de queimaduras;
- Enfatizar a necessidade de estarem atentos aos perigos presentes no domicílio e aos perigos típicos do quotidiano:

Água do banho

- Limitar temperatura do esquentador a 49° - medida eficaz na prevenção de queimaduras relacionadas com o banho;
- Colocar primeiro a água fria e só depois a água quente; verificar sempre a temperatura com o cotovelo ou região interna do punho;
- Temperatura recomendada: 37°.

(Drape, A. D., 2005; Nazare, J., Romagosa, A. B., Reiberg, O. & Hübner, J., 2009; OPS, 2008; Yu, S., 2013)

Outubro, 2021

15

15

Líquidos quentes

- Reforçar a necessidade de não ingerir ou transportar bebidas ou alimentos quentes com crianças ao colo (chá, café, sopa, etc.);
- **Dados antropométricos** sugerem que:
 - Crianças com 2 anos de idade conseguem alcançar mais de metade da mesa de refeição;
 - Colocar bebidas quentes no centro da mesa e não nas pontas;
 - Não utilizar toalhas de mesa.
- Crianças entre 1-2 anos de idade conseguem alcançar objetos dos bicos da frente do fogão, contrariamente aos bicos de trás;
- Virar tachos no fogão para que as pegas não fiquem ao alcance das crianças.

Superfícies quentes

- Os **dados antropométricos** sugerem que:
 - As bancadas da cozinha estão a um nível superior do campo de visão, mas não se encontram fora do alcance das mesmas;
 - Ter em atenção os fios de pequenos eletrodomésticos.
- Proteger as lareiras ou recuperadores de calor com uma barreira ou cancela.

(Drape, A. D., 2005; Nazare, J., Romagosa, A. B., Reiberg, O. & Hübner, J., 2009; OPS, 2008; Yu, S., 2013)

Outubro, 2021

16

16

Fogo

- Reforçar a necessidade de ter atenção com:
 - Churrascos;
 - Isqueiros;
 - Fósforos;
 - Velas

Cozinha

- Reforçar a necessidade de vigilância constante da criança;
- Reforçar a necessidade de afastar a criança da cozinha durante a preparação das refeições, mantendo sempre a vigilância da mesma por outro cuidador;
- Reforçar a necessidade de manter os produtos de limpeza de uso doméstico em armário fechado, fora do alcance das crianças; a embalagem original nunca deve ser trocada.
- Preferir produtos de limpeza de uso doméstico com fechos de resistência a crianças.

(Draigo, A. D., 2009; Nazare, J.; Romagosa, A. B.; Reiberg, O. & Hub&M, J., 2009; OPS, 2009; Yin, S., 2017)

Outubro, 2021

17

17

A MELHOR FORMA DE EVITAR QUEIMADURAS É PREVENI-LAS!

“PEQUENOS GESTOS PODEM SALVAR VIDAS”

<https://www.youtube.com/watch?v=dI0rAyIqXGw>

Outubro, 2021

18

18

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Abordagem pré-hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. Norma nº 023/2012 de 26/12/2012, atualizada a 13/07/2017.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. 121
- Diago, D. A. (2005). Kitchen scalds and thermal burns in children five years and younger. *Pediatrics*, 115(1), 10-16.
- Lemewell, L.S.T., Moi, A.L., Cheang M., Komhabeq R., Droyq P. (2019). Support needs of parents of hospitalized children with a burn injury: An integrative review. *Burns*.
- Moshfen, T., Landolt, M. A., Meuli, M., & Moshfen, U. (2019). Non intentional burns in children: Analyzing prevention and acute treatment in a highly developed country. *Burns*, 45(8), 1908-1917.
- Morão, S., et al. (2017). Queimaduras abaixo de 1 ano de idade: é imperativo prevenir. Consultado em 07/10/2021, disponível em <https://www.anuaiohde.com/index.php/component/k2/item/1863-queimaduras-abaixo-de-1-ano-de-idade-e-imperativo-prevenir>
- Nattareç J., Rossingh, A. D. B., Reinberg, O., & Hohlfeld, J. (2009). Targeting burn prevention in the paediatric population: A prospective study of children's burns in the Lausanne area. *Swiss Medical Weekly*, 139(37-38), 535-539.
- Norburg W. B., & Hamdon, D. N. (2017). Management of Acute Pediatric Hand Burns. *Hand Clinics*, 33(2), 237-242.

Outubro, 2021

19

19

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Willebrand, M. & Swan, J. (2016). Perceived support in parents of children with burns. *General Hospital Psychiatry*, 38, 105-108.
- WHO (2008). World report on child injury prevention. *Injury Prevention*, 14(1), 69.
- Wounds International. (2014). International Best Practice Guidelines: Effective Skin and Wound Management of Non-complex Burns. *Journal of Wound Care*.
- Yin, S. (2017). Chemical and Common Burns in Children. *Clinical Pediatrics*, 56(Suppl), 85-125.

Outubro, 2021

20

20

APÊNDICE V –
Análise SWOT em contexto de UCIN

S

PONTOS FORTES

- 7 EESIP;
- Enfermeiros com formação NIDCAP®;
- Guia de acolhimento para os pais, traduzido em 6 línguas;
- Enfermeiro de referência;
- NIDCAP® como modelo norteador da prática;
- Preocupação da equipa r/c o impacto da restrição de visitas dos pais;
- Equipa receptiva a novos projetos.

W

PONTOS FRACOS

- Visita dos pais limitada a 4h diárias;
- Diminuição do tempo de contacto dos pais com o RN (ameaça à vinculação e esperança parental);
- Impossibilidade de presença constante do enfermeiro de referência na visita;
- Diminuição da interação dos pais com o enfermeiro de referência.

O

OPORTUNIDADES

- Evidência científica recente r/c o impacto da restrição das visitas nas UCIN;
- Carta da Criança Hospitalizada;
- Aumento do número de partos pré-termo em Portugal.

T

RISCOS

- Normas institucionais r/c o regime de visitas;
- Duração do estágio.

APÊNDICE VI –
Convite de Participação para Sessão de *Focus Group*

A pandemia causada pelo vírus SARS-COV 2 instalou-se, a nível mundial, nos meados do ano de 2020. Consequentemente, houve necessidade de reestruturações em todos os serviços hospitalares e restrições severas do regime de visitas com o intuito de mitigar a transmissão do vírus SARS-COV-2. As restrições das visitas dos pais nas UCIN não foram uma exceção, verificando-se que se trata de uma realidade a nível mundial e nacional. Esta realidade é responsável pela incapacidade da implementação total dos cuidados centrados na família, com consequências negativas tanto para os pais como para os recém-nascidos, de que são exemplo o *stress* e a ansiedade parental e o compromisso na vinculação, com implicações no neurodesenvolvimento do recém-nascido e no bem-estar parental. Apesar das normas e políticas institucionais relacionadas com a restrição das visitas parentais nas UCIN, as unidades detêm um papel preponderante na identificação de formas criativas e alternativas que visem a diminuição do impacto da restrição parental.

Assim, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, e no decorrer do estágio realizado na UCIN, sob a orientação da Enfermeira Mestre e Especialista XX, venho por este meio convidá-la a participar numa discussão em grupo (*focus group*), inserida num projeto intitulado de “*Restrição da presença parental na UCIN – Uma realidade de um Contexto Pandémico, Uma Necessidade de Intervenção*”. Esta discussão tem como principal objetivo a identificação de intervenções/atividades de enfermagem promotoras da vinculação em contexto de restrição de visitas na UCIN relacionado com a pandemia por COVID-19.

A sessão terá uma duração prevista de 30 minutos e será realizada no dia 30/10, no período da manhã, e no dia 31/10, no período da tarde. Contará com a presença de um moderador que colocará questões relativamente à temática supracitada. Importa salientar que não há respostas certas ou erradas, apenas uma opinião pessoal, que é de extrema importância para a consecução deste projeto. Todas as informações recolhidas são confidenciais. Posteriormente, serão analisadas de forma coletiva, não havendo qualquer identificação individual, resultando num documento síntese que será disponibilizado na unidade para consulta futura.

O consentimento de participação no projeto consiste em permanecer no *focus group* até ao término do mesmo, no entanto, poderá abandonar a sessão em qualquer

momento, sem qualquer prejuízo. Caso isso aconteça, os dados serão excluídos do projeto.

Caso esteja interessada e/ou surgir alguma dúvida, não hesite em contactar-me.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Paramos

APÊNDICE VII –
Guião da Sessão de *Focus Group*

Objetivo: Identificar intervenções/atividades de enfermagem promotoras de vinculação em contexto de restrição de visitas parentais na UCIN relacionado com a pandemia por COVID-19.

Local: _____

Data: _____

Hora: _____

Número de Participantes: _____

Guião:

Fase	
Inicial	<ul style="list-style-type: none">• Dispor as cadeiras da unidade em círculo;• Receber os participantes de forma cordial.
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do Moderador ao grupo;• Breve introdução da temática do <i>focus group</i>;• Garantir aos participantes que não existem respostas certas ou erradas, apenas uma opinião pessoal, que é de extrema importância para a consecução do projeto;• Garantir aos participantes a confidencialidade dos dados (os dados serão analisados de forma coletiva, não havendo qualquer identificação individual dos participantes);• Entrega de folha para caracterização da população (idade e grau académico).

APÊNDICE VIII –
Folha de Caracterização de Amostra Populacional do *Focus Group*

Caracterização do *Focus Group*

Tempo de Experiência Profissional: _____

Grau Acadêmico:

Licenciatura

Especialidade

APÊNDICE IX –
Apresentação Sessão *Focus Group*



Restrição da Presença Parental na UCIN -
*Uma Realidade de um Contexto Pandémico,
uma Necessidade de Intervenção*

Sessão de *Focus Group*

Por: Ana Filipa Paramos
Enfermeira Orientadora: Enf^a
Docente: Prof^a Doutora Zaida Charepe

Outubro, 2021



1

Restrição da Presença Parental na UCIN

- A pandemia causada pelo vírus SARS-COV 2 instalou-se, a nível mundial, nos meados do ano de 2020;
- Houve necessidade de reestruturações em todos os serviços hospitalares e restrições severas do regime de visitas com o intuito de mitigar a transmissão do vírus SARS-COV-2.
- As restrições das visitas dos pais nas UCIN não foram uma exceção, verificando-se que se trata de uma realidade a nível mundial e nacional;
- Embora haja evidência a nível mundial e nacional relacionada com a importância da presença parental na UCIN e do recurso aos pais como parceiros ativos no cuidado ao recém-nascido, as normas e políticas institucionais sobrepõem-se.

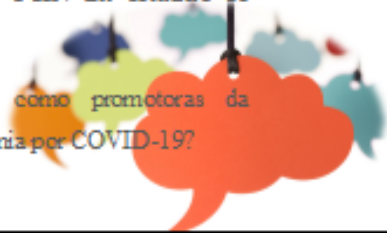
As unidades detêm um papel preponderante na identificação de formas criativas e alternativas que permitam aos pais a redução do sentimento de ausência e de sofrimento e um aumento do sentimento de presença e inclusão na vida do recém-nascido, intervindo no sentido de evitar as consequências nefastas decorrentes da restrição das visitas em UCIN em contexto de pandemia por COVID-19, tanto para os pais como para o recém-nascido.

(Munty & Swales, 2020)

2

Questões:

1. Que efeitos é que acham que a restrição da visita parental na UCIN acarreta para os pais?
2. Que efeitos é que acham que a restrição da visita parental na UCIN acarreta para os recém-nascidos?
3. Como se sentem face à restrição das visitas parentais na UCIN em contexto de pandemia por COVID-19?
4. Que intervenções/atividades de enfermagem identificam como promotoras da vinculação em contexto de restrição relacionado com a pandemia por COVID-19?



3

OBRIGADA PELA VOSSA COLABORAÇÃO!

Qualquer dúvida ou questão, não hesitem em contactar:

anafilipa.paramos@gmail.com

4

APÊNDICE X –
Infográfico “*Intervenções/Atividades de Enfermagem Promotoras da
Parentalidade em Contexto de Restrição por COVID-19 Numa Unidade de
Neonatologia*”

INTERVENÇÕES/ATIVIDADES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA PARENTALIDADE EM CONTEXTO DE RESTRIÇÃO POR COVID-19 NUMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA*

As unidades de neonatologia detêm um papel preponderante na identificação de formas criativas e alternativas que permitam aos pais a redução do sentimento de ausência e de sofrimento e um aumento do sentimento de presença e inclusão na vida do recém-nascido, intervindo no sentido de evitar as consequências nefastas decorrentes da restrição das visitas parentais em contexto de pandemia por COVID-19, tanto para os pais como para os recém-nascidos.

(Munoz & Davison, 2020)

01 Promover a vinculação

- Recorrer à tecnologia digital (4; 6)
 - o Criação vídeos e/ou fotografias do recém-nascido e partilha com os pais e com a família alargada (4);
 - o Realização de videochamadas frequentes com os pais e com a família alargada, incluindo irmãos e avós (4; 6);
 - o "Adquirir um telemóvel para o serviço para envio de fotografias e vídeos" (76)
- Providenciar equipamentos de proteção individual aos pais (3);
- Aumentar o tempo de contato pais-bebé, tanto quanto possível (3; 4; 6);
- Assegurar aos pais a segurança do RN na unidade, quando os mesmos não podem estar presentes (3);
- Incentivar o contato pele a pele (4);
- Encorajar o uso de máscaras transparentes (4; 6);
- Encorajar a construção de um diário do bebé (4);
 - o "Deixa ser um diário misto que inclua um espaço para os pais e outro para os profissionais de saúde, no sentido de criar memórias conjuntas. Até podia ser um caderno em branco para ser completado ao longo do internamento" (74)
- "Providenciar a criação de uma caixa de memórias" (75)
- Encorajar momentos de leitura dos pais para os bebés (4);
- Criar medalhas de celebração de etapas/conquistas do RN (4);
- "Incentivar a colocação de desenhos feitos pelos irmãos nas incubadoras" (72 e 74).



02 Promover a comunicação pais- equipa de enfermagem



- Transmitir informação clara e precisa aos pais (4);
- Realizar chamadas telefónicas frequentes aos pais (4);
- Realizar reuniões multidisciplinares frequentes com os pais, por telefone ou por videochamada (2; 4);
- Realizar uma carta semanal para os pais, do enfermeiro de referência ou do enfermeiro com mais proximidade do recém-nascido e da família (4).

03 Promover o Apoio Parental

- Facilitar o apoio social dos pais na comunidade (2,4);
- Possibilitar o apoio psicológico aos pais (4);
- Possibilitar o apoio religioso aos pais (4);
- Realizar sessões de educação para a saúde, frequentes, por via telefónica ou por videochamada (4);
- Promover a criação de grupos de ajuda mútua online para os pais (4);
- Realizar acompanhamento telefónico após a alta (4);
- Providenciar a articulação com a equipa de cuidados paliativos (4).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Romblin, S., Toljand, A., Mastromarino, S., Di Sisto, G., Castiglione, S., & Sileo, F. M. (2021). Parents experiencing NICU visit restrictions due to COVID-19 pandemic. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 110(2), 140-142.
2. Carter, S. A., Wells, T., & Kuczkowski, A. (2021). Neonatal family-centered care in a pandemic. *Journal of Perinatology*, 42(2), 127-128.
3. Davy-Mckewey, A., White, S. D., Velazquez, A., Barrett, T. A., Clark, S. R., & Almond, K. A. (2021). Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to COVID-19. *Journal of Perinatology*.
4. Garfield, R., Weirgan, S., Chantigny, S., King, M., O'Curry, S., & Archibald, S. J. (2021). Parental and staff experiences of restricted parental presence on a Neonatal Intensive Care Unit during COVID-19. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, August, 1-7.
5. Kulkarni, S., Hoffmann, S., von Kries-Rapin, C., Wöckel, A., Thimmmerman, L. J. J., & Maden, S. (2021). Neonatal care during the COVID-19 pandemic – a global survey of parents' experiences regarding infant and family-centred developmental care. *BMJ Open*, 15, e026084.
6. Litvanovska, L., Štremelova, S., Bulter, S., & Vrtman, D. (2021). Care of hospitalized infants and their families during the COVID-19 pandemic: an international survey. *Journal of Perinatology*, 42(5), 90-98.
7. Moudonkou, R., de M., Couley, P., El Djem, J., Bouchoua, A., Proussacq, Y., Godeaux, T., Baccouche, K., Rajjoui, C., Gali-Carr, S., Myer, S., Boud, K., Gouade, Y., Dala, A., Clark, S., DeWorcy, C., Bajaj, V., & Clarke, S. (2021). Parental perceptions of the impact of neonatal unit visitation policies during COVID-19 pandemic. *BMJ Paediatrics Open*, 4(1), 1-4.
8. Munoz, P. D., & Davison, J. S. (2020). Visitation restrictions in a neonatal intensive care unit: how do we support families in the NICU during COVID-19? *Journal of Perinatology*, 42(2), 128-130.
9. Silva, E., & Aguiar, J. (2021). Presença dos Pais nas Unidades de Neonatologia Portuguesas durante a Pandemia Covid-19. *Seminário Investigação Em Enfermagem*, 14(2), 39-45.

*Resultados da análise de duas sessões de focus group

Autórea: Ana Patrícia Monteiro do 1º de Internado em Enfermagem com Especialização em UP da UCP, ENP

; Prof. Dália Chapeg

APÊNDICE XI –
Reflexão sobre a Importância do Uso do Humor como Intervenção de
Enfermagem Promotora de Esperança no Adolescente em Contexto de
Urgência Pediátrica

INTRODUÇÃO

No âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, na Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório e, mais concretamente, no último estágio da UC, senti necessidade de realizar uma análise crítica e reflexiva, com recurso ao *Ciclo de Gibbs*, decorrente de uma situação por mim experienciada em contexto da prática clínica que decorreu após a realização de um diagnóstico situacional elaborado no próprio contexto.

Como refere Jasper (2003), a prática reflexiva assume-se como um dos principais métodos de aprendizagem na esfera da saúde, sendo considerada uma ferramenta essencial na articulação da teoria com a prática clínica. Este conceito de prática reflexiva emergiu na década de 80, em inúmeras profissões, recorrendo à prática como um ponto de partida para o início do processo reflexivo, permitindo, assim, a compreensão, o aprofundamento e a visualização da situação vivenciada em diferentes perspetivas, o que irá levar, posteriormente, ao planeamento de ações futuras e a uma tomada de decisão eficaz e fundamentada. O recurso a este tipo de metodologia, como é enfatizado pelo mesmo autor, permite, ainda, a aquisição e o desenvolvimento de conhecimento e de competências, essenciais à prática clínica, através da adoção de um pensamento consciente e sustentado pela evidência científica, ao invés da mera observação da prática.

A análise crítica e reflexiva será realizada com recurso ao *Ciclo de Gibbs*, sendo este um ciclo constituído por seis etapas com o intuito de explorar a experiência vivenciada (Jasper, 2003).

Esta reflexão remete-nos, assim, para o estágio realizado no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), de um Hospital Central de Lisboa, que decorreu no período compreendido entre 15/11/2021 e 18/12/2021, e tem como principal objetivo refletir acerca da importância do recurso ao humor como intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente em contexto de urgência pediátrica.

O SUP é um serviço que funciona como porta de entrada para a maioria dos clientes pediátricos nos hospitais, incluindo situações de doença aguda, urgentes ou emergentes, onde existe compromisso de uma ou mais funções vitais, ou situações de agudização de doença crónica ou complexa. Trata-se assim de um local onde a incerteza, a ansiedade e a preocupação relacionada com a situação de saúde/doença e com a probabilidade, mesmo que ínfima, de internamento, emerge no cliente pediátrico.

Quando pensamos num adolescente, em situação de agudização de doença crónica ou complexa, com necessidade de entrada num SUP, torna-se fulcral olhar para a componente da promoção da esperança, apesar de estarmos perante um serviço de urgência, uma vez que a admissão no SUP constitui o primeiro contacto do adolescente com o meio hospitalar, bem como o primeiro contacto visual do enfermeiro com o adolescente.

A adoção de uma conduta promotora de esperança neste tipo de serviço torna-se, assim, essencial, uma vez que, de acordo com Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021), o adolescente é visto como uma das populações de risco para o fenómeno de desesperança, se tiver como condições associadas a doença crónica ou a doença complexa, neoplasia ou doença terminal, e o fato de estarmos num contexto de urgência não pode ser motivo impeditivo para o uso de uma conduta promotora de esperança.

Tendo em conta a evidência descrita anteriormente e sabendo que a promoção da esperança é uma das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), recorri à segunda competência do perfil de competências do ESSIP para justificar a pertinência desta reflexão, que nos remete para “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 2) e um dos respetivos critérios de avaliação “*Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança*” (Regulamento nº 422/2018, p. 3).

Para a construção desta reflexão crítica e reflexiva, utilizei como ponto de partida os resultados preliminares da *Scoping Review*, intitulada de “*Promoção da Esperança do Adolescente em Contexto de Cuidados de Enfermagem: a scoping review*”, suportes teóricos fornecidos pela equipa pedagógica, consulta de literatura cinzenta da área, bem como a pesquisa autónoma em bases de dados científicas (*PubMed*) e motores de busca (*Google Scholar*).

REFLEXÃO CRÍTICA

1.1.Descrição

No decorrer da terceira semana de estágio, tive oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora nos cuidados prestados à criança/jovem e família no serviço de observação (SO).

Num dos dias de estágio da terceira semana, num turno da manhã, constatei que se encontravam cinco crianças internadas, sendo a lotação máximo do SO, seis vagas, podendo estas ser de cama ou berço. Trata-se de uma unidade em *open space*, havendo apenas cortinas entre as unidades para que se possa providenciar privacidade ao cliente pediátrico e família, impossibilitando a individualização do serviço por faixas etárias.

Neste dia específico, destas cinco crianças, encontrava-se presente um lactente, dois *toddlers* e duas crianças em idade pré-escolar, havendo apenas uma unidade disponível para um possível internamento, podendo esta abranger qualquer faixa etária, desde um lactente a um adolescente, o que se torna num possível problema, dado o nível de desenvolvimento próprio de cada faixa etária.

Logo no início do turno, o ambiente estava calmo, tranquilo e silencioso, dado que as crianças ainda se encontravam no período de sono e repouso. No entanto, à medida que a manhã foi avançado, e as crianças foram despertando, o barulho aumentou e as duas televisões disponíveis no SO foram ligadas e sintonizadas num canal de desenhos animados, o que não será estranho tendo em conta a faixa etária das crianças que se encontravam internadas no SO naquele turno específico. No entanto, a probabilidade de internamento de um adolescente com agudização de doença crónica ou complexa neste tipo de ambiente é uma constante, e poderia, inclusive, ser uma realidade neste dia específico, havendo necessidade de refletir acerca desta probabilidade e de arranjar intervenções/atividades de enfermagem que visem a promoção da esperança do adolescente neste tipo de contexto.

Foi neste sentido que surgiu a identificação de um problema, através do uso de uma metodologia dedutiva, sendo este a repercussão que um SO com estas características pode ter nos *scores* de esperança do adolescente e de que modo é que o uso do humor como intervenção de enfermagem promotora de esperança poderá contribuir para o

aumento dos *scores* de esperança em adolescentes em contexto de urgência pediátrica, dado os resultados provenientes da *scoping review*.

1.2.Sentimentos

Durante esta manhã, vários foram os sentimentos que emergiram em mim. Na realidade, este foi o primeiro contacto formativo ou profissional que tive com um SUP, o que me causou, numa fase inicial alguma insegurança. Apesar de ter conhecimento teórico relativo à estrutura funcional e organizacional de um serviço de urgência, proveniente de várias leituras que fiz antes de ingressar no estágio, foi neste preciso momento que me comecei a questionar mais aprofundadamente acerca da problemática da promoção da esperança do adolescente em contexto de serviço de urgência.

Apesar de ter lido sobre o tema e de ter desenvolvido a *scoping review* relacionada com a esperança do adolescente em contexto de cuidados de enfermagem, a verdade é que esta temática está muito direccionada para contextos de internamento e pouco direccionada para um contexto de urgência.

No entanto, naquele dia específico, quando me deparei com um SO praticamente lotado, mas com crianças com faixas etárias entre os 6 meses e os 4 anos, questionei-me: *“E se agora entrasse um adolescente com doença crónica ou complexa em fase de agudização para a única cama disponível neste SO?”*, *“Como é que se iria sentir perante a probabilidade de mais um internamento e perante um cenário de crianças com faixas etárias bastante distintas da dele?”*, *“Como é que eu poderia intervir no sentido de promover a esperança deste adolescente num contexto de urgência?”*.

Foi neste preciso momento que tudo se começou a relacionar.

No entanto, estas questões provocaram em mim uma panóplia de sentimentos, sentimentos esses, inclusive, um pouco ambivalentes. Se por um lado senti alguma tranquilidade, conforto e entusiasmo, por já ter algum conhecimento sobre a temática, proveniente do desenvolvimento da *Scoping Review*, e por saber que o recurso à enfermagem humorística é a única intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente identificada na literatura científica, por outro senti algum desconforto e alguma insegurança, chegando inclusive a questionar-me *“Apesar de saber que o humor é a única intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente, como é que será que o posso utilizar num contexto tão específico como um SUP, onde o contacto com o adolescente, por vezes, é curto e o ambiente é altamente ansiogénico?”*.

No decorrer deste pensamento, senti que ainda precisava de desenvolver mais conhecimento e mais competências relacionadas com o uso do humor como intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente, em contexto de urgência, para que conseguisse recorrer à mesma no futuro, na medida em que, apesar do contexto de urgência ser um contexto de intervenção em que importa providenciar soluções rápidas para os problemas, de uma forma célere e eficaz, este tipo de contexto não pode ser impeditivo de uma lógica de um cuidado holístico, abrangendo a dimensão da esperança do adolescente como uma dimensão do cuidado de enfermagem.

1.3.Avaliação Inicial

Durante este preciso momento, senti que o facto de ter conhecimentos e competências já desenvolvidas noutros estágios relativamente ao recurso a narrativas terapêuticas como estratégias promotoras de esperança no adolescente, constituiu, de facto, um fator preditivo da presente reflexão. No entanto, senti, também, que as competências previamente adquiridas requeriam o desenvolvimento de uma relação terapêutica perpetuada no tempo que, por vezes, se torna impossível num contexto de urgência pediátrica, dada a especificidade inerente ao contexto.

Apesar de saber que o humor é a única intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente e de saber que a mesma poderia ser integrada num contexto de urgência pediátrica, os meus conhecimentos sobre a transferência do conhecimento relacionado com o humor para a prática clínica não estavam completamente solidificados, transmitindo-me, inclusive, alguma insegurança e apreensão, na medida em que o contexto de urgência é um contexto com um carácter ansiogénico elevado, tanto para o adolescente como para a família, e o carácter urgente ou emergente da situação clínica do adolescente leva a que o enfermeiro, por vezes, tenha necessidade de priorizar a intervenção e adote um cuidado de enfermagem mais direcionado para a doença. Por outro lado, sabendo que o humor se trata de um conceito multidimensional e extremamente individual, este requer uma compreensão aprofundada para que se consiga realizar a transferência do conhecimento da teoria para a prática clínica e articular o humor com a esperança do adolescente.

1.4.Análise

Os dados provenientes da *Scoping Review*, permitiram compreender que a esperança do adolescente é definida como o grau em que o adolescente possui uma crença reconfortante e sustentada pela vida, baseada na realidade, de que existe um futuro

possível e positivo para si e para os outros (Hinds, 2004). É considerada uma qualidade interna, que surge no decorrer do processo de interação com os outros, não podendo ser alcançada de uma forma isolada. Foi perceptível, também, que detém características essenciais e específicas ao próprio conceito, salientando-se a presença de diferentes graus ou níveis, a natureza dinâmica adjacente ao próprio conceito, bem como o fato de ser sensível a mudanças situacionais (Hinds et al., 1999).

Sabendo que o adolescente é uma população de risco para o desenvolvimento do fenómeno de desesperança e dado que a esperança do adolescente é sensível a mudanças situacionais, a admissão de um adolescente num SUP, sendo o primeiro contacto do adolescente com o contexto hospitalar, bem como o primeiro contacto visual do enfermeiro com o adolescente, constitui uma oportunidade única para o início de uma relação terapêutica promotora de esperança, sendo que a única intervenção promotora de esperança mapeada na *Scoping Review* vai ao encontro do uso do humor como intervenção de enfermagem.

No entanto, para que consigamos recorrer ao humor como intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente, importa compreender, primeiramente, as especificidades adjacentes ao próprio conceito do humor.

De acordo com Sheldon (1996), o humor é um meio de comunicação frequentemente utilizado pelos seres humanos, em variadíssimas situações e contextos, incluindo a situação de doença e hospitalização.

José (2008) defende que o humor constitui um fenómeno multidimensional, de elevada complexidade. Acrescenta ainda que se trata de uma atitude e de uma forma de representar a realidade, com recurso a uma perspetiva cómica, sendo considerada a apreciação do humor, bem como a sua expressão, através do riso, uma componente essencial do indivíduo e uma necessidade humana básica (José, 2012; José, 2008).

No entanto, apesar de o humor ter vindo a ser estudado por diferentes disciplinas, e de serem conhecidos os benefícios do uso do humor na prática clínica, este nem sempre é utilizado de um modo deliberado pelos profissionais de saúde e, só recentemente, é que o humor foi considerado um foco de investigação na esfera da saúde.

O humor, como refere Sheldon (1996), é um conceito relacionado com o próprio contexto e tem por base eventos incongruentes e inesperados, podendo suscitar na pessoa

sentimentos que oscilam entre a curiosidade e a ansiedade, levando a que a percepção do humor assuma um caráter extremamente individual que depende do modo como a incongruência é interpretada e compreendida no contexto, pela própria pessoa. Constitui, assim, um fenômeno pessoal e individual, podendo ser utilizado como um “*quebra-gelo*” para auxiliar no estabelecimento de uma relação terapêutica, dado que a comunicação com recurso ao humor permite a transmissão de mensagens carinhosas e humanizadoras, contribuindo para a aproximação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada (Sheldon, 1996). Sousa & José (2016) corroboram esta ideia, acrescentando ainda que o recurso ao humor positivo é responsável pela promoção da harmonia na relação enfermeiro-cliente, ajudando-o a manter os seus níveis de esperança.

Sendo um conceito, detém atributos que devem ser atendidos e compreendidos para que possa ser usado de um modo adequado. Sheldon (1996), realça o fato de ser considerado um comentário inesperado; um sentimento de união entre os indivíduos; e, uma qualidade e uma atitude de um indivíduo, no sentido de alcançar o riso na outra pessoa. Para além destes atributos, destaca ainda a relação que tem com a confiança e o sentido de fragilidade adjacente ao próprio conceito, o que implica a necessidade de realização de uma avaliação e ponderação rigorosas, prévias à utilização do mesmo, não podendo ser alvo de generalização, dado que pode suscitar nas pessoas consequências positivas ou negativas, decorrentes da interpretação que as mesmas fazem relativamente ao uso do humor no contexto. Quando usado com sensibilidade e ponderação, pode ser responsável pelo fortalecimento da relação de parceria de cuidados com a criança/adolescente e família.

Agora, importa compreender, também, os aspetos relacionados com o desenvolvimento do humor na faixa etária específica da adolescência.

McGhee, citado por Dowling (2002), defende a existência de um modelo de estádios de desenvolvimento do humor. Através do recurso a uma abordagem cognitiva do humor, e em paralelismo com os estádios de desenvolvimento cognitivo definidos na Teoria Cognitiva de Piaget, investigou a relação existente entre os estádios de desenvolvimento cognitivo e a compreensão e a apreciação do humor, tendo identificado que a compreensão da incongruência adjacente ao uso do humor, bem como a sua apreciação, aumenta com a idade e com a aquisição das tarefas cognitivas (José, 2012; Dowling, 2002).

Quanto à faixa etária específica da adolescência, o estágio de desenvolvimento cognitivo de operações formais, caracterizado pela adoção e interiorização de um pensamento abstrato e hipotético, em detrimento do pensamento concreto, está na gênese da capacidade do adolescente conseguir compreender, conceber e explicar eficazmente as estruturas mais complexas do humor, permitindo-lhe, assim, desenvolver tipos de humor progressivamente mais aprimorados, à medida que a idade avança. Conseguem compreender de uma forma mais célere que o humor se baseia em eventos incongruentes e abstratos, bem como em ambiguidades linguísticas, o que lhes permitirá a aceitação e a apreciação da complexidade inerente ao uso do humor (José, 2012; Dowling, 2002).

Como refere José (2012), o humor permite ao adolescente comunicar e relacionar-se com o outro, sendo um dos recursos mais utilizados pelo mesmo. Permite-lhe lidar, de uma forma mais fácil e eficaz, com aspetos inerentes à vida e à sua condição de saúde/doença, sendo concomitantemente responsável por ajudar o adolescente a ter independência e um sentido de controlo sobre a sua situação, aspetos estes fulcrais na adolescência, dada a fase de desenvolvimento psicológico adjacente a esta faixa etária (José, 2012; José, 2008).

Como intervenção de enfermagem, o humor pode ser utilizado em variadíssimas situações, e foi, inclusive, identificado como a única intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente (Hinds, 2004; Hinds, Martin & Vogel, 1987;). Hinds (1984), citado por Sheldon (1996), refere que quanto mais situações humorísticas o adolescente experienciar, maiores serão os *scores* de esperança do mesmo.

Mas como é que o humor pode atuar na promoção de esperança do adolescente?

De acordo com Hinds, Martin & Vogel, (1987), o humor é um dos componentes do realismo otimista, essencial ao processo de autossustentação do adolescente. O realismo otimista tem por base uma relação terapêutica, entre o enfermeiro e o adolescente, sendo esta caracterizada pela veracidade e pelo cuidado com enfoque num futuro possível e positivo, com recurso a partilha de experiências, conhecimento e momentos com um cariz de diversão (Hinds, 2004). O recurso ao realismo otimista permite que o adolescente veja o enfermeiro não só como um mero profissional, mas também como uma rede de suporte externa significativa e essencial para o aumento dos seus *scores* de esperança, dado que um dos fatores extrínsecos influenciadores da esperança do adolescente se prende com o apoio social prestado pelos enfermeiros.

Hinds (2004), reforça a ideia de que o uso do humor, numa tentativa de envolvimento e interação lúdica dos enfermeiros com o adolescente, atua positiva e diretamente na esperança do adolescente, na medida em que lhe transmite a percepção de disponibilidade dos enfermeiros para o envolvimento numa atividade de cariz lúdico. Apesar de não alterar a realidade inerente à condição de doença crónica ou complexa, é responsável por lhe potenciar uma fuga temporária da realidade, tornando a realidade mais suportável e tolerável. Permite ao adolescente mover-se diretamente para um estado de esperança, diminuindo o esforço necessário para o alcance da distração cognitiva, que é essencial na redefinição de metas ou objetivos realistas e no encorajamento de pensamentos positivos ou neutralizadores, aspetos estes fulcrais para o atingimento de maiores níveis de esperança.

Importa, também, compreender como é que podemos, na prática, mobilizar o humor para a intervenção de enfermagem.

Como refere Sousa & José (2016), as intervenções humorísticas dizem respeito à criação de momentos humorísticos, verbais ou não verbais. Estes momentos, como é enfatizado por Sheldon (1996), são precedidos por um tom de voz ou abordagens sorridentes e cómicas e podem ser seguidos por uma partilha de experiências cómicas, anedotas, adivinhas, filmes e/ou livros humorísticos, podendo, inclusive, ser incorporados num portefólio.

No entanto, dado o carácter paradoxal adjacente ao humor, devem ser considerados três aspetos prévios à implementação do humor como intervenção de enfermagem, devendo estes ser o tempo de contacto, a receptividade do indivíduo, bem como o próprio contexto. Importa salientar que em momentos de situação crítica, o mesmo não deve ser utilizado, podendo ser, posteriormente, mobilizado após a resolução da situação crítica (Dowling, 2002).

A vivência desta situação de cuidados, ao permitir-me refletir aprofundadamente sobre o tema, deu origem à realização de uma proposta de criação de uma caixa de esperança intitulada “*Adolescent Hope Tool Box*”, que poderá ser considerada uma estratégia útil na promoção da esperança do adolescente em contexto de urgência e, mais concretamente, no SO.

Esta caixa seria constituída externamente por mensagens de esperança ao adolescente. Dado que a partilha de experiências de outros adolescentes que passaram por

situações ameaçadoras de saúde também é visto como um comportamento influenciador da esperança do adolescente, mapeado na *scoping review*, poderia ser decorada com mensagens de esperança escritas por outros adolescentes ou por mensagens de esperança escritas pelos enfermeiros ou por outros profissionais de saúde. No seu interior, teria uma estratégia definida no MIAMPE (Charepe, 2014), que vai ao encontro da elaboração de uma carta de “boas vindas” ao SO e materiais humorísticos, adequados ao nível de desenvolvimento humorístico do adolescente, incluindo, uma variedade de literatura humorística, de que é exemplo, livros de anedotas, bandas desenhadas ou desafios mentais; auriculares para visualização de filmes ou vídeos humorísticos no telemóvel ou num *tablet* existente no serviço; e, fotografias ou imagens com um cariz de diversão. Seria constituída, também, por um diário de esperança que permitisse ao adolescente iniciar o planeamento de metas e objetivos alcançáveis pelo próprio, bem como os obstáculos à sua realização.

Apesar de o SO ser um contexto de passagem, poderia ser um instrumento para acompanhar o adolescente após a transferência para o internamento.

Para além dos materiais humorísticos que poderiam ser um recurso para a promoção de esperança do adolescente, seria constituída, também, por um instrumento que permitisse avaliar os *scores* de esperança do adolescente, antes e após a implementação das atividades humorísticas, sendo este a régua da esperança. De acordo com Charepe (2014), a régua de esperança é um instrumento de avaliação da esperança associado a uma representação gráfica e a uma pergunta escala que permite quantificar o nível de esperança.

Assim, a “*Adolescent Hope Tool Box*” seria um recurso a ter no SO, com uma panóplia de materiais humorísticos promotores de esperança, que deverão ser escolhidos de uma forma individualizada, para cada adolescente.

1.5. Conclusões

A realização desta análise crítica e reflexiva, permitiu-me refletir aprofundadamente sobre a temática da promoção da esperança no adolescente em contexto de urgência e permitiu-me uma melhor compreensão da temática.

Permitiu-me, também, aumentar a minha consciência para a importância do uso de uma intervenção promotora de esperança no adolescente com doença crónica ou

complexa, com recurso ao humor, mesmo em contexto de urgência, dados os *outcomes* provenientes de uma intervenção promotora de esperança identificados na *scoping review*.

Apesar de já ter conhecimento prévio sobre o tema, decorrente da realização da *scoping review*, e de ter identificado o humor como a única intervenção promotora de esperança no adolescente, a sua compreensão, operacionalização e transferência para a prática clínica ainda não tinha sido alvo de reflexão e análise. É certo que o contexto de urgência é um contexto com um elevado potencial ansiogénico e com situações de doença crítica, no entanto, este não pode ser um fator impeditivo de uma intervenção de enfermagem promotora de esperança.

O SUP trata-se de um contexto onde se dá o primeiro contacto visual do adolescente com o contexto hospitalar, e mais especificamente com o enfermeiro, e onde a probabilidade de internamento é uma constante na vida do adolescente e da família, podendo constituir, assim, um fator de ameaça à esperança que poderá contribuir para um risco acrescido de compromisso no seu bem-estar e de má adesão aos tratamentos necessários. Daqui depreendemos que, apesar de ser um contacto curto e muitas vezes centrado na doença, derivado da situação crítica em que o adolescente por vezes se encontra, o recurso ao humor como intervenção promotora de esperança, através do uso de atividades humorísticas, poderá ser um recurso bastante útil neste tipo de contexto, requerendo, para tal, uma avaliação prévia e rigorosa, dado o carácter paradoxal adjacente ao conceito de humor.

1.6.Plano de Ação

Esta análise crítica e reflexiva permitiu-me aumentar a minha consciência para a necessidade de adaptar a minha comunicação e intervenção e de incorporar uma intervenção promotora de esperança no adolescente com doença crónica ou complexa, em contexto de urgência e, mais especificamente, em contexto de SO.

Apesar de não ter sido possível implementar a caixa de esperança no SO, dado o curto tempo de estágio adjacente a cada contexto, foi possível a realização da presente análise crítica e reflexiva e a elaboração de uma proposta de um manual para a criação de uma caixa de esperança, intitulada de “*Adolescent Hope Tool Box*” para implementação futura no SO. Esta caixa promotora de esperança, sendo constituída por materiais humorísticos, adaptados ao estadio de desenvolvimento de humor em que o adolescente

se encontra, e associado a intervenções de enfermagem verbais e não verbais, intervirá no sentido de promover os esforços de autossustentação do adolescente, essenciais ao aumento dos seus *scores* de esperança, atuando positiva e diretamente ao nível da distração cognitiva.

Tendo em conta tudo o que foi referido, em situações futuras similares, procurarei intervir no sentido da promoção da esperança do adolescente, realizando uma avaliação prévia e rigorosa, no sentido de compreender quais as atividades humorísticas mais apropriadas para o adolescente com o qual me deparo, individualizando as atividades a cada adolescente e, recorrendo, simultaneamente, à adaptação de algumas narrativas terapêuticas promotoras de esperança, definidas pelo MIAMPE (Charepe, 2014), de que são exemplo o uso da pergunta escala para avaliação das intervenções bem como elaboração de um diário de esperança que possa acompanhar o adolescente ao longo de todo este percurso.

Sendo das competências específicas do EESIP demonstrar e implementar na prática clínica intervenções promotoras de esperança, cabe-me, no futuro, gerir situações similares e implementar intervenções que visem o aumento dos *scores* de esperança do adolescente, mesmo em contextos onde a situação crítica do adolescente possa prevalecer, por vezes, sobre outras dimensões do cuidar. Apesar de ser um contexto caracterizado pela presença de situações de doença crítica, a dimensão da esperança do adolescente não pode ser descurada, sendo o recurso à “*Adolescent Hope Tool Box*” uma estratégia possível de ser mobilizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dowling, J. S. (2002). Humor: a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 28(2), 123–131.
- Charepe, Z. B. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, Unipessoal.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *Nursing Diagnoses - Definitions and Classification 2021-2023* (12th ed.). New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Hinds, P. S., Martin, J., & Vogel, R. J. (1987). Nursing strategies to influence adolescent hopefulness during oncologic illness. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 4(1–2), 14–22. <https://doi.org/10.1177/104345428700400104>
- Hinds, P. S. (2004). The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 927–934. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.927-934>
- Hinds, P. S., Quargnenti, A., Fairclough, D., Bush, A. J., Betcher, D., Rissmiller, G., Pratt, C., B., & Gilchrist, G. S. (1999). Hopefulness and Its Characteristics in Adolescents With Cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 21(5), 600–620.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice: Foundations in Nursing and Health Care Series*. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.
- José, H. M. G. (2012). Humor: A Holistic Care and a Promoting Children's Health. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 6(10), 2551–2555.
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República*, 2ª série (133), de 12 de julho de 2018, 19192–19194.
- Sheldon, L. M. (1996). An analysis of the concept of humour and its application to one aspect of children's nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1175–1183. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb01023.x>
- Sousa, L., & José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde. *Enformação*, Janeiro-Junho, 22–32.

APÊNDICE XII –
Proposta de Manual para a Caixa de Esperança “*Adolescent Hope Tool
Box*”

INTRODUÇÃO

A presente proposta de manual para a elaboração de uma caixa de esperança do adolescente intitulada de “*Adolescent Hope Tool Box*” foi elaborada no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, inserida no 14º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no contexto do estágio de urgência pediátrica.

A concretização da mesma emerge da necessidade de colmatar lacunas teórico-práticas, relacionadas com a temática da promoção da esperança do adolescente que, neste contexto específico, não é equacionada e operacionalizada diariamente pela equipa, como dimensão do cuidado de enfermagem, apesar de ser reconhecida a sua importância no seio da equipa. A equipa recorre ao humor, em situações específicas, embora não o faça de uma forma intencional e não o relacione com a promoção da esperança do adolescente.

Assim, através da realização de um diagnóstico situacional elaborado no próprio contexto, bem como da realização de uma análise crítica e reflexiva sobre o uso do humor como intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente com doença crónica ou complexa, em contexto de urgência e, mais especificamente, em contexto de serviço de observação (SO), surgiu a necessidade de sistematizar informação relativa ao conceito de esperança do adolescente com doença crónica ou complexa e do humor como intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente em contexto de urgência pediátrica, dando origem à presente proposta de manual de elaboração de uma “*Adolescent Hope Tool Box*”.

A elaboração desta proposta de manual pretende ser um documento de consulta rápida, que permita a transmissão de informação à equipa de enfermagem, bem como um documento promotor da operacionalização da caixa, como um recurso passível de ser mobilizado na promoção da esperança de adolescentes em contexto de SO.

Esta proposta de manual encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento teórico, onde é abordado o conceito de esperança do adolescente, o conceito de humor, bem como o uso do humor como intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente. O segundo capítulo aborda a constituição da caixa “*Adolescent Hope Tool Box*”, bem como um exemplo ilustrativo da sua possível constituição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A esperança integra uma componente essencial do cuidado de enfermagem e tem vindo a ser abordada por diferentes teóricas, ao longo dos anos.

No que concerne à população específica da adolescência, importa olhar para a definição de Pamela Hinds, dado que é a definição com maior expressão na literatura até à atualidade. Esta definição resultou de uma *grounded theory*, em 1984, e tem vindo a ser reformulada desde a sua génese.

Assim, a esperança do adolescente, de acordo com a autora supracitada, é definida como o grau em que o adolescente possui uma crença reconfortante e sustentada pela vida, baseada na realidade, de que existe um futuro possível e positivo para si e para os outros (Hinds, 2004). É considerada uma qualidade interna, que surge no decorrer do processo de interação com os outros, não podendo ser alcançada de uma forma isolada. Importa salientar que detém características essenciais e específicas ao próprio conceito, salientando-se a presença de diferentes graus ou níveis, a natureza dinâmica adjacente ao próprio conceito, bem como o fato de ser sensível a mudanças situacionais (Hinds et al., 1999).

De acordo com Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021), o adolescente é uma população de risco para o desenvolvimento do fenómeno de desesperança, se tiver como condição associada a doença crónica ou complexa, neoplasia ou doença terminal. No seguimento desta ideia, e sabendo que a esperança do adolescente é sensível a mudanças situacionais, a admissão de um adolescente num SUP, sendo o primeiro contacto do adolescente com o meio hospitalar e sendo o primeiro contacto visual do enfermeiro com o adolescente, constitui uma oportunidade privilegiada e única para o início de uma relação terapêutica promotora de esperança, sendo que a única intervenção promotora de esperança mapeada na *Scoping Review*, intitulada de “*Esperança do Adolescente em Contexto de Cuidados de Enfermagem: a Scoping Review*” vai ao encontro do uso do humor como intervenção de enfermagem.

No entanto, para que consigamos recorrer ao humor como intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente, importa compreender, primeiramente, as especificidades adjacentes ao próprio conceito do humor, bem como ao desenvolvimento do humor na faixa etária específica da adolescência.

De acordo com Sheldon (1996), o humor é um conceito relacionado com o próprio contexto e o recurso ao humor positivo, como é enfatizado por Sousa & José (2016), é responsável pela promoção da harmonia na relação enfermeiro-cliente, ajudando-o a manter os seus níveis de esperança.

O humor tem por base eventos incongruentes e inesperados, podendo suscitar na pessoa sentimentos que oscilam entre a curiosidade e a ansiedade, levando a que a percepção do humor assuma um carácter extremamente individual que depende do modo como a incongruência é interpretada e compreendida no contexto, pela própria pessoa (Sheldon, 1996).

José (2008) defende ainda que o humor constitui um fenómeno multidimensional, de elevada complexidade. Acrescenta que se trata de uma atitude e de uma forma de representar a realidade, com recurso a uma perspectiva cômica, sendo considerada a apreciação do humor, bem como a sua expressão, através do riso, uma componente essencial do indivíduo e uma necessidade humana básica (José, 2012; José, 2008).

Para além do carácter individual adjacente ao próprio conceito, importa ter em conta os estadios de desenvolvimento do humor. McGhee, citado por Dowling (2002), investigou a relação existente entre os estadios de desenvolvimento cognitivo e a compreensão e a apreciação do humor, tendo identificado que a compreensão da incongruência adjacente ao uso do humor, bem como a sua apreciação, aumenta com a idade e com a aquisição das tarefas cognitivas (José, 2012; Dowling, 2002).

Na faixa etária específica da adolescência, o estadio de desenvolvimento cognitivo de operações formais, caracterizado pela adoção e interiorização de um pensamento abstrato e hipotético, em detrimento do pensamento concreto, está na génese da capacidade do adolescente conseguir compreender, conceber e explicar eficazmente as estruturas mais complexas do humor, conseguindo compreender, de uma forma mais célere que o humor se baseia em eventos incongruentes e abstratos, bem como em ambiguidades linguísticas, o que lhe permitirá a aceitação e a apreciação da complexidade inerente ao uso do humor (José, 2012; Dowling, 2002).

Como intervenção de enfermagem, o humor pode ser utilizado em variadíssimas situações, e foi, inclusive, identificado como a única intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente (Hinds, 2004; Hinds, Martin & Vogel, 1987). Hinds (1984), citado por Sheldon (1996), refere que quanto mais situações humorísticas

o adolescente experienciar, maiores serão os *scores* de esperança do mesmo. Assim, de acordo com Hinds, Martin & Vogel, (1987), o humor integra um dos componentes do realismo otimista, essencial ao processo de autossustentação do adolescente. O recurso ao realismo otimista permite que o adolescente veja o enfermeiro não só como um mero profissional, mas como uma rede de suporte externa significativa e essencial para o aumento dos seus *scores* de esperança, dado que um dos fatores extrínsecos influenciadores da esperança do adolescente se prende com o apoio social prestado pelos enfermeiros.

Hinds (2004) reforça a ideia de que o uso do humor, numa tentativa de envolvimento e interação lúdica dos enfermeiros com o adolescente, atua positiva e diretamente na esperança do adolescente, na medida em que lhe transmite a perceção de disponibilidade dos enfermeiros para o envolvimento numa atividade de cariz lúdico. Apesar de não alterar a realidade inerente à condição de doença crónica ou complexa, é responsável por lhe potenciar uma fuga temporária da realidade, tornando a realidade mais suportável e tolerável. Permite ao adolescente mover-se diretamente para um estado de esperança, diminuindo o esforço necessário para o alcance da distração cognitiva, que é essencial na redefinição de metas ou objetivos realistas e no encorajamento de pensamentos positivos ou neutralizadores, aspetos estes fulcrais para o atingimento de maiores níveis de esperança.

Dado o carácter paradoxal adjacente ao humor, devem ser considerados três aspetos prévios à implementação do humor como intervenção de enfermagem, devendo estes ser o tempo de contacto, a recetividade do indivíduo, bem como o próprio contexto. Importa salientar que em momentos de situação crítica, o mesmo não deve ser utilizado, podendo ser, posteriormente, mobilizado, após a resolução da situação crítica (Dowling, 2002).

2. Caixa “Adolescent Hope Tool Box”

A “*Adolescent Hope Tool Box*” constitui uma ferramenta que poderá ser mobilizada para os adolescentes, em contexto de internamento em SO, com o intuito de aumentar os *scores* de esperança do mesmo.

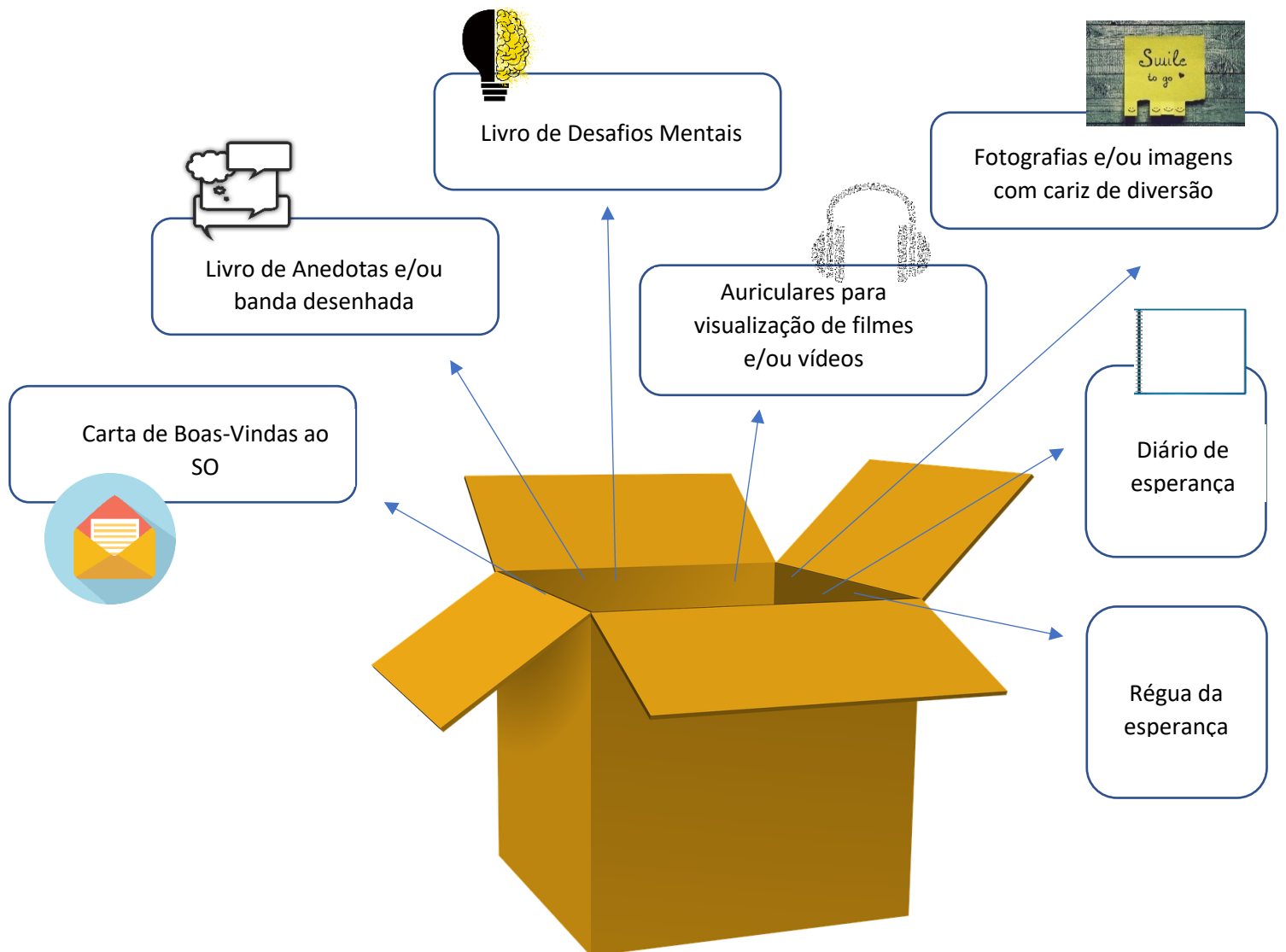
Esta caixa poderá ser constituída externamente por mensagens de esperança ao adolescente. Dado que a partilha de experiências de outros adolescentes que passaram por

situações ameaçadoras de saúde também é visto como um comportamento influenciador da esperança do adolescente, mapeado na *scoping review*, esta poderia ser decorada com mensagens de esperança escritas por outros adolescentes ou por mensagens de esperanças escritas pelos profissionais de saúde. Outra alternativa para a sua decoração exterior poderia ser uma nuvem de palavras relacionada com o conceito de esperança do adolescente que permitisse ao enfermeiro relembrar os fatores influenciadores da esperança do adolescente, quer intrínsecos, quer extrínsecos, bem como o recurso à enfermagem humorística como intervenção promotora de esperança no adolescente.

No seu interior, teria uma estratégia definida no MIAMPE (Charepe, 2014), que vai ao encontro da elaboração de uma carta de “boas-vindas” ao SO e materiais humorísticos, adequados ao nível de desenvolvimento humorístico do adolescente, e que deverão ser escolhidos, de uma forma individualizada e ponderada, após a realização de uma avaliação prévia rigorosa, para cada adolescente, dado o caráter individual e paradoxal adjacente ao conceito do humor. Poderá incluir uma variedade de literatura humorística, de que são exemplo, livros de anedotas, bandas desenhadas ou desafios mentais; auriculares para visualização de filmes ou vídeos humorísticos no telemóvel ou num *tablet* existente no serviço; e, fotografias ou imagens com um cariz de diversão. Seria constituída, também, por um diário de esperança que permitisse ao adolescente iniciar o planeamento de metas e objetivos alcançáveis pelo próprio, bem como os obstáculos à sua realização.

Para além dos materiais humorísticos, que poderão ser um recurso para a promoção de esperança do adolescente, seria constituída, também, por um instrumento que permite avaliar os *scores* de esperança do adolescente, antes e após a implementação das atividades humorísticas, sendo este a régua da esperança. De acordo com Charepe (2014), a régua de esperança é um instrumento de avaliação da esperança associado a uma representação gráfica e a uma pergunta escala que permite quantificar o nível de esperança.

2.1. Exemplo de constituição de uma Caixa “*Adolescent Hope Tool Box*”



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dowling, J. S. (2002). Humor: a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 28(2), 123–131.
- Charepe, Z. B. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, Unipessoal.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *Nursing Diagnoses - Definitions and Classification 2021-2023* (12th ed.). New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Hinds, P. S., Martin, J., & Vogel, R. J. (1987). Nursing strategies to influence adolescent hopefulness during oncologic illness. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 4(1–2), 14–22. <https://doi.org/10.1177/104345428700400104>
- Hinds, P. S. (2004). The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 927–934. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.927-934>
- Hinds, P. S., Quargnenti, A., Fairclough, D., Bush, A. J., Betcher, D., Rissmiller, G., Pratt, C., B., & Gilchrist, G. S. (1999). Hopefulness and Its Characteristics in Adolescents With Cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 21(5), 600–620.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice: Foundations in Nursing and Health Care Series*. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.
- José, H. M. G. (2012). Humor: A Holistic Care and a Promoting Children's Health. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 6(10), 2551–2555.
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República*, 2ª série (133), de 12 de julho de 2018, 19192–19194.
- Sheldon, L. M. (1996). An analysis of the concept of humour and its application to one aspect of children's nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1175–1183. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb01023.x>
- Sousa, L., & José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde. *Enformação*, Janeiro-Junho, 22–32.

APÊNDICE XIII –
Questionário

Exmo. Sr./^a Enfermeiro(a),

O meu nome é Ana Paramos. Sou enfermeira no Hospital Dona Estefânia e encontro-me, atualmente, a frequentar o 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Estou a realizar o estágio de Urgência Pediátrica sob a orientação da Sra. Enfermeira XX e da Sra. Professora Doutora Zaida Charepe.

Este questionário visa compreender a importância atribuída à promoção da esperança do adolescente em contexto de urgência pediátrica, bem como à possibilidade da incorporação de uma caixa de esperança com atividades humorísticas como intervenção promotora de esperança do adolescente no SO.

Todas as informações recolhidas são confidenciais e serão, posteriormente, analisadas, de forma coletiva, não havendo qualquer identificação individual. Os dados serão usados exclusivamente para fins académicos.

Ao colaborar no preenchimento deste questionário, garante o consentimento livre, informado e esclarecido.

A sua participação é fundamental para a consecução deste projeto!

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e fico disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Paramos

Questionário sobre a Importância da Promoção da Esperança do Adolescente em Contexto de Urgência Pediátrica

Caracterização da Equipa de Enfermagem

- Grau académico:
 - Licenciatura
 - Pós-graduação
 - Especialidade
 - Mestrado e Especialidade
- Tempo de experiência profissional na área da Saúde Infantil e Pediatria: _____

Assinale com um (X) a opção que mais se adequa:

1. Considera a esperança do adolescente uma dimensão importante do cuidar de enfermagem num serviço de urgência pediátrica?

Sim

Não

Se a sua resposta for afirmativa, descreva sumariamente em que medida considera esta dimensão importante:

2. A promoção da esperança do adolescente é uma prática frequente no serviço onde presta cuidados?

Sim

Não

Se a sua resposta for afirmativa, dê um exemplo desta prática:

3. Dado que o humor é considerado uma intervenção de enfermagem promotora de esperança no adolescente, consideraria benéfica a existência de uma caixa de esperança (“*Hope Tool Box*”) dirigida ao adolescente com atividades humorísticas para implementação futura no SO?

Sim

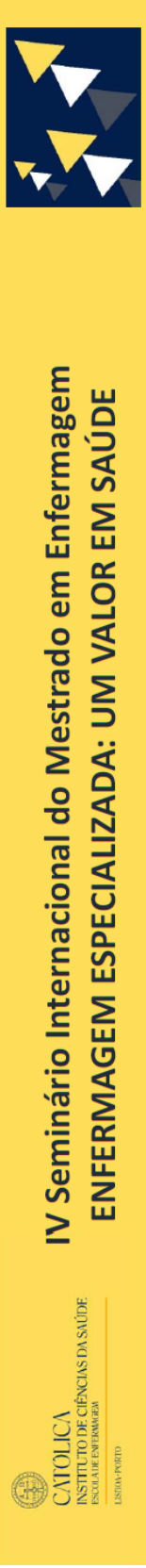
Não

Se a sua resposta for afirmativa, de que forma a mesma poderia vir a ser implementada:

Obrigada pela colaboração!

ANEXOS

ANEXO I –
Certificado de Participação com uma Comunicação Livre no Seminário
Internacional “*Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde*”



IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que o(a) Enfermeiro(a) **ANA FILIPA PARAMOS**, participou e apresentou a comunicação com o tema:

“A esperança na intervenção especializada junto do adolescente”, na Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA - IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 26 de novembro de 2021, Auditório 2, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa) - ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo: PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

ANEXO II –
Certificado de Participação com a co-autoria de um *Póster* no Seminário
Internacional “*Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde*”



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Cláudia Ferreira, em coautoria com Enfermeira Ana Paramos, Prof. Doutora Elisabete Nunes, Prof. Doutora Margarida Lourenço e Prof. Doutora Zaida Charepe, participaram no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, com a apresentação do **Poster n.º 30** com o tema “**Intervenções de enfermagem Promotoras de Esperança no adolescente: scoping review**”, no **dia 26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, **PhD, MEd, RN**
Professora Auxiliar

ANEXO III –
Certificado de Participação no Seminário “*Os Primeiros Anos – Desafios de
Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil*”



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

SEMINÁRIO

Certifica-se que Ana Paramos participou no Seminário “*Os Primeiros Anos – Desafios da Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil*”, realizado nos dias 3 e 4 de Novembro de 2021, na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, assistindo aos Webinares, com a duração total de 8h:

- “Nascer Precoce – Olhar sobre o Recém-nascido Prematuro”
- “Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil – Novos trilhos no cuidar especializado”

Pela Comissão Científica,

Assinado por: GRAÇA MARIA DA COSTA SILVA
BEMPOSTA DE MORAES ROCHA
Num. de identificação: 06011075
Data: 2022.01.05 17:33:26+00'00'



Pela Comissão Organizadora,

Assinado por: Tânia Vanessa Borges da Silva
Num. de identificação: 13444978
Data: 2021.12.19 12:11:34-01'00'

Lisboa, 19 de Dezembro de 2021

