CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
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 PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO

Promotion of Self-Esteem in Children and Adolescents, Specialized Nursing Care

Por
Marta Castanheira Ferreira

Lisboa, 2019

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
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

PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO

Promotion of Self-Esteem in Children and Adolescents, Specialized Nursing Care

Por

Marta Castanheira Ferreira

Sob a orientação de Professora Doutora

Elisabete Maria Garcia Teles Nunes

Lisboa, 2019

"O Êxito depende de nós mesmos..."

Baden-Powell

AGRADECIMENTOS

À Professora Elisabete pela disponibilidade, orientação e partilha de conhecimento.

Aos meus pais por terem insistido que realizasse este mestrado e que sempre me apoiaram e motivaram em todos os momentos e escolhas, e que nunca me deixaram desistir, sem eles não teria chegado até aqui.

Ao Daniel por todo o apoio e motivação que me deu ao longo deste percurso, e por ter aceite a minha ausência em vários momentos, és também um dos meus pilares.

Aos meus amigos que compreenderam o porquê de não estar tão presente nas suas vidas neste último ano e meio.

Aos meus colegas de trabalho pelas trocas de horário, pelas dicas e ajudas.

A todos os enfermeiros que se cruzaram comigo neste percurso e que tanto me ensinaram.

Mas o meu o maior obrigado é para todas as crianças, adolescentes e famílias de quem cuido diariamente, são eles que me fazem querer ser melhor Enfermeira e Pessoa todos os dias!

RESUMO

Recentemente tem-se assistido a um aumento do número de crianças com perturbações emocionais e comportamentais, onde muitas vezes as alterações na autoestima estão na origem destas perturbações. A autoestima é um indicador e um fator protetor da saúde mental com influência no desenvolvimento da criança e é um conceito central da disciplina de Enfermagem, com diagnósticos e intervenções de Enfermagem associados.

Enquanto promotor do desenvolvimento infantil e gestor do bem-estar da criança, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel preponderante na promoção da autoestima na criança e adolescente, já que esta tem implicações nestes dois campos.

Foi escolhida como temática principal deste relatório a **"Promoção da Autoestima em Crianças e Adolescentes",** dada a sua relevância para o desenvolvimento infantil e para os cuidados de Enfermagem, e foi delineado como objetivo geral **"Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com especial ênfase na promoção da autoestima na criança, adolescente e nas mães de recém-nascidos prematuros**". Como forma de cumprir os objetivos propostos foram realizadas atividades subordinadas à temática principal, tendo como base o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Os estágios desenvolveram-se em diferentes contextos, Cuidados de Saúde Primários, Internamento de Pediatria (Cuidados Intensivos e Pedopsiquiatria), Urgência Pediátrica e Neonatologia, tendo sido desenvolvidas como atividades a elaboração de um cartaz e de um folheto informativo sobre a higiene do sono na adolescência, a realização de uma atividade de promoção da saúde oral em crianças em idade escolar, formação aos profissionais de saúde (suicídio e comportamentos autolesivos na adolescência e promoção da autoestima materna), e a elaboração de um guia de acolhimento para crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e de um documento de proposta de introdução da temática da promoção da autoestima em mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de Neonatologia no guia do Plano Nacional Único para a Neonatologia. Foram também desenvolvidas reflexões críticas acerca de situações vivenciadas e foi realizada uma atividade de observação das atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem no serviço de Pedopsiquiatria. Os resultados obtidos da realização destas atividades traduziram-se em ganhos em saúde ao nível da responsabilidade, do rigor e da prevenção, uma vez que se desenvolveram sob a orientação de princípios inerentes à promoção da saúde, bem-estar e cuidado, e na medida em que se adotaram tarefas ativas e

facilitadoras de bons processos de aprendizagem contribuindo desta forma para a melhoria dos cuidados de Enfermagem, particularmente dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A realização destas atividades permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito da assistência à criança/jovem com a família na maximização da sua saúde; ao nível da prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade; e ao nível da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Todo o percurso formativo realizado foi útil não só para a aquisição e desenvolvimento de competências, mas também para a consolidação e obtenção de novos conhecimentos ao nível da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e que contribuirão para a melhoria dos cuidados prestados no futuro. Foi também possível compreender que a autoestima é essencial para a criança e jovem e que o Enfermeiro pode ter um papel fundamental no processo de promoção da mesma, contribuindo para o desenvolvimento saudável da criança.

Palavras-chave: Autoestima, Enfermagem, Criança, Adolescente

ABSTRACT

Recently we have witnessed a growing number of children with emotional and behavioural disorders, where self-esteem changes may be at the root of these disorders. Self-esteem is a mental health indicator and protective factor with influence in child development and it is a central concept of the Nursing studies with associated nursing diagnoses and interventions.

As a child development promoter and child well-being manager, the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing assumes a preponderant role in promoting self-esteem in children and adolescents, since it has implications in these two fields.

The main subject of this report was the **"Promotion of Self-Esteem in Children and Adolescents"**, given its relevance to child development and Nursing care. One general aim was then outlined **"To develop specific competencies of the Infants and Paediatrics Health Specialist Nurse with special emphasis on self-esteem promotion in children adolescents and mothers of premature newborns.** As a way of accomplishing the aim proposed, activities were carried out according to the main subject and based on the Neuman Systems Model. The description of each activity as well as its critical-reflective analysis is shown throughout the report.

Work placements were developed in different contexts, Primary Health Care, Pediatric ward (Intensive Care and Paedopsychiatry), Paediatric Emergency and Neonatology, where the following activities were developed, the design of a poster and information leaflet on adolescence sleep hygiene, an oral health promotion activity in school-age children, training of health professionals (suicide and self-abuse during adolescence and promotion of maternal self-esteem), (suicide and self-injurious behaviours in adolescence and promotion of maternal self-esteem), and the elaboration of a guide for children hospitalised in the Pediatric Intensive Care Unit and a proposal document introducing the theme of the promotion of self-esteem in mothers of premature newborns hospitalised in the Neonatal Unit in the guide of the National Single Plan for Neonatology. Some critical reflections on experienced situations were also discussed and an observation activity was carried out by shadowing the activities developed by the nursing team in the Paedopsychiatric service. The results obtained from these activities translated into health gains in terms of responsibility, rigor and prevention, since they were developed under the guiding principles of health promotion, well-being and care, and to the extent in which active tasks and facilitators of good learning processes were adopted, thus contributing to the improvement of Nursing care, particularly the specialised care in Child and Pediatric Health

Nursing.

The accomplishment of these activities allowed the development and acquisition of the Infants and Paediatric Health Nursing Specialist skills in the scope of the assistance to the child/youth with the family in the maximization of their health; at the level of child/youth care and family care in situations of special complexity; and the provision of specific care in response to the life and developmental needs of children and young people.

The entire formative course was useful, not only for the acquisition and development of competencies, but also for the consolidation and acquisition of new knowledge in Paediatric Child Health Nursing that will contribute in the future to the improvement of the care provided. It was also possible to understand that self-esteem is essential for the child and youth and that nurses can play a fundamental role in the process of promoting it and thus contributing to the healthy development of the child.

Keywords: Self-esteem, Nursing, Child, Adolescent

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

CESIJ - Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECMO – ExtraCorporeal Membrance Oxygenation

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NHACRJ – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNU – Plano Nacional Único

RN – Recém-nascido

SAV – Suporte Avançado de Vida

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 17
CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 21
1.1. CONCEITOS CHAVE 21
1.1.1. Autoestima 21
1.1.2. Autoconceito, autoestima e imagem corporal 24
1.2. REFERENCIAL TEÓRICO 25
1.2.1 Modelo de Sistemas de Betty Neuman 25
1.3. REVISÃO DE LITERATURA: PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES 28
CAPÍTULO 2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO 41
2.1. CONTEXTO CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS 41
2.1.1. Descrição do contexto 41
2.1.2 Descrição e análise reflexiva e crítica do percurso formativo 42
2.2. CONTEXTO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA 48
2.2.1. Descrição do contexto 48
2.2.2 Descrição e análise reflexiva e crítica do percurso formativo 48
2.3. CONTEXTO URGÊNCIA PEDIÁTRICA 57
2.3.1. Descrição do contexto 57
2.3.2 Descrição e análise reflexiva e crítica do percurso formativo 57
2.4. CONTEXTO NEONATOLOGIA 63
2.4.1. Descrição do contexto 63
2.4.2 Descrição e análise reflexiva e crítica do percurso formativo 64
CONCLUSÃO 71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 73
APÊNDICES 85
APÊNDICE I Fluxograma Prisma Scoping Review 87
APÊNDICE II Quadro Resumo Resultados (estudos incluídos por tipo de estudo, objetivos, participantes, conceito, contexto e resultados) 91
APÊNDICE III Poster Scoping Review 97
APÊNDICE IV Guião Entrevista Consulta de Enfermagem Saúde Infantil e Juvenil (Adolescentes e Sono) 101
APÊNDICE V Guião Entrevista Diagnóstico de Situação 105
APÊNDICE VI Suporte Teórico da Ação de Educação para a Saúde Sobre o Consumo de Substâncias Aditivas e a Promoção da Autoestima no Adolescente 109
APÊNDICE VII Relatório do Projeto: "II Semana da Saúde Oral" 145
APÊNDICE VIII Relatório de atividade: Folheto e Cartaz Informativo sobre Higiene do Sono na Adolescência 213

APÊNDICE IX Reflexão: Atividades desenvolvidas e competências adquiridas 233
APÊNDICE X Diversificação Alimentar 247
APÊNDICE XI Reflexão: Relação adolescentes e pais 259
APÊNDICE XII Reflexão: "II Semana da Saúde Oral" 269
APÊNDICE XIII Ficha Leitura 279
APÊNDICE XIV Relatório de atividade: Guia de Acolhimento para a Criança em Idade Escolar Internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 283
APÊNDICE XV Guião Entrevista Serviço de Pedopsiquiatria 319
APÊNDICE XVI Relatório e Reflexão Crítica: Observação participada, Serviço de Pedopsiquiatria 323
APÊNDICE XVII Relatório Sessão de Formação: "Abordagem do Adolescente com Alterações na Autoestima" 347
APÊNDICE XVIII Relatório atividade: Visita Equipa de Enfermagem Pedopsiquiatria 437
APÊNDICE XIX Reflexão: Suicídio e comportamentos autolesivos na adolescência, que resposta? 449
APÊNDICE XX Relatório atividade: Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco 461
APÊNDICE XXI Reflexão: Medidas Não Farmacológicas e Técnicas de Distração no Serviço de Urgência Pediátrica 471
APÊNDICE XXII Relatório Sessão de Formação: "Promoção da Autoestima em Mães de Recém-Nascidos Prematuros Internados na Unidade de Neonatologia" 481
APÊNDICE XXIII Proposta de Introdução da Temática da Promoção da Autoestima em Mães de Recém-nascidos Prematuros Internados na Unidade de Neonatologia no Guia do Plano Nacional Único (PNU) para a Neonatologia 533
APÊNDICE XXIV Reflexão Crítica: Promoção da Autoestima em Mães de Recém-Nascidos Prematuros Internados na Unidade de Neonatologia 553

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa e pretende "**Descrever as atividades realizadas em contexto de estágio**" e "**Analisar de forma crítico-reflexiva o processo de aquisição de competências, fundamentando na evidência científica disponível**". Para este relatório foi escolhida como temática principal a **"Promoção da Autoestima em Crianças e Adolescentes".**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) presta cuidados de "nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao "mundo" da criança" (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018, p.19192), através da utilização de um "modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados" (OE, 2018, p.19192). O EEESIP (OE, 2018, p.19192) atua ao nível da "avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem"; da "gestão do bem-estar da criança"; da "deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida"; da "promoção da autoestima do adolescente" e da sua "progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde".

Sendo a promoção da autoestima uma área de atuação do EEESIP (OE, 2011c; OE, 2018), e estando a mesma relacionada com o desenvolvimento da criança e adolescente (Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal, & Ferreira, 2010; Eddy, 2014; Frada & Neves, 2017; Murray, Dordevic, & Bonham, 2017), considerou-se pertinente abordar esta temática ao longo do percurso formativo. A autoestima é um elemento essencial para a construção e manutenção do bem-estar social, emocional e mental da criança, sendo um indicador e um fator protetor da saúde mental (Plummer, 2012; Reed, et al., 2013). É preditiva do sucesso e bem-estar, influenciando os resultados da vida, podendo servir como um mecanismo de coping (Moksnes & Espnes, 2013; Orth & Robins, 2014). Promover a autoestima é ajudar os indivíduos a modificarem o modo como se percebem e se sentem em relação a si próprios, contribuindo assim para a melhoria da saúde mental da criança (Townsend, 2011; Reed, et al., 2013). O número de perturbações emocionais e do comportamento na criança tem

crescido, podendo desencadear comportamentos de risco na mesma (OE, 2011; Direção-Geral de Saúde (DGS), 2013b). Desta forma, torna-se essencial intervir no âmbito da autoestima como forma de melhoria da saúde mental da criança e adolescente.

A autoestima é um conceito essencial para a prática de Enfermagem, fazendo parte dos seus diagnósticos (Herdman & Kamitsuru, 2015), sendo a sua promoção uma intervenção autónoma de Enfermagem (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016), reforçando-se a necessidade de desenvolver intervenções nesta área.

Foi delineado como objetivo geral e transversal para os contextos de estágio **"Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com especial ênfase na promoção da autoestima na criança, adolescente e nas mães de recém-nascidos prematuros"**. As mães dos recém-nascidos prematuros foram também incluídas nas atividades desenvolvidas uma vez que se considerou que seria difícil aprofundar as questões da autoestima no recém-nascido (RN) prematuro em contexto de Neonatologia, já que que este ainda não possui consciência acerca de si próprio e como tal não terá alterações na sua autoestima. Após a realização do diagnóstico de situação, concluiu-se que seria mais pertinente intervir ao nível da autoestima materna uma vez que tem influência na relação mãe-bebé (McGrath, Boukydis, & Lester, 1993), podendo no futuro influenciar o nível da autoestima da criança, apesar de a literatura referir que a autoestima da criança pode ser estimulada desde o nascimento (esta encontra-se recetiva a estímulos que conduzem à valorização/desvalorização da autoestima), sendo que os pais desempenham um papel fundamental na aquisição da mesma (Barreto, 2015; Frada & Neves, 2017; Anjos, 2018).

Para atingir o objetivo proposto foi realizado em cada contexto de estágio um diagnóstico de situação, tendo em conta a temática da promoção da autoestima, e posteriormente elaboradas e implementadas atividades que deram resposta às necessidades levantadas e que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências do EEESIP e do Enfermeiro Especialista (EE).

O estágio desenrolou-se em quatro contextos diferentes: Cuidados de Saúde Primários (CSP) (de 30 de abril 2018 a 16 de junho de 2018), Internamento de Pediatria (de 03 de setembro de 2018 a 12 de outubro de 2018), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) (de 15 de outubro de 2018 a 16 de novembro de 2018) e Neonatologia (de 19 de novembro de 2018 a 19 de dezembro de 2018). O estágio em CSP foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF), onde foram desenvolvidas atividades no âmbito da promoção da saúde (Saúde Oral em crianças em idade escolar e Higiene do Sono na adolescência), assim como

a realização de Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ). O estágio em contexto de Internamento de Pediatria decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), onde foi elaborado um Guia de Acolhimento para crianças em idade escolar internadas no serviço. Em contexto de internamento foi também realizada uma atividade de observação num serviço de Pedopsiquiatria que teve como objetivo conhecer as intervenções de Enfermagem realizadas pela equipa de Enfermagem do serviço de Pedopsiquiatria e que pudessem no futuro ser utilizadas em estágio ou em contexto de prática profissional, resultando desta atividade um relatório e reflexão crítica da observação realizada. No contexto do SUP foram desenvolvidas atividades no âmbito da promoção da autoestima em adolescentes com comportamentos autolesivos e suicídio. Por fim realizou-se o estágio em contexto de Neonatologia onde as atividades desenvolvidas incidiram sobre a promoção da autoestima materna. Assim realizou-se uma formação nesta área e um documento com uma proposta de introdução da temática da promoção da autoestima em mães de RN prematuros internados na Unidade de Neonatologia no guia do Plano Nacional Único (PNU) para a Neonatologia. O exercício reflexivo também se fez presente ao longo dos estágios através da realização de reflexões acerca de situações vivenciadas em estágio. A elaboração e implementação destas atividades, e posterior avaliação das mesmas, permitiram adquirir competências de EE e de EEESIP ao nível da assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, ao nível do cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, e ao nível da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018), contribuindo dessa forma para a melhoria dos cuidados prestados, particularmente dos cuidados de Enfermagem especializados e que se traduziram em ganhos em saúde.

O relatório é constituído por dois grandes capítulos. O primeiro capítulo faz referência ao enquadramento teórico do relatório e inclui os conceitos chave, o referencial teórico utilizado ao longo do percurso formativo e a revisão de literatura elaborada. No segundo capítulo realiza-se uma análise crítico-reflexiva do percurso formativo, onde é apresentado cada contexto de estágio, o diagnóstico de situação realizado, os objetivos estabelecidos, as atividades desenvolvidas e as competências de EE e de EEESIP desenvolvidas/adquiridas no decorrer dos diversos contextos. Por fim, na conclusão, será feita uma síntese crítica-reflexiva do percurso formativo realizado.

As referências bibliográficas presentes ao longo do relatório foram elaboradas de acordo com a norma APA 6ed.

CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O capítulo que se inicia tem como objetivo definir os conceitos inerentes à temática da promoção da autoestima em crianças e adolescentes, e que serviram de base para a elaboração das atividades realizadas em contexto de estágio, assim como apresentar o referencial teórico de Enfermagem que suportou o percurso formativo. Por fim será apresentada a revisão de literatura efetuada acerca da temática, organizada sob a forma de artigo, facilitado a sua posterior submissão a revisão científica. "A teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos" (Tomey & Alligood, 2004, p.12), e conduzindo-a à autonomia profissional. O conhecimento teórico é importante para orientar o pensamento crítico e a tomada de decisão em Enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

1.1. CONCEITOS CHAVE

1.1.1. Autoestima

A autoestima é um conceito amplamente estudado por diversas disciplinas e é essencial para a sobrevivência psicológica dos indivíduos (McKay e Fanningan, 2003, citados por Townsend, 2011). É um indicador e um fator protetor da saúde mental e física (Mann, Hosman, Chaalma, & de Vries, 2004; Plummer, 2012; Reed, et al., 2013) e um "fator essencial na construção e manutenção do bem-estar social, emocional e mental" (Plummer, 2012, p.9). Desempenha um papel fundamental na vida dos indivíduos, influenciando o sucesso e bem-estar nos domínios das relações sociais, escolar e educação, trabalho, saúde física e mental, influencia os resultados de vida, e atua como mecanismo de coping (Moksnes & Espnes, 2013; Orth & Robins, 2014; Orth, Erol, & Luciano, 2018). Pode ser considerada um mecanismo de defesa que promove o bem-estar ao proteger o equilíbrio interno dos indivíduos (Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004).

Para a Enfermagem, a autoestima é um foco de atenção (OE, 2016), apresentando-se como um diagnóstico de Enfermagem - baixa autoestima crónica, risco de baixa autoestima crónica, baixa autoestima situacional e risco de baixa autoestima situacional (Herdman & Kamitsuru, 2015), e como uma intervenção autónoma de Enfermagem (Bulechek G. M., Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016). Define-se como "autoimagem: opinião que cada

um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva" (OE, 2016, p.42). Para Townsend (2011, p.250) a autoestima "refere-se ao grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos".

A autoestima é composta por três componentes: cognitivo, afetivo e conduta (Alcántara, 2000). O componente cognitivo "indica ideias, opiniões, crenças, perceção e processamento da informação" (Alcántara, 2000, p. 18), o componente afetivo "coadjuva a valoração do que em nós há de positivo e de negativo, implica um discernimento do favorável ou desfavorável, do agradável ou desagradável que vemos em nós. (…) é um juízo de valor sobre as nossas qualidades pessoais" (Alcántara, 2000, p.19) e a componente conduta (ou comportamental) "significa tensão, intenção e decisão de agir, de levar à prática um comportamento consequente e coerente (Alcántara, 2000, p. 20).

Ter uma boa autoestima traz diversos benefícios, gera confiança e capacidade para enfrentar os desafios que surgem, condiciona a aprendizagem, supera as dificuldades pessoais, determina a autonomia pessoal, gera sentimentos de valor próprio, valorização de outras pessoas, de pertença e valor no seio da sua família, auxilia nas tomadas de decisão adequadas, entre outros (Alcántara, 2000; Barreto, 2015; Frada & Neves, 2017). A autoestima positiva e saudável protege as crianças e os adolescentes da doença mental, permitindo-lhes lidar adequadamente com situações difíceis e stressantes da vida, apoia a estabilidade psicológica e a atividade social positiva e é um elemento essencial para o desenvolvimento psicológico da criança (Hosogi, Okada, Fujii, Noguchi, & Watanabe, 2012). A autoestima é essencial para o desenvolvimento da criança/adolescente, constituindo-se como o núcleo da personalidade e um pilar fundamental para a formação de uma personalidade sã atuando como um filtro ao permitir que as crianças/adolescentes valorizem as diferentes experiências vividas e ajudando-as a evitar graves problemas no futuro (Frada & Neves, 2017; Anjos, 2018).

Quanto maior a autoestima, "melhor preparados estaremos para fazer frente às adversidades" (Branden, n. d., citado por Quintana, 2014, p.147). Para encorajar o crescimento e desenvolvimento da autoestima na criança/adolescente Warren (1991, citado por Townsend, 2011) refere que deve-se trabalhar com os mesmos o "sentido de competência da criança/adolescente" (p.251), o "amor incondicional" (p.251), o "sentido de sobrevivência" (p.251), "objetivos realistas" (p.251), o "sentido de responsabilidade" (p.25)

e a "orientação para a realidade" (p.251), só assim estaremos a contribuir para um reforço e aumento da autoestima e para o desenvolvimento da criança/adolescente. Também as respostas dos outros, alguns fatores hereditários e as condições ambientais têm influência no desenvolvimento da autoestima (Townsend, 2011).

A autoestima não nasce com a criança, não é inata, pelo contrário, ela é educável e constrói-se ao longo da vida (Quintana, 2014; Barreto, 2015; Frada & Neves, 2017). Desde o nascimento que a criança se encontra recetiva a estímulos que podem contribuir para a valorização/desvalorização da sua autoestima, onde os pais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da mesma na criança, uma vez que são os primeiros a oferecer-lhe a primeira imagem de si mesma (Barreto, 2015; Frada & Neves, 2017; Anjos, 2018). O valor demonstrado e expressado pelos pais em relação à criança e as mensagens que lhe transmitem são essenciais para o desenvolvimento da sua autoestima. Também a qualidade dos vínculos afetivos iniciais estabelecidos e a formação de laços seguros entre a criança e os pais são fatores fundamentais para o desenvolvimento de sentimentos de valor e competência, e consequentemente da autoestima (Plummer, 2012; Barreto, 2015).

Apesar de a autoestima se desenvolver desde o nascimento apenas a partir dos 8 anos de idade é que a criança apresenta capacidade de verbalizar um sentimento global como pessoa e desenvolve a capacidade cognitiva de verbalizar as avaliações globais do self, ou seja, a autoestima. Antes dos 8 anos só conseguem formular auto-perceções dentro de domínios específicos. É na adolescência que a autoestima se torna mais evidente, uma vez que os adolescentes se preocupam com as opiniões e expectativas de outras pessoas de forma excessiva (Harter, 2012).

Erikson (1963, citado por Townsend, 2011) desenvolveu a Teoria do Desenvolvimento da Personalidade, a partir do estudo que fez acerca da influência dos processos sociais no desenvolvimento da personalidade, e que explica a evolução da autoestima ao longo da vida do indivíduo. Erikson (1963, citado por Townsend, 2011) descreve 8 crises transicionais/maturação/desenvolvimento, cuja resolução tem grande impacto na autoestima. Quando a crise "é resolvida com sucesso num estádio, o indivíduo desenvolve estratégias saudáveis de coping nas quais se pode basear para ajudar a realizar as tarefas de estádios subsequentes" (Townsend, 2011, p.251). Pelo contrário, quando não consegue cumprir as tarefas associadas ao estádio de desenvolvimento, "o crescimento emocional é inibido e este é menos capaz de lidar com crises situacionais e de maturação subsequentes" (Townsend, 2011, p.251).

1.1.2. Autoconceito, autoestima e imagem corporal

O autoconceito é composto pelo self-físico ou imagem corporal, pela identidade pessoal e pela autoestima (Townsend, 2011) e define-se como "a componente cognitiva ou de pensamento do self, e geralmente refere-se à totalidade de um sistema complexo organizado e dinâmico de crenças aprendidas, atitudes e opiniões que cada pessoa tem como verdadeiras sobre a sua existência pessoa" (Huitt, 2004, Townsend, 2011, p.250). O desenvolvimento da autoestima, da imagem corporal e da identidade pessoal é extensamente influenciado pelas "percepções de como um indivíduo é visto pelas pessoas significativas" (Townsend, 2011, p.250).

A autoestima e o autoconceito estão intimamente relacionados. O autoconceito encontra-se na origem, crescimento e consolidação da autoestima, influenciando-a na medida em que a piora ou melhora (Alcántara, 2000; Anjos, 2018). O autoconceito é "uma ideia, enquanto que a autoestima é um sentimento aliado a essa ideia" (Quintana, 2014, p.142). A autoestima está relacionada com a avaliação pessoal do nosso autoconceito, sendo que a "diferença entre o eu percecionado (autoconceito) e o eu ideal dá-nos uma ideia dos níveis de autoestima" (Plummer, 2012, p.11). Ela representa a componente afetiva e avaliativa do autoconceito, ligando aspetos cognitivos, emocionais e sociais da personalidade (Papalia , Olds, & Feldman, 2001; Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004; Townsend, 2011; Sowislo & Orth, 2012). O autoconceito inclui aspetos cognitivos e comportamentais, enquanto que a autoestima está relacionada com a componente avaliativa da área afetiva do eu, "o autoconceito é o conhecimento que o indivíduo tem acerca do self, (…) ao passo que a auto-estima é a forma como o indivíduo se sente acerca dos diferentes atributos do self" (Monteiro, 2012, p.148). Tal como a autoestima, o autoconceito é influenciado pelas experiências de vida da infância, afetando as imagens que formamos do eu ideal, sendo um elemento fundamental na formação da personalidade e um indicador da satisfação pessoal e do bem-estar psicológico (Plummer, 2012; Coelho, Marchante, & Jimerson, 2017).

A imagem corporal é um conceito central do autoconceito e encontra-se relacionada com a autoestima na medida em que é um fator significativo no desenvolvimento da autoestima, influenciam-se mutuamente e como tal é fundamental para o autoconceito (Norris, 1992; Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004; Lachowicz-Tabaczek & Śniecińska, 2011; Townsend, 2011; Veerman, 2013). Segundo a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) a imagem corporal define-se como "autoimagem: imagem mental do próprio corpo no seu todo ou em parte; ou da aparência física do próprio

(OE, 2016, p.62). Townsend, (2011, p.250) define-a como "percepção subjectiva da própria aparência física com base na auto-avaliação e em reacções e feedback de outros". A imagem corporal "influencia significativamente o modo como uma pessoa pensa e sente o seu corpo como um todo, as suas funções e as sensações internas e externas associadas com o mesmo. Inclui também percepções sobre o modo como outros vêm o corpo da pessoa e é fundamental para o autoconceito e para a autoestima" (Gorman, Raines e Sultan, 2002, citados por Townsend, 2011, p.250).

1.2. REFERENCIAL TEÓRICO

"Os modelos de enfermagem conceptuais e teóricos são usados para fornecer conhecimentos por forma a melhorar a prática" (Potter & Perry, 1997, citado por Tomey & Alligood, 2004, p.31), assumindo uma grande importância para a mesma ao auxiliar os enfermeiros a organizar, compreender e analisar os dados do cliente, a tomar decisões sobre intervenções de Enfermagem, a planear os cuidados ao cliente, a prever os resultados dos cuidados e a avaliar os resultados do cliente (Tomey & Alligood, 2004). Para a elaboração das atividades desenvolvidas em estágio e deste relatório, foi escolhido como referencial teórico o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1972, 1982, 1989), uma vez que as alterações na autoestima da criança/adolescente são consideradas *stressores* que influenciam diretamente o bem-estar da criança/adolescente (cliente). O Enfermeiro tem o dever de manter o sistema do cliente em harmonia, avaliando os efeitos (ou potenciais efeitos) dos *stressores* e ajudando o cliente nos ajustes necessários para atingir o nível ideal de bem-estar, que neste caso é a autoestima positiva (Tomey & Alligood, 2004).

1.2.1 Modelo de Sistemas de Betty Neuman

O modelo de Neuman (1972, 1982, 1989) baseia-se na teoria geral dos sistemas Von Bertalanffy (1968), que "afirma que todos os elementos de uma organização complexa estão em interacção" (Tomey & Alligood, 2004, p.336), traduzindo-se, por isso, num modelo dinâmico e aberto, em que o cliente está em (permanente) relação contínua com o ambiente (de forma recíproca), adaptando-se ou adaptando-o a si (Tomey & Alligood, 2004; Neuman & Fawcett, 2011). Desta forma, pode-se afirmar que o principal objetivo da Enfermagem é facilitar o bem-estar ideal para o cliente através da retenção, realização ou manutenção da estabilidade do sistema do cliente (Neuman & Fawcett, 2011); ou seja, o bem-estar corresponde ao maior grau possível de estabilidade do sistema num determinado ponto no tempo e existe quando as partes do sistema do cliente interagem em harmonia e as

necessidades do sistema são satisfeitas (Tomey & Alligood, 2004; Neuman & Fawcett, 2011). Por outro lado, quando há uma desarmonia entre as diferentes partes do sistema, o cliente experiencia uma sensação de mal-estar (ou de doença), um vez que não há uma satisfação plena das suas necessidades a diversos níveis (Tomey & Alligood, 2004), pois o sistema cliente "(…) é um composto dinâmico de inter-relações entre factores fisiológicos, psicológicos, socio-culturais, espirituais e de desenvolvimento" (p.340).

Uma noção que tem por base a teoria de Gestalt e a perspetiva filosófica de Chardin e Marx, na medida em que o modelo Neuman engloba a totalidade (*wholiostic*), orientação para o bem-estar, perceção e motivação do cliente e uma perspetiva de sistemas dinâmicos de energia e interação variável com o ambiente que contribuem para mitigar possíveis danos do *stressor*, enquanto cuidadores e clientes formam uma relação de parceria para negociar metas de resultados desejados para retenção, restauração e manutenção ótimas da saúde (Neuman & Fawcett, 2011).

Neste sentido, para Neuman a Enfermagem preocupa-se, em primeiro lugar, em definir ações apropriadas a situações relacionadas ao *stress* (Selye, 1974) ou em possíveis reações do cliente, tendo por base todas as variáveis que afetam o cliente no seu ambiente, numa lógica de intervenção preventiva (Neuman & Fawcett, 2011), indo assim ao encontro da teoria de Caplan (1965).

Assim, Neuman define **pessoa** como sendo o cliente/sistema (que pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social) que está em constante mudança (ou deslocação) e em permanente interação recíproca com o ambiente, e que se encontra envolta em círculos concêntricos protetores (Linha de Resistência, Linha de Defesa Normal e Linha de Defesa Flexível[1]) (Neuman & Fawcett, 2011; Tomey & Alligood, 2004).

Por sua vez, o **ambiente** é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, existindo três ambientes relevantes: interno (intrapessoal, toda a interação está contida no cliente), externo (interpessoal ou extrapessoal; todas as interações ocorrem fora do cliente) e o criado (inconscientemente desenvolvido e utilizado pelo cliente para sustentar o *coping* protetor, ou seja, "(…) ajuda o cliente a lidar

1 **Linha de Resistência:** "representam os factores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor" (p.339); **Linha de Defesa Normal:** círculo sólido exterior do modelo. Representa um estado de estabilidade para o individuo ou sistema" (p. 339); **Linha de Defesa Flexível:** "É entendida como um para-choques protector para impedir que os stressores atravessem, o normal estado de bem-estar" (Tomey & Alligood, 2004, p.339)

com a ameaça de *stressores* ambientais, mudando-se a si próprio ou a situação. (…) influencia e é perpetuamente influenciado pelas alterações do estado de bem-estar do cliente" (Tomey & Alligood, 2004, p. 340, 342).

Já a **saúde** é entendida por Neuman como um continuum entre a sensação de bem-estar e o mal-estar, que está constantemente sujeito à mudança (Neuman & Fawcett, 2011; Tomey & Alligood, 2004), pois o bem-estar do cliente é influenciado por estímulos produtores de tensão (*stressores*) que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente, podendo ter um efeito positivo ou negativo. Este efeito depende da perceção do cliente e da habilidade em negociar os efeitos do *stressor*.

Os *stressores* podem, ainda, ser classificados em intrapessoais (forças ambientais internas que ocorrem dentro do limite do sistema do cliente); interpessoais (forças externas de interação ambiental que ocorrem fora dos limites do sistema do cliente na faixa proximal), e extrapessoais (forças externas de interação ambiental que ocorrem fora dos limites do sistema de clientes na faixa distal) (Neuman & Fawcett, 2011; Tomey & Alligood, 2004).

A principal preocupação da **Enfermagem** é então manter o sistema do cliente em harmonia, avaliando os efeitos (ou potenciais efeitos) dos *stressores* e ajudando o cliente nos ajustes necessários para atingir o nível ideal de bem-estar. As **intervenções de Enfermagem** traduzem-se em ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema (usando três intervenções preventivas[2]), podendo ocorrer antes ou depois das linhas protetoras de defesa e de resistência serem penetradas nas fases de reação e de reconstituição (Tomey & Alligood, 2004).

Em suma, ao manter o sistema estável/em harmonia, o Enfermeiro cria vínculos entre o cliente, o ambiente, a saúde e a Enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011).

[2] Os três níveis de intervenção são o **primário** (antes da reação aos stressores; quando se suspeita ou se identifica um stressor; ainda não ocorreu nenhuma reação mas o grau de risco é conhecido), **secundário** (após a ocorrência do stressor; envolve intervenções ou tratamento iniciados após ocorrência de sintomas de stress) e **terciário** (após tratamento de uma reação stressora; ocorre depois do tratamento ativo ou do estágio de prevenção secundário; centra-se no reajustamento com vista à estabilidade ótima do sistema do cliente e tem como objetivo principal fortalecer a resistência aos stressores para ajudar a prevenir o reaparecimento da reação ou a regressão) (Neuman & Fawcett, 2011; Tomey & Alligood, 2004).

1.3. REVISÃO DE LITERATURA: PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

INTRODUÇÃO

A autoestima é um conceito multidisciplinar, presente em várias áreas, onde tem vindo a ser estudado ao longo dos anos. É um elemento essencial para a construção e manutenção do bem-estar social, emocional e mental da criança, sendo um indicador e um fator protetor da saúde mental e física (Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004; Plummer, 2012; Reed, et al., 2013). Desempenha um papel fundamental na vida dos indivíduos, influenciando o sucesso e bem-estar em diversos domínios, influenciando os resultados da vida, e servindo como mecanismo de coping (Moksnes & Espnes, 2013; Orth & Robins, 2014; Orth, Erol, & Luciano, 2018). É um elemento fundamental para a formação da personalidade da criança gerando na mesma sentimentos de autoconfiança e capacidade para enfrentar os desafios que surgem (Frada & Neves, 2017).

A autoestima é um foco de atenção para a Enfermagem (OE, 2016), podendo-se encontrar nos diagnósticos de Enfermagem (Herdman & Kamitsuru, 2015). A sua promoção é uma intervenção autónoma de Enfermagem, que está descrita na Classificação das Intervenções de Enfermagem e na CIPE (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016; OE, 2016).

Promover a autoestima na criança é ajudá-la a modificar o modo como se percebe e sente em relação a si própria, mas também é reforçar aquilo que sente em relação a si mesma, contribuindo para a prevenção da doença física e mental e de problemas sociais (Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004; Townsend, 2011).

A autoestima é um dos componentes do autoconceito, a par da imagem corporal e da identidade pessoal, podendo afirmar-se que representa a componente afetiva e avaliativa do autoconceito (Papalia , Olds, & Feldman, 2001, Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004; Townsend, 2011; Sowislo & Orth, 2012). A autoestima está intimamente relacionada com o autoconceito, uma vez que o seu desenvolvimento é amplamente influenciado pelas perceções de como um individuo é visto pelas pessoas significativas (Townsend, 2011). O autoconceito encontra-se na génese, crescimento e consolidação da autoestima (Alcántara, 2000). Tal como a autoestima, o autoconceito é influenciado pelas experiências de vida da infância, afetando as imagens que formamos do eu ideal, sendo um elemento fundamental na formação da personalidade e um indicador da satisfação pessoal e do bem-estar psicológico (Plummer, 2012; Coelho, Marchante, & Jimerson, 2017).

A imagem corporal também faz parte do autoconceito e encontra-se relacionada com a autoestima na medida em que é um fator significativo para o desenvolvimento e melhoria da autoestima, influenciam-se mutuamente e como tal é fundamental para o autoconceito (Norris, 1992; Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004; Lachowicz-Tabaczek & Śniecińska, 2011; Townsend, 2011; Dias & Carvalho, 2017).

Relativamente à auto-percepção esta também se relaciona com a autoestima e o autoconceito. Para Hockenberry & Wilson (2011, p514) o autoconceito "refere-se ao reconhecimento consciente de auto-perceções", enquanto que a autoestima resulta da relação das diferentes auto-perceções com a importância atribuída às diferentes facetas do autoconceito (Peixoto, 2003). De acordo com Marsh e Shavelson (1985, citado por Monteiro, 2012, p.147) o autoconceito, refere-se às auto-perceções que o "indivíduo vai formando através das suas experiências com o meio e as interpretações que faz dele".

Dada a relação existente entre a autoestima, o autoconceito, a imagem corporal e a auto-percepção, e de forma a alargar o escopo da revisão, decidiu-se incluir artigos que integrassem intervenções promotoras do autoconceito/autoimagem/auto-percepção. Sendo então a autoestima uma temática relevante para a prática de Enfermagem e estando a mesma relacionada com o desenvolvimento da criança e adolescente, considerou-se pertinente a realização de uma scoping review acerca da temática da promoção da autoestima na criança e adolescente, de forma a mapear quais as intervenções de Enfermagem promotoras da autoestima na criança e adolescente existentes na literatura.

METODOLOGIA

A presente Scoping Review foi elaborada de acordo com a metodologia descrita por The Joanna Briggs Institute (2015).

O objetivo desta revisão é mapear as intervenções de Enfermagem promotoras da autoestima na criança e adolescente e a questão de revisão foi "Quais as intervenções de Enfermagem promotoras da autoestima na criança e adolescente?". Esta questão foi formulada de acordo com a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto):

Participantes – Crianças, adolescentes, enfermeiros, outros profissionais de saúde ou professores

Conceito – Intervenções de Enfermagem promotoras da autoestima

Contexto – Intervenções de Enfermagem promotoras da autoestima aplicadas em qualquer contexto.

Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão utilizados nesta revisão foram definidos de acordo com a pergunta de revisão. Foram incluídos artigos em que os participantes fossem crianças e/ou adolescentes, enfermeiros, outros profissionais de saúde ou professores, e que abordassem e descrevessem as intervenções de Enfermagem promotoras da autoestima, ou intervenções que, apesar de não serem aplicadas por enfermeiros, possam ser utilizadas na prática de Enfermagem, em qualquer contexto. Foram incluídos outros profissionais de saúde e/ou professores uma vez que, e tal como referido anteriormente, a autoestima é um conceito amplamente estudado por outras disciplinas.

Para esta revisão optou-se por incluir também artigos que utilizassem intervenções que promovessem o autoconceito ou a autoimagem ou a auto-perceção, uma vez que se encontram relacionados com a autoestima, tal como referido anteriormente. Foi selecionado como intervalo temporal os cinco anos, o que corresponde ao envelhecimento da literatura, tendo sido incluídos artigos publicados entre 2013 e 2018. Foram incluídos estudos primários e secundários, de abordagem qualitativa e quantitativa, nos idiomas inglês, português e espanhol, e que se encontravam disponíveis em texto integral.

Foram assumidos como critérios de exclusão todos os estudos que não cumpriam algum dos critérios de inclusão supracitados. A pesquisa foi realizada entre 26 de setembro e 6 de outubro de 2018.

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa científica foi realizada em três etapas. Foi feita uma primeira pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, tendo sido analisados os títulos e resumos dos artigos, assim como os descritores dos mesmos, e, a partir desta análise, foram definidas as palavras-chave para a segunda pesquisa: “Self-esteem, Self Concept, Self Perception, Body image, Nurs*, Infant, Child, Adolescent”.

A segunda pesquisa foi feita nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive usando os descritores MESH identificados na primeira pesquisa com os seguintes operadores boleanos: TI (Self-esteem OR Self Concept OR Self Perception OR body image) AND TX Nurs* AND TX (Infant OR Child OR Adolescent).

Foi realizada uma terceira pesquisa a partir das referências bibliográficas dos artigos extraídos da segunda pesquisa, tendo sido incluídos os artigos que se consideraram relevantes para a revisão e que cumpriam os critérios de inclusão.

A pesquisa final deu origem a 5 artigos que se apresentam no fluxograma Prisma em apêndice (APÊNDICE I)

RESULTADOS

A pesquisa realizada deu origem a 699 artigos. Após a leitura criteriosa do título e do resumo de cada um deles, tendo em conta os critérios de inclusão, objetivo e questão de investigação, e após serem retirados os artigos duplicados, foram mantidos 17 artigos. Estes foram lidos na íntegra e tendo sido mantidos apenas aqueles que davam resposta à questão de investigação, ao objetivo e que cumpriam os critérios de inclusão o que se traduziu em 5 artigos. A terceira pesquisa não deu origem a nenhum artigo, uma vez que os mesmos não eram relevantes para a revisão e não cumpriam os critérios de inclusão. Assim, a pesquisa final deu origem a 5 artigos. Os artigos selecionados para a revisão são apresentados em apêndice (APÊNDICE II), em resumo, sob a forma de tabela.

Dos cinco artigos analisados, três estão diretamente relacionados com a promoção da autoestima na criança e adolescente (Lee, 2015; Durmaz & Tufekci, 2016; Murray, Dordevic, & Bonham, 2017), os restantes dois artigos estão relacionados com a promoção do autoconceito e da auto-perceção (Odar, Canter, & Roberts, 2013; Kaufman, et al., 2014). Os artigos incluídos na revisão são estudos quase-experimentais, revisão sistemática da literatura e meta-análise, maioritariamente de abordagem quantitativa.

As populações dos artigos selecionados são adolescentes filhos de imigrantes (Lee, 2015), adolescentes obesos/com excesso de peso (Murray, Dordevic, & Bonham, 2017), adolescentes grávidas (Durmaz & Tufekci, 2016), adolescentes e crianças com doença crónica (Odar, Canter, & Roberts, 2013) e crianças em idade escolar (Kaufman, et al., 2014).

Nos artigos selecionados foram identificadas como intervenções de Enfermagem promotoras da autoestima a terapia de grupo – psicoterapia positiva (Lee, 2015) e o treino do autocuidado (Durmaz & Tufekci, 2016). O programa de arte (Kaufman, et al., 2014), o acampamento para crianças/adolescentes com doença crónica (Odar, Canter, & Roberts, 2013), e intervenção com múltiplos componentes para controlo do peso (Murray, Dordevic, & Bonham, 2017) foram identificadas como intervenções promotoras da autoestima passíveis de serem aplicadas na prática de Enfermagem, apesar de nos estudos onde se encontram terem sido aplicadas por outros técnicos, uma vez que as intervenções de Enfermagem podem incidir sobre o controle de peso e a arteterapia (Meyer, 2012; Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016) , sendo esta última uma intervenção muito utilizada ao nível da saúde mental (Facco, Menezes, Dias, Marisco, & Arboit, 2016). Relativamente

aos acampamentos para crianças/adolescentes com doença crónica os enfermeiros também se encontram presentes, desempenhando um papel fundamental ao nível do suporte das necessidades físicas, emocionais e psicológicas destas crianças mas também na "prevenção primária e terciária, promovendo a saúde, permitindo que estas crianças e adolescentes cresçam e se desenvolvam de um modo o mais independente e harmonioso possível" (Malheiro, 2011, p.28)

O artigo de Lee (2015) teve como objetivo descrever as experiências dos participantes da terapia de grupo e avaliar os efeitos da mesma na autoestima e grau de raiva. A intervenção utilizada foi a terapia de grupo (psicoterapia positiva), que consistiu em oito sessões de terapia de grupo, com ênfase no elogio e na expressão saudável da raiva. A intervenção dividiu-se em três tipos de sessões: sessões sobre o significado (baseadas na logoterapia de Viktor Frankl); sessões sobre caráter positivo (desenvolver um caráter positivo); e sessões sobre o bem-estar subjetivo e compromisso (educação para o perdão, o treino de competências comunicacionais, a árvore genealógica e gratidão).

Os participantes relataram melhoria na qualidade de vida devido à aquisição de determinadas competências durante a terapia de grupo (melhoria das competências comunicacionais, expressão livre de sentimentos e pensamentos e controlo da raiva), o que contribuiu para a melhoria da autoestima dos mesmos. As evidências fornecidas por este estudo sugerem que a psicoterapia positiva melhora a autoestima e os relacionamentos interpessoais e, consequentemente, poderá melhorar a saúde mental do adolescente. O autor recomenda que os enfermeiros que trabalhem em ambientes comunitários usem este tipo de terapia de grupo para ajudar adolescentes em risco de depressão e na prevenção do suicídio (Lee, 2015).

O artigo de Durmaz & Tufekci (2016) teve como objetivo determinar a influência que o treino do autocuidado tem na autoestima, imagem corporal e autocuidado das grávidas adolescentes. O treino do autocuidado teve como base o manual de treino de autocuidado "Your improvement and health is equivalent to your baby's". Este foi elaborado de acordo com a literatura e baseado na teoria de Orem e contém informações acerca da importância do autocuidado, as necessidades de autocuidado, as necessidades de autocuidado em caso de problemas de saúde e incapacidade de autocuidado. Este manual foi transformado numa apresentação de Power Point e foi apresentado às grávidas adolescentes. Pretendeu-se com este estudo que o nível de autocuidado, autoestima e imagem corporal das adolescentes grávidas aumentassem em 4 meses e meio. A intervenção foi realizada através de entrevistas presenciais, telefonemas, atividades de ensino individuais, apresentações, técnicas de

perguntas e respostas e manual de treino. Após a intervenção constatou-se que os níveis de autocuidado aumentaram, assim como os níveis de autoestima e a perceção da autoimagem (Durmaz & Tufekci, 2016).

A meta-análise de Odar, Canter, & Roberts (2013) teve como objetivo avaliar as mudanças na auto-perceção das crianças com doença crónica após a participação em acampamentos para crianças com doença crónica, sendo a intervenção analisada a participação das mesmas nestes acampamentos (o artigo não especifica o número de acampamentos em que as crianças participaram). As crianças/adolescentes que participaram nestes acampamentos apresentaram melhorias significativas na sua auto-perceção, com melhores resultados obtidos ao nível das crianças obesas - acampamentos para perda de peso. Foram também relatadas melhorias na auto-perceção no seguimento realizado a estas crianças após o acampamento (Odar, Canter, & Roberts, 2013). Os autores referem que a incorporação no acampamento de uma componente educacional que abordasse a temática da auto-perceção não foi associado a maiores melhorias na autoimagem. As melhorias na auto-perceção durante o acampamento ocorreram indiretamente devido à oportunidade que as crianças tiveram de passar tempo com outras crianças com condições semelhantes, o que normalizou a experiência e a condição crónica da criança (Odar, Canter, & Roberts, 2013).

O artigo de Kaufman, et al. (2014) teve como objetivo avaliar as mudanças no autoconceito em crianças/adolescentes que participaram num programa de arte. O programa de arte descrito é um curso de verão de educação artística para crianças que tem como objetivo introduzir as crianças no mundo da arte, aumentar a sua autoestima, melhorar as suas competências comunicacionais, envolver as famílias e premiar as crianças pelo sucesso de terem completado o programa (Kaufman, et al., 2014). No primeiro dia as crianças completaram um pré-teste e participaram numa visita introdutória ao museu, onde foi feita uma análise das principais obras de arte (desconhecidas para os participantes). As atividades deste programa foram elaboradas com a intenção de ensinar às crianças técnicas artísticas específicas. Depois de cada atividade, as crianças/adolescentes refletiram sobre o seu trabalho e compartilharam com o grupo o porquê de terem criado aquele trabalho. No último dia do programa, as crianças fizeram visitas públicas ao museu, completaram o pós-teste e, em seguida, fizeram uma apresentação completa para os seus amigos e familiares sobre a obra de arte atribuída (Kaufman, et al., 2014).

Os autores do programa relataram que o programa contribuiu para um aumento positivo do autoconceito das crianças/adolescentes que participaram no programa (Kaufman, et al., 2014). A melhoria da autoestima deveu-se ao facto de as crianças conseguirem

alcançar um sucesso significativo com a arte e a expressão criativa da emoção, levando a uma melhor aceitação de si e dos outros (Kaufman, et al., 2014).

O artigo de Murray, Dordevic, & Bonham (2017) teve como objetivo avaliar o impacto de intervenções com múltiplos componentes para controlo do peso na autoestima em adolescentes com excesso de peso e obesidade. As intervenções com múltiplos componentes para controlo do peso utilizam componentes comportamentais, alimentares e de atividade física para controlo do peso, sendo consideradas uma boa prática para alcançar uma perda de peso eficaz em adolescentes obesos ou com excesso de peso (Murray, Dordevic, & Bonham, 2017). Em 3 estudos analisados no artigo foi possível avaliar os efeitos que a intervenção teve na autoestima, tendo-se constatado um efeito positivo na mesma após a aplicação da intervenção. Outros 5 artigos da revisão, onde não foi possível avaliar os efeitos da autoestima, acabaram por revelar também melhorias na autoestima do adolescente após a intervenção. Todos os artigos incluídos na revisão demonstraram que existe uma relação positiva entre a melhoria da autoestima e o efeito da perda de peso. No entanto, não é claro se a melhoria na autoestima foi resultado de uma perda de peso bem-sucedida, ou se foi um fator contribuinte para a perda de peso bem-sucedida. Apesar disso recomenda-se que a construção da autoestima deva ser um dos principais focos deste tipo de intervenção, pois a mesma parece estar ligada a maior perda de peso (Murray, Dordevic, & Bonham, 2017).

Apesar de a meta-análise, de uma forma geral, não ter demonstrado efeitos positivos na autoestima como resultado da intervenção, todos, exceto um artigo, favoreceram a aplicação da intervenção para melhoria da autoestima (Murray, Dordevic, & Bonham, 2017). A identificação de componentes de intervenção que melhorem a autoestima é importante para o planeamento futuro da intervenção de controle de peso. As intervenções incluídas foram heterogéneas, oferecendo diferentes níveis de dieta, atividade física e intervenção comportamental, o que pode ter influenciado coletivamente ou individualmente os resultados (Murray, Dordevic, & Bonham, 2017).

Por fim, os contextos onde se desenvolveram as intervenções dos artigos selecionados são todos comunitários: religioso (Lee, 2015), museu de arte (Kaufman, et al., 2014), acampamentos (Odar, Canter, & Roberts, 2013), centro de saúde (Durmaz & Tufekci, 2016), e um dos artigos não especificava o contexto (Murray, Dordevic, & Bonham, 2017).

DISCUSSÃO

Apesar da importância da autoestima para o desenvolvimento da criança e do

adolescente (Frada & Neves, 2017; Anjos, 2018), e sabendo que a promoção da autoestima é um foco de intervenção da Enfermagem (Herdman & Kamitsuru, 2015; Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016; OE, 2016) foram encontrados apenas cinco artigos com intervenções promotoras da autoestima, sendo que apenas dois deles continham intervenções de Enfermagem, os restantes continham intervenções passíveis de serem aplicadas na prática de Enfermagem, revelando uma lacuna ao nível da investigação nesta área por parte dos enfermeiros, apesar da sua importância para a prática dos cuidados de Enfermagem.

No artigo de Lee (2015) a intervenção utilizada foi a terapia de grupo (psicoterapia positiva) que tinha como objetivo descrever as experiências dos participantes e avaliar os efeitos da mesma na autoestima e grau de raiva. Os participantes relataram melhoria na qualidade de vida, o que contribuiu para a melhoria da autoestima dos mesmos. A terapia de grupo define-se como uma "forma de tratamento psico-social no qual diversos clientes se encontram com um terapeuta com o propósito de partilhar, desenvolver conhecimento pessoal e melhorar as estratégias de coping interpessoais" (Townsend, 2011, p.168). É uma intervenção autónoma de Enfermagem muito utilizada, particularmente ao nivel da saúde mental, e onde os enfermeiros participam e/ou lideram os vários grupos (Townsend, 2011; Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016). É uma intervenção baseada na evidência e de baixo custo tornado-a assim uma intervenção mais eficaz do que a terapia individual e que consegue chegar a mais inidividuos (Puskar, et al., 2012).

O artigo de Durmaz & Tufekci (2016) teve como objetivo determinar a influência que o treino do autocuidado tem na autoestima, imagem corporal e autocuidado das grávidas adolescentes, tendo-se constatado após a intervenção que os níveis de autocuidado aumentaram, assim como os níveis de autoestima e da perceção da autoimagem (Durmaz & Tufekci, 2016). De acordo com Orem (1971, 1985, 1995, 2011, citado por Tomey & Alligood, 2004) o autocuidado é uma necessidade humana com a qual a Enfermagem se preocupa de forma especial. O autocuidado é um conceito central da prática de Enfermagem, onde os enfermeiros desempenham um papel essencial, desenvolvendo intervenções autónomas para a sua promoção (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016). O autocuidado e o autoconceito, e consequentemente a autoestima e a imagem corporal, influenciam-se mutuamente, se o individuo tiver alterações no seu autoconceito apresentará um défice no seu autocuidado (Potter & Perry, 2006). Ao intervir ao nível do autocuidado o Enfermeiro está a promover o autoconceito e autoestima do indivíduo, reforçando-se assim a pertinência de desenvolver intervenções promotoras do autocuidado como forma de promover a autoestima.

A meta-análise de Odar, Canter, & Roberts (2013) teve como objetivo avaliar as mudanças na auto-perceção das crianças com doença crónica após a participação em acampamentos para crianças com doença crónica. As crianças/adolescentes que participaram nestes acampamentos apresentaram melhorias significativas na sua auto-perceção, com melhores resultados obtidos ao nível das crianças obesas. Foram também relatadas melhorias na auto-perceção no seguimento realizado a estas crianças após o acampamento (Odar, Canter, & Roberts, 2013). As melhorias na auto-perceção durante o acampamento ocorreram indiretamente devido à oportunidade que as crianças tiveram de passar tempo com outras crianças com condições semelhantes, o que normalizou a experiência e a condição crónica da criança (Odar, Canter, & Roberts, 2013), tal como refere Thomas & Gaslin (2001, citado por Malheiro, 2011, p. 28), "o ambiente que envolve estes campos terapêuticos promove uma oportunidade única para as crianças com doença crónica interagirem e aprenderem entre elas". De acordo com American Camp Association (1997 e 1998, citado por Malheiro, 2011) estes acampamentos têm como principais objetivos a "promoção do desenvolvimento mental, físico, social e espiritual" (p.28), a "melhoria da autoestima" (p.28) e o "desenvolvimento das competências sociais" (p.28), sendo que os enfermeiros desempenham um papel fundamental nestes acampamentos "não só como suporte às necessidades físicas, emocionais e psicológicas destes participantes mas também na prevenção primária e terciária, promovendo a saúde, permitindo que estas crianças e adolescentes cresçam e se desenvolvam de um modo o mais independente e harmonioso possível" (Malheiro, 2011, p.28).

A revisão realizada por Malheiro (2011) vem confirmar o que Odar, Canter, & Roberts (2013) concluíram, estes campos têm um efeito positivo ao nível da autoestima das crianças/adolescentes com doença crónica. Assim a realização destes acampamentos pode ser considerada uma intervenção de Enfermagem promotora da autoestima.

No artigo de Kaufman, et al. (2014) a intervenção realizada foi um programa de arte que tinha como objetivo avaliar as mudanças no autoconceito em crianças/adolescentes que participaram no mesmo. A arteterapia é uma intervenção autónoma de Enfermagem (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016) que desempenha um papel fundamental na promoção da autoestima pois permite alcançar um sucesso significativo com a arte, e onde a expressão criativa das emoções leva a uma melhor aceitação de si e dos outros (Kaufman, et al., 2014). Facilita a expressão criativa dando autoconfiança às crianças e aumenta a sua autoconsciência melhorando assim a sua autoestima (Alavinezhad, Mousavi, & Sohrabi, 2013). É um recurso terapêutico eficaz na promoção da autoestima e muito

utilizado em Saúde Mental (Alavinezhad, Mousavi, & Sohrabi, 2013; Facco, Menezes, Dias, Marisco, & Arboit, 2016).

O artigo de Murray, Dordevic, & Bonham (2017) teve como objetivo avaliar o impacto de intervenções com múltiplos componentes para controlo do peso na autoestima em adolescentes com excesso de peso e obesidade. Todos os artigos incluídos na revisão demonstraram que existe uma relação positiva entre a melhoria da autoestima e o efeito da perda de peso. No entanto, não é claro se a melhoria na autoestima foi resultado de uma perda de peso bem-sucedida, ou se foi um fator contribuinte para a perda de peso bem-sucedida. Apesar disso recomenda-se que a construção da autoestima deva ser um dos principais focos deste tipo de intervenção, pois a mesma parece estar ligada a maior perda de peso (Murray, Dordevic, & Bonham, 2017). De acordo com O'Dea (2006, citado por Eddy, 2014) o modelo mais eficaz para a perda de peso deve ter como objetivo principal a construção da autoestima, e como objetivo secundário a promoção de uma atitude saudável em relação à dieta e ao exercício. Portanto a abordagem terapêutica deve centrar-se no aumento da autoestima e não na perca de peso (Eddy, 2014). Os enfermeiros intervêm ao nível do controlo de peso através da realização de intervenções autónomas de Enfermagem (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016), sendo uma área de atuação dos mesmos.

Durante a pesquisa foi selecionado um artigo que, apesar de não conter uma intervenção especifica promotora da autoestima, continha recomendações feitas por crianças para elaboração de intervenções promotoras do autoconceito, e como tal considerou-se pertinente incluí-lo na discussão dos resultados da revisão, de forma a que no futuro se elaborem intervenções tendo em conta estas recomendações. O artigo de Benninger & Savahl (2017) tinha como objetivo explorar as perceções das crianças sobre a natureza e o conteúdo dos programas de intervenção destinados a melhorar o autoconceito das crianças, através da Técnica de Delphi. As recomendações referidas pelas crianças participantes do painel de Delphi para o desenvolvimento de uma intervenção para a melhoria do autoconceito na criança são (Benninger & Savahl, 2017):

- A segurança das crianças deve ser uma prioridade quando se trata do planeamento e execução de um programa de intervenção;

- Deve ser fornecido apoio social na forma de familiares atenciosos, grupos de pares positivos, jovens mais velhos e outros adultos;

- As oportunidades de aprendizagem e diversão devem estar igualmente disponíveis para que as crianças desenvolvam as suas habilidades sociais;

- As necessidades básicas devem ser fornecidas para que as crianças possam ter acesso aos recursos para a sua sobrevivência diária e para promover sentimentos de autoestima e desenvolvimento social.

Ao respeitar estas recomendações estaremos seguramente a elaborar intervenções eficazes para a promoção do autoconceito da criança/adolescente e consequentemente da autoestima.

A Scoping Review realizada tinha como objetivo mapear as intervenções de Enfermagem promotoras da autoestima na Criança e Adolescente, tendo sido encontradas intervenções promotoras da autoestima distintas, revelando a existência de diversas formas de promover a autoestima, como referem Frada & Neves (2017).

As populações dos artigos selecionados são adolescentes (filhos de imigrantes (Lee E. J., 2015), adolescentes obesos/com excesso de peso (Murray, Dordevic, & Bonham, 2017), adolescentes grávidas (Durmaz & Tufekci, 2016), adolescentes e crianças com doença crónica (Odar, Canter, & Roberts, 2013) e crianças em idade escolar (Kaufman, et al., 2014), denotando-se uma lacuna na investigação ao nível das faixas etárias de toddler, escolar e pré-escolar, apesar da importância que a autoestima desempenha em qualquer idade. Segundo Harter (2012) a partir dos 8 anos de idade a criança adquire a capacidade de formular e avaliar a autoestima global, conseguindo expressá-la verbalmente. Até aos 8 anos as crianças só conseguem formar auto-perceções em domínios específicos (competência escolar, competência atlética, aceitação social, atratividade física), não conseguindo intergrar essa autoavaliação na avaliação global da sua autoestima (Harter, 2012). A meio da idade escolar as crianças passam a perceber que o sucesso em domínios de importância pessoal promove a autoestima, enquanto o fracasso em domínios críticos não só enfraquece seu sentido de competência, como também afeta a sua autoestima global (Harter, 2012). Talvez por isso apenas a partir da idade escolar se encontrem artigos acerca da promoção da autoestima na criança.

Relativamente à adolescência a autoestima desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e saúde mental do adolescente (Eddy, 2014; Murray, Dordevic, & Bonham, 2017) o que poderá justificar o porquê de existerem mais artigos sobre a autoestima em adolescentes. A adolescência corresponde a um período de grande aprendizagem, exploração, oportunidades e um período intenso de desenvolvimento focado na formação da identidade (Guo, et al., 2015; Ledford, 2018; Yeager, Dahl, & Dweck, 2018). É um período de grandes transformações com mudanças em vários domínios e onde a autoestima influencia a forma como os adolescentes enfrentam e gerem os desafios desta fase. Durante

a adolescência a autoconsciência, a introspeção e a preocupação com a própria imagem aumentam drasticamente, tornando a autoestima mais vulnerável (Papalia , Olds, & Feldman, 2001; Birkeland, Melkevik, Holsen e Wold, 2012; Harter, 2012; Moksnes & Espnes, 2013; Rahmandar & Biro, 2017). O autoconceito e a autoestima representam indicadores-chave de coping bem-sucedido das tarefas de desenvolvimento da adolescência (Coelho, Marchante, & Sousa, 2016) e talvez por isso se realizem mais intervenções em adolescentes do que em crianças.

Os contextos onde se desenvolveram as intervenções dos artigos selecionados são todos comunitários (religioso (Lee, 2015), museu de arte (Kaufman, et al., 2014), acampamentos (Odar, Canter, & Roberts, 2013), centro de saúde (Durmaz & Tufekci, 2016)), e um dos artigos não especificava o contexto (Murray, Dordevic, & Bonham, 2017), denotando-se uma lacuna ao nível da intervenção em contexto hospitalar. As alterações da autoestima não são exclusivas dos contextos comunitários, também são frequentes em contexto hospitalar (Norris, 1992; Potter & Perry, 2006), "em cuidados agudos é muito natural encontrar utentes que sentem o seu autoconceito ameaçado. O cliente pode confrontar-se com a necessidade de se adaptar a uma imagem corporal alterada em consequência de cirurgia ou de outra alteração física" (Potter & Perry, 2006, p.520, 522).

CONCLUSÃO

A promoção da autoestima na criança e adolescente é um elemento fundamental para a formação da sua personalidade, sendo essencial para o relacionamento com os outros e para ultrapassar dificuldades. É um elemento fundamental no desenvolvimento da criança, promovendo a realização pessoal e a integração social da criança (Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal, & Ferreira, 2010; Frada & Neves, 2017). A realização desta revisão permitiu compreender que, apesar de a autoestima ser um foco de Enfermagem e de desempenhar um papel importante no desenvolvimento da criança e adolescente, a literatura é escassa neste âmbito. Promover a autoestima do adolescente é uma competência específica do EEESIP e uma área de atuação do mesmo (OE, 2011c; OE, 2018), assumindo assim uma grande relevância para a prática dos cuidados.

Todos os estudos analisados foram realizados em contexto comunitário, o que parece revelar que a promoção da autoestima em contexto hospitalar não é valorizada, apesar de muitas crianças e adolescentes apresentarem uma autoestima baixa neste contexto também.

Sendo então a autoestima importante para o desenvolvimento da criança e do adolescente, e havendo pouca literatura nesta área, considera-se necessário, e recomenda-se,

a realização de mais investigação nesta área por parte da Enfermagem de forma a melhorar a prática dos cuidados de Enfermagem prestados à criança/adolescente.

Relativamente a implicações para a prática recomenda-se a realização de intervenções promotoras de autoestima que se foquem na segurança, no fornecimento de apoio social, na criação de oportunidades de aprendizagem e brincadeira e na provisão de necessidades materiais básicas (Benninger & Savahl, 2017). Como limitações desta revisão há a referir a inclusão de um número pequeno de bases de dados e a impossibilidade de pesquisa na literatura cinzenta, assim como o curto intervalo temporal selecionado que, se fosse alargado, provavelmente teria permitido a inclusão de mais artigos.

Da realização desta Scoping Review resultou a elaboração de um Poster que foi apresentado no Iº Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem "Intervenções especializadas: o valor entre a clínica e a academia", organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (APÊNDICE III).

CAPÍTULO 2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO

Este capítulo tem como objetivo abordar de forma descritiva, reflexiva e crítica o percurso realizado ao longo das Unidade Curriculares "A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica" e "Estágio Final e Relatório". Em cada subcapítulo será feita uma breve caracterização do contexto de estágio, seguida do diagnóstico de situação elaborado e respetivos objetivos específicos traçados. Serão também descritas e analisadas, de forma critica e reflexiva, as atividades realizadas em cada contexto, que deram resposta às necessidades levantadas no diagnóstico de situação, e que permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências de EE e EEESIP. Foi definido como objetivo geral e transversal para os contextos de estágio **"Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com especial ênfase na promoção da autoestima na criança, adolescente e nas mães de recém-nascidos prematuros**".

2.1. CONTEXTO CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

2.1.1. Descrição do contexto

O estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários, inserido na Unidade Curricular "A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica", decorreu numa USF pertencente à região de Lisboa que serve uma população maioritariamente diferenciada e ativa. A equipa de Enfermagem é composta por 9 enfermeiros (1 EEESIP) e atua ao nível da vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida; cuidados no domicílio; e interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, regendo-se pelo modelo de Enfermeiro de Família (Decreto-Lei n.º 118/2014), prestando cuidados em continuidade aos seus utentes. Os registos de Enfermagem são feitos em *Sclínico* utilizando linguagem CIPE. As consultas de Enfermagem são marcadas e realizadas de acordo com o preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013b). A USF também promove diversos projetos de educação para a saúde para a população inscrita.

2.1.2 Descrição e análise reflexiva e crítica do percurso formativo

O percurso formativo iniciou-se com a elaboração do diagnóstico de situação, a partir do qual se desenvolveram objetivos e atividades que permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências. O diagnóstico de situação foi elaborado com recurso à técnica de observação (não estruturada e não participante) realizada em contexto de Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ), com recurso à entrevista semiestruturada e registo no diário do investigador. A observação da CESIJ permitiu compreender o modo de funcionamento das mesmas e qual o papel do Enfermeiro, em particular do EEESIP, obtendo assim informações para a elaboração do diagnóstico de situação. Durante as CESIJ foi possível verificar que um dos problemas de saúde que surge frequentemente durante as consultas são as alterações no padrão de sono dos adolescentes. Em consulta, foi realizada uma entrevista semiestruturada aos adolescentes sobre o seu padrão de sono e hábitos de higiene do sono (APÊNDICE IV) de onde se concluiu que os adolescentes observados dormem menos de 8 horas por noite, uns porque se deitavam tarde, outros porque ficam a trocar mensagens no telemóvel com amigos/namorados até tarde. No entanto todos referiram que o seu sono é calmo.

Foi também realizada uma entrevista semiestruturada à Enfermeira orientadora de estágio (APÊNDICE V), onde foi exposta a temática escolhida para aprofundar ao longo dos estágios curriculares e onde foi feito um levantamento das necessidades sentidas pela equipa de Enfermagem da USF. Foi proposto pela Enfermeira orientadora a realização de atividades na área da promoção da autoestima pois, para além de apresentar particular relevância e interesse para os utentes e enfermeiros da USF, tem sido observado na CESIJ um aumento do número de casos de perturbações emocionais e do comportamento nas crianças e jovens, facto este descrito também no PNSIJ (DGS, 2013b). De acordo com os dados recolhidos, foram levantadas como problemáticas de intervenção a promoção da higiene do sono na adolescência e a promoção da autoestima na criança, tendo sido definidos os seguintes objetivos específicos de estágio:

- Desenvolver atividades promotoras da autoestima na criança/adolescente que contribuam para a promoção da saúde mental da criança/adolescente;

- Desenvolver atividades promotoras de hábitos saudáveis de higiene do sono no adolescente no âmbito da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil;

- Realizar Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, em conjunto com a equipa de Enfermagem da USF.

Para dar resposta às necessidades levantadas no diagnóstico de situação e cumprir os

objetivos delineados, foram realizadas como atividades:

- Dinamização de uma atividade para as crianças em idade escolar sobre a importância do sorriso para a promoção da autoestima na criança durante a II Semana da Saúde Oral 2018 na USF;

- Colaboração com a equipa de Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) na realização de uma ação de educação para a saúde, a adolescentes do 3º Ciclo sobre o consumo de substâncias aditivas como forma de promoção da autoestima no adolescente;

- Realização de Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, aos utentes inscritos na USF, dando ênfase à temática da promoção da autoestima e a higiene do sono.

- Elaboração de um folheto informativo de apoio à realização das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil para pais/adolescentes sobre a higiene do sono no adolescente;

As intervenções selecionadas são do tipo primária (prevenção primária), pois relizam-se antes que o *stressor* ocorra (Neuman & Fawcett, 2011). Relativamente à atividade da ação de educação para a saúde sobre o consumo de substâncias aditivas a mesma não foi realizada durante o período de estágio por indisponibilidade de horário por parte da equipa da UCC e das escolas (em apêndice apresenta-se o documento com o suporte teórico elaborado para a ação de educação para a saúde – APÊNDICE VI).

Os CSP são um contexto priveligiado para a atuação do EEESIP, na medida em que o seu trabalho de promoção do desenvolvimento e gestão do bem-estar da criança e adolescente é bastante evidente e onde o seu campo de atuação é vasto. O EEESIP tem como missão proporcionar educação para a saúde, intervindo ao nível da promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para maximizar o desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança e a responsabilização do adolescente pelas escolhas relativas à sua saúde (OE, 2011c; OE, 2018). O EEESIP tem um papel importante na promoção da saude oral da criança e adolescente, uma vez que esta é extremamente importante para a saúde e bem-estar dos mesmos (Hagan, Shaw, & Duncan, 2008; Mahat, Lyons, & Bowen, 2014; OE, 2018). As doenças orais apresentam uma prevalência elevada na população portuguesa, em especial nas crianças, constituindo-se um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil, com impacto na sua qualidade de vida, bem-estar, desenvolvimento, autoestima, autoconceito e imagem corporal (DGS, 2005; DGS, 2011; China & Chan, 2012).

Dada a relação entre a autoestima e a saúde oral, e desempenhando o EEESIP um papel fundamental na promoção de ambas, foi elaborada uma atividade para crianças em idade escolar neste âmbito. Foi escolhida como população as crianças em idade escolar pois é a partir dos 8 anos de idade que a criança apresenta capacidade de verbalizar um sentimento global como pessoa e desenvolve a capacidade cognitiva de verbalizar as avaliações globais do *self* (a autoestima) (Harter, 2012). A II Semana da Saúde Oral foi uma atividade desenvolvida em estágio, a partir de um projeto realizado anteriormente na USF, que foi reformulado pela estudante, acrescentando-se a temática da promoção da autoestima, dada a interligação existente entre ambas (APÊNDICE VII). Este projeto teve como objetivo principal a promoção da saúde oral da criança e da autoestima, indo assim de encontro a um dos objetivos do exame de saúde contemplado no PNSIJ (promover a saúde oral) (DGS, 2013b).

A promoção da saúde é um campo de ação privilegiada para a Enfermagem em contexto de CSP, "os enfermeiros têm as condições mais favoráveis ao desenvolvimento da Promoção da Saúde junto das populações pelo seu enorme potencial no controle social e bem-estar, pela sua formação e acesso à comunidade" (Mittlemark, 2005, citado por Figueiredo & Amendoeira, 2014, p.22), sendo também uma das componentes da prevenção primária do Modelo de Sistemas de Neuman, estando relacionada com atividades que otimizam o potencial ou a condição de bem-estar do cliente (Neuman & Fawcett, 2011). Este tipo de intervenção inclui educação e ação de apoio apropriada para atingir o bem-estar ideal do cliente e, assim, diminuir a possibilidade de risco da reação do cliente ao stressor potencial ou real (Neuman & Fawcett, 2011). A promoção da saúde também faz parte dos Padrões de Qualidade de Enfermagem e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sendo que o EEESIP "na procura permanente da excelência no exercício profissional, (…) ajuda a criança a alcançar o máximo potencial de saúde" (OE, 2011c, p.7). É também da responsabilidade do EEESIP proporcionar educação para a saúde (OE, 2018) realçando-se assim a importância da realização de intervenções neste âmbito, onde se insere a II Semana da Saúde Oral.

A promoção da higiene do sono é outra área onde o EEESIP desempenha um papel essencial. Após ter sido observado na consulta que os adolescentes apresentavam problemas ao nível do seu sono, considerou-se pertinente a realização de uma atividade que permitisse colmatar esta necessidade encontrada. Assim, foram elaborados um cartaz e um folheto informativos sobre a promoção da higiene do sono na adolescência (APÊNDICE VIII). Para a elaboração do cartaz e folheto informativos foi realizada uma revisão de literatura sobre a

temática do sono na adolescência e promoção da higiene do sono, de onde se selecionou a informação mais pertinente para incluir no cartaz e no folheto informativos. Elaborou-se um primeiro esboço do cartaz que foi submetido a um pré-teste. Para o pré-teste foram selecionados alguns adolescentes e foi-lhes apresentado o cartaz solicitando a sua opinião e sugestões de melhoria. A partir das opiniões e sugestões dos adolescentes fez-se um segundo esboço do cartaz que, apesar de ir de encontro às opiniões recolhidas junto dos adolescentes, se considerou que seria necessário melhorá-lo graficamente. Desta forma foi solicitada ajuda a uma designer, que se disponibilizou a colaborar connosco, e que reformulou o cartaz graficamente, tornando-o mais atrativo. A partir do cartaz e da revisão de literatura realizada para o mesmo construiu-se o folheto informativo. Ambos os documentos foram aprovados pelo conselho técnico da unidade de saúde, aguardando, à data do término do estágio, a aprovação por parte do médico responsável pela área de Saúde Infantil e Juvenil e do coordenador da USF, razão pela qual não foi possível realizar a avaliação desta atividade.

O sono desempenha um papel importante no desenvolvimento do adolescente sendo a promoção de um padrão de sono saudável e regular preditor de uma boa saúde mental (Loureiro, Pinto, Pinto, Pinto, & Paiva, 2013; Tarokh, Saletin, & Carskadon, 2016; Del Ciampo, Louro, Del Ciampo, & Ferraz, 2017; Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria, n.d.). A falta de descanso nos adolescentes tem influência na sua qualidade de vida e acarreta inúmeras consequências para a sua saúde e desenvolvimento, nomeadamente ao nível da autoestima (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016; Del Ciampo, Louro, Del Ciampo, & Ferraz, 2017). O EEESIP, enquanto promotor do desenvolvimento infantil, atua neste nível para promover o bem-estar do adolescente e para promover a sua responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde (OE, 2011c; OE, 2018). Com esta atividade pretendeu-se não só alertar os adolescentes para as consequências da falta de descanso mas também promover hábitos de higiene do sono saudáveis, que contribuem para o seu desenvolvimento saudável, responsabilizando-o assim pelas escolhas relativas à sua saúde. Desta forma atuou-se também ao nível da prevenção de complicações e da promoção da saúde (OE, 2011c).

Ao longo do estágio foram também realizadas CESIJ (APÊNDICE IX), onde se abordou, quando oportuno, a temática da promoção da autoestima e a higiene do sono. A necessidade de realizar consultas deveu-se ao facto de não possuir experiência em CSP e ao nível destas, considerando-se que a realização das mesmas seria uma mais valia para a aquisição de competências. As CESIJ são realizadas pelo respetivo Enfermeiro de Família, seguem os objetivos e recomendações do PNSIJ e têm como objetivo a "obtenção contínua

de ganhos em saúde" (DGS, 2013b, p.9) ao nível da população infantil e juvenil. O PNSIJ representa um "instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil" (DGS, 2013b, p.8) que concorre "para a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades" (DGS, 2013b, p.8), sendo um instrumento de trabalho essencial para os enfermeiros. A realização destas consultas permitiu adquirir diversos conhecimentos, particularmente ao nível do desenvolvimento infantil e da diversificação alimentar no lactente, que foram identificadas como necessidades formativas pessoais, tendo sido realizada pesquisa bibliográfica sobre a temática da diversificação alimentar (APÊNDICE X), de forma a obter novos conhecimentos e poder realizar as CESIJ. A promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem é uma das áreas de particular intervenção do EEESIP (OE, 2011c; OE, 2018), e como tal foi uma das áreas onde a realização desta atividade mais contribuiu para o processo de aquisição de competências. Foi igualmente interessante observar que todas as consultas são diferentes, apesar de os conteúdos serem idênticos, individualizando-se e personalizando-se assim os cuidados prestados. Durante o decorrer do estágio foram também prestados cuidados na sala de vacinação onde foi possível aprofundar conhecimentos ao nível do Plano Nacional de Vacinação, assim como colocar em prática conhecimentos prévios acerca da utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor para a realização de vacinas. A dor é um foco de atenção da Enfermagem, sendo que os "enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (OE, 2008, p.11). É da competência do EEESIP a "gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor" (OE, 2013, p.9).

O exercício reflexivo também assumiu destaque neste contexto, contribuindo para o processo de aquisição de competências. A análise reflexiva é uma ferramenta indispensável para a aquisição de novos conhecimentos e para a melhoria dos cuidados, subsidia a construção do pensamento em Enfermagem e é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos (Peixoto & Peixoto, 2016; Pereira-Mendes, 2016). As reflexões elaboradas incidiram sobre uma situação presenciada numa CESIJ (APÊNDICE XI) e a segunda surgiu no seguimento da avaliação da atividade "II Semana da Saúde Oral" (APÊNDICE XII). A primeira reflexão abordou as questões relacionadas com as relações conflituosas entre pais e filhos adolescentes, permitindo desta forma aprofundar conhecimentos sobre a temática assim como compreender que o EEESIP

desempenha um papel fundamental na mediação destes conflitos pois é um perito na área e possui conhecimentos aprofundados acerca do desenvolvimento infantil que lhe permitem prestar "cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (OE, 2018, p.19192). A segunda reflexão surgiu no seguimento da avaliação da atividade "II Semana da Saúde Oral", onde se observou que a adesão à mesma foi baixa, e como tal pretendeu-se refletir acerca do que motivou a baixa adesão à iniciativa e delinear estratégias a serem utilizadas no futuro (naquela atividade ou noutras) de forma a aumentar os níveis de participação.

A realização destas atividades foi essencial para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP. Relativamente às competências do EE foram adquiridas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, particularmente ao nível do desenvolvimento da prática profissional e ética no seu campo de intervenção e da promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades dos profissionais; e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, particularmente ao nível do desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e baseando a praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2011b).

Relativamente ao EEESIP foram adquiridas e desenvolvidas competências no âmbito da negociação e participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar e utilização de "estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde" (E1.1.1; E1.1.3) (OE, 2018, p.19193), assim como ao nível da comunicação com a criança/jovem (E1.1.2; E3.3.1; E3.3.3) (OE, 2018). Ao longo do estágio foram procuradas, de forma sistemática, "oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde" (E1.1.5) (OE, 2018, p.19193), tendo sido avaliados "conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde" (E1.2.7) (OE, 2018, p.19193) e facilitando-se a "aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família" (E1.2.8) (OE, 2018, p. 19193). Foram demonstrados conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, e respetiva avaliação (E3.1.1; E3.1.2) (OE, 2018), das doenças comuns às "várias idades, implementando respostas de Enfermagem apropriadas" (E1.2.1) (OE, 2018, p.19193), aplicados conhecimentos sobre a "saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem" (E2.2.1) (OE, 2018, p.19193), assim como "conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor" (E2.2.3) (OE, 2018, p.19193) garantindo desta forma a gestão das medidas não

farmacológicas de combate à dor (E2.2.2) (OE, 2018, p.19193). Por fim foram desenvolvidas competências ao nível da transmissão de "orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil" (E3.1.3) (OE, 2018, p.19194), da avaliação do desenvolvimento da parentalidade (E3.2.1), do relacionamento com "a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura" (E3.3.2) (OE, 2018, p.19194), do reforço da imagem corporal e da tomada de decisão responsável (E3.4.2; E3.4.3) e de facilitação da comunicação expressiva de emoções (E3.4.1) (OE, 2018, p. 19194).

2.2. CONTEXTO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

O contexto de estágio do internamento de pediatria foi realizado em contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos. No entanto, e para enriquecimento do percurso formativo, foi realizada uma atividade de observação num serviço de Pedopsiquiatria de forma a conhecer as intervenções realizadas pelos enfermeiros, e que pudessem no futuro ser utilizadas em estágio ou em contexto de prática profissional.

2.2.1. Descrição do contexto

A UCIP encontra-se inserida no departamento de pediatria de um hospital da região de Lisboa. É uma unidade polivalente que presta cuidados diferenciados ao utente pediátrico gravemente doente recorrendo a técnicas/procedimentos avançados de suporte ventilatório, hemodinâmico e cardiovascular. A unidade é centro de referência de assistência em neurotrauma grave e em ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation)* pediátrico. Dispões de 5 camas de Cuidados Intensivos, 2 camas de Intermédios e um quarto de isolamento. Recebe crianças/adolescentes até aos 17 anos e 364 dias provenientes do próprio hospital ou do exterior. A equipa é composta por médicos pediatrias, enfermeiros (5 são EEESIP), assistentes operacionais e um assistente técnico. A equipa conta também com o apoio de técnicos de fisioterapia, psicologia, assistência social, dietética, terapia da fala e assistência religiosa/espiritual. A UCIP também assegura quinzenalmente o transporte inter-hospitalar pediátrico da região sul do país.

2.2.2 Descrição e análise reflexiva e crítica do percurso formativo

O percurso formativo iniciou-se com a elaboração do diagnóstico de situação para levantamento das necessidades do serviço, a partir do qual se desenvolveram objetivos e atividades que permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências. Na UCIP o

diagnóstico de situação foi elaborado através da técnica de observação (não estruturada e não participante), realizada em contexto de prestação de cuidados aos utentes internados na UCIP, com recurso a registo no diário do investigador; através da pesquisa bibliográfica com recurso a fichas de leitura (APÊNDICE XIII); e através da técnica de inquérito, com recurso à entrevista (semiestruturada – APÊNDICE V) realizada à Enfermeira orientadora e à Enfermeira chefe do serviço no decorrer da primeira semana de estágio.

A observação realizada permitiu concluir que a UCIP é um local gerador de ansiedade na criança e na família uma vez que é um ambiente impessoal, hostil, ruidoso e desconhecido, onde existe uma grande variedade de material desconhecido que é utilizado na criança, e onde se realizam diversos procedimentos invasivos à mesma, que podem alterar a sua imagem corporal e consequentemente a sua autoestima. A análise documental realizada suportou a observação realizada. A UCIP é um local dotado de alta tecnologia expondo a criança a diversos stressores (físicos, ambientais, psicológicos e sociais) com impacto na criança ao nível psicológico (Dow, Kenardy, Long, & Le Brocque, 2012; Gequelin, Fernandes, Oliveira, & Dyniewicz, 2014). O internamento na UCIP coloca as crianças em risco aumentado de desenvolver problemas psicológicos/comportamentais, que persistem após a alta, interferindo no seu desenvolvimento (Dow, Kenardy, Long, & Le Brocque, 2012; Rennick, et al., 2014; Aspesberro, Mangione-Smith, & Zimmerman, 2015). Os pais descrevem alterações na autoestima e no bem-estar emocional das crianças, entre outros, que persistem nos filhos vários anos após a alta da UCIP (Rennick, et al., 2014).

Na entrevista realizada à Enfermeira orientadora e à Enfermeira chefe do serviço da UCIP, foi exposta a temática escolhida para aprofundar ao longo do estágio e ambas foram questionadas acerca das necessidades do serviço. Referiram que, atualmente, não existia uma necessidade específica onde pudesse atuar. Foi então apresentado pela estudante o que foi observado durante a primeira semana de estágio e o que foi encontrado na literatura sobre a temática, tendo sido sugerida a elaboração de um instrumento que pudesse colmatar esta necessidade observada. A sugestão foi aceite.

Foi então levantada como problemática de intervenção as alterações da imagem corporal da criança e a ansiedade associadas ao internamento na UCIP. Estando a imagem corporal da criança internada na UCIP alterada e vivendo a criança uma crise situacional (o internamento), considerou-se pertinente a realização de uma atividade que permitisse diminuir os *stressores* a que a criança está sujeita durante o internamento na UCIP, e que contribuísse para a diminuição das sequelas psicológicas negativas que o internamento acarreta. Pretendeu-se também com esta atividade contribuir para a promoção da autoestima

da criança/adolescente, a longo prazo.

Foram então definidos como objetivos específicos de estágio:

- Desenvolver um guia de acolhimento dirigido à criança internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos sobre a mesma e sobre as alterações à sua imagem corporal que podem ocorrer durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos;

- Prestar cuidados especializados à criança/família internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos;

- Conhecer as intervenções de Enfermagem realizadas pela equipa de Enfermagem do serviço de Pedopsiquiatria.

Foi assumido como cliente a criança internada na UCIP. Esta encontra-se influenciada por diversos *stressores*: forças intrapessoais (alteração da imagem corporal autoimagem, ansiedade associada ao internamento); forças interpessoais (múltiplos profissionais de saúde); e forças extrapessoais (ambiente da UCIP, realização de múltiplos procedimentos invasivos) (Neuman & Fawcett, 2011).

Para dar resposta às necessidades levantadas no diagnóstico de situação e cumprir os objetivos delineados, foram realizadas as seguintes atividades:

- Realização de um guia de acolhimento dirigido às crianças em idade escolar internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos explicando o que é, o ambiente da mesma, o material utilizado, rotinas, entre outros; e sobre as alterações à sua imagem corporal que podem ocorrer durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos;

- Prestação de cuidados especializados de Enfermagem à criança/família internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos dando ênfase, à temática da promoção da autoestima.

- Observação participada das intervenções de Enfermagem realizadas pela equipa de Enfermagem do serviço de Pedopsiquiatria.

As intervenções realizadas são do tipo secundária (prevenção secundária), pois foram iniciadas após a ocorrência do *stressor* (hospitalização/internamento na UCIP) (Neuman & Fawcett, 2011).

A hospitalização (*stressor*) é uma das primeiras crises pela qual a criança passa na sua vida, pois ela possui "um número limitado de mecanismos de defesa" (Hockenberry & Wilson, 2014b, p.1026) para a gerir. Esta crise é influenciada pela idade da criança, a sua "experiência anterior com a doença, separação ou hospitalização; os seus mecanismos de

defesa inatos e adquiridos; a gravidade do diagnóstico; e o sistema de apoio disponível (Hockenberry & Wilson, 2014b, p.1026). A hospitalização pode provocar nas crianças resultados negativos a curto e a longo prazo, mas também pode ser benéfica podendo representar uma oportunidade para "dominarem o stress e sentiram-se competentes nos seus mecanismos de coping, (…) pode proporcionar às crianças novas experiências de socialização que podem ampliar as suas relações interpessoais" (Hockenberry & Wilson, 2014b, p.1034). Os principais *stressores* associados à hospitalização incluem a "separação dos pais e entes queridos; o medo do desconhecido; a perda de controlo e autonomia; a lesão corporal que resulta em desconforto, dor e mutilação; e o medo da morte (Hockenberry & Wilson, 2014b, p.1026). Particularmente na idade escolar a perda de controle adquire relevância pois a criança encontra-se num estádio de desenvolvimento em que luta pela sua independência, e a hospitalização, o ambiente hospitalar e a doença são encaradas como causadoras de perda de controle (Hockenberry & Wilson, 2014b).

O internamento na UCIP produz na criança alterações ao nível da sua imagem corporal, associados à realização de diversos procedimentos invasivos, podendo ser encarado como fonte de stress e ansiedade para a criança que, a partir do primeiro ano de vida, teme a "lesão corporal ou a mutilação, intrusão, alteração da imagem corporal, incapacidade ou morte" (Hockenberry & Wilson, 2014b, p.1040). Assim torna-se importante que o Enfermeiro saiba atuar a este nível explicando sempre que possível, e de acordo com a idade da criança, cada procedimento realizado, de forma a diminuir a sua ansiedade relacionada com a lesão corporal/alteração da imagem corporal (Hockenberry & Wilson, 2011). Ao preparar as crianças para a hospitalização e procedimentos, os enfermeiros devem basear-se no princípio que o "medo do desconhecido supera o medo do conhecido" (Hockenberry & Wilson, 2014b, p.1047) e como tal é essencial diminuir os elementos desconhecidos de forma a reduzir o medo sentido pela criança (Hockenberry & Wilson, 2014b). As intervenções de Enfermagem realizadas à criança hospitalizada devem centrar-se na eliminação ou minimização dos *stressores* da separação, perda de controlo, lesão corporal e dor, assim como proporcionar estratégias específicas de apoio aos membros da família (promover as relações familiares e dar informação) (Hockenberry & Wilson, 2014b). Outro dos objetivos prioritários do cuidado de Enfermagem à criança hospitalizada é minimizar as ameaças ao seu desenvolvimento (OE, 2011a).

"A procura de informação tende a ser uma maneira das crianças manterem uma sensação de controlo apesar do stress e da incerteza da doença" (Hockenberry & Wilson, 2014b, p. 1032) e foi a partir desta premissa que surgiu o Guia de Acolhimento para a criança

internada na UCIP. O Guia de Acolhimento elaborado (APÊNDICE XIV) teve como objetivo minimizar o impacto que o internamento na UCIP tem na criança em idade escolar ao nível psicológico, da sua autoestima e imagem corporal, abordando temáticas relacionadas com a UCIP e que são causadoras de stress e ansiedade na criança, capacitando a criança para a "adoção de estratégias de coping e de adaptação" (OE, 2018, p.19193). O guia foi elaborado de acordo com a Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget e Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson (Hockenberry & Wilson, 2014a), e tendo como base o que é preconizado pela OE no Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) "Diminuir o Medo da Cirurgia" (OE, 2011a) e o que está descrito na literatura sobre a temática da hospitalização e preparação para a realização de procedimentos na criança em idade escolar. O processo de elaboração do guia foi supervisionado pela enfermeira orientadora tendo sido solicitado colaboração à educadora do hospital para que avaliasse se a linguagem utilizada no guia estava adequada à faixa etária. Estava previsto inicialmente a realização de um pré-teste do mesmo no entanto não foi possível realizá-lo dado que no local da prática profissional pessoal, neste período, não esteve internada nenhuma criança em idade escolar. No entanto, considerou-se pertinente solicitar a uma mãe de uma criança em idade escolar internada no local de estágio a sua opinião acerca do guia de acolhimento. Esta avaliou o guia de forma positiva referindo que seria uma mais valia para as crianças internadas. O guia foi apresentado de forma informal numa passagem de turno tendo ficado alguns exemplares no serviço para que os enfermeiros o utilizassem no futuro na sua prática de cuidados

A OE (2011a) recomenda que a preparação da criança para procedimentos deva ter em conta o binómio criança/família, "a sua individualidade, o estádio de desenvolvimento da criança, bem como o conhecimento de todos os factores causadores de medo em cada família" (p.21). O EEESIP deve trabalhar no sentido de "remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente" (Kelly, et al., 2007, citado por OE, 2018, p.19192), atuando ao nível da avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, da gestão do bem-estar da criança, e auxiliando a família na adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2018). Enquanto especialista, o EEESIP presta "cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança/família, procurando dar resposta ao "mundo" da criança" (OE, 2018, p.19192), ajudando-a a alcançar o máximo potencial de saúde, prevenindo complicações para a sua saúde, maximizando o seu bem-estar, e, conjuntamente com a criança/jovem, desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde (OE, 2011c). "Os enfermeiros, enquanto profissionais privilegiados pela formação, escopo profissional de

ação, variedade de encontros e pelo tempo de contexto encontram-se numa posição privilegiada para promover e intervir na diminuição do medo da criança/adolescente e sua família antes da cirurgia" (OE, 2011a, p.18). Têm tambem a responsabilidade de "ajudar a diminuir o medo/ansiedade e contribuir para restabelecer e/ou reforçar a auto-estima e autoconfiança da criança/adolescente/família" (OE, 2011a, p.21), razão pela qual foi elaborado o guia de acolhimento. De acordo com a OE (2011a) o reforço da autoestima é uma das estratégias que pode ser utilizada para lutar contra o medo na idade escolar. Este guia tinha também como objetivo contribuir para o reforço da autoestima da criança, através da explicação de alterações à imagem corporal que podem surgir no decorrer do internamento.

A elaboração deste guia permitiu não só aprofundar conhecimentos sobre a temática da preparação para procedimentos e o papel que o Enfermeiro desempenha, mas também permitiu aprofundar e consolidar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e a promoção da autoestima, contribuindo desta forma para a aquisição e desenvolvimento de competência do EEESIP e para a melhoria dos cuidados prestados, visto que a implementação de uma boa prática na preparação da criança/familia para a cirurgia (e outros procedimentos inavasivos) contribuem para a qualidade nos cuidados de Enfermagem (OE, 2011a).

A prestação de cuidados foi também outra atividade essencial para o desenvolvimento e aquisição de competências de EE e EEESIP. Apesar de o contexto de estágio ser semelhante ao contexto de prática profissional foi importante poder observar outras formas de trabalhar e retirar daí o mais significativo para acrescentar à prática profissional pessoal, enriquecendo-a. A experiência já possuída nesta área foi uma mais valia para a prestação de cuidados, pois permitiu mobilizar conhecimentos adquiridos previamente na licenciatura, assim como conhecimentos provenientes da experiência pessoal e profissional e que foram úteis para a melhoria da prática dos cuidados e para o processo de aquisição de competências. Desta forma foi possível aprofundar conhecimentos em áreas mais especificas, e que não estão presentes na prática profissional da estudante, tais como os cuidados de Enfermagem à criança em ECMO. A comunicação com a criança e a relação com os pais foram também áreas onde se consolidou a prática enquanto enfermeira e os conhecimentos inerentes à mesma e que são fundamentais para os cuidados de Enfermagem em saúde infantil e pediátrica, já que a filosofia de cuidados em Enfermagem pediátrica assenta nos cuidados centrados na família (OE, 2011c; OE, 2018). Os conhecimentos em SAV (Suporte Avançado de Vida) Pediátrico possuídos foram também essenciais para os

cuidados prestados em estágio, pois surgiu uma situação no decorrer do mesmo em que foi necessário aplicar estes conhecimentos, e caso não os tivesse, o desempenho não teria sido adequado.

Em Cuidados Intensivos o papel do EEESIP pode passar despercebido, mas ele pode fazer a diferença nos cuidados prestados, particularmente ao nível da promoção do desenvolvimento infantil, normalizando assim o ambiente da criança, e também ao nível do acolhimento, adequando-o à criança e família e promovendo a melhoria dos cuidados.

A observação no estágio de psiquiatria decorreu entre os dias 12 de setembro e 1 de outubro de 2018. No início foi realizada uma entrevista (semiestruturada – APÊNDICE XV) à Enfermeira responsável do serviço onde se expôs a temática escolhida para aprofundar ao longo do estágio, assim como o objetivo da realização deste estágio, tendo a mesma sido questionada acerca da pertinência da realização do mesmo e tendo sido solicitadas sugestões de atuação. Foi sugerido pela mesma a participação nas atividades realizadas pela equipa de Enfermagem, de forma a aprofundar conhecimentos na área e conhecer os cuidados prestados pelos Enfermeiros em contexto de Pedopsiquiatria e o tipo de intervenções que realizam. Foi também proposta a observação da dinâmica de um turno da manhã e de um período de visitas.

O serviço de Pedopsiquiatria tem como missão a prestação de cuidados diferenciados de Saúde Mental em regime de internamento a crianças e adolescentes da sua área de influência, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde. Está integrado num hospital pediátrico do distrito de Lisboa, dispondo de 16 vagas e recebe crianças até aos 17 anos. A equipa de profissionais de saúde do serviço é uma equipa multidisciplinar cuja metodologia de trabalho adotada se baseia na continuidade de cuidados e na atribuição de um Enfermeiro de referência por cada criança. As intervenções realizadas privilegiam a prevenção, o diagnóstico e tratamento precoces, a continuidade de cuidados, bem como a integração familiar, escolar, social e o combate ao estigma. O internamento tem como objetivo criar um ambiente terapêutico, trabalhar a relação e mediar. Para além do ambiente terapêutico utilizam-se como intervenções a terapia farmacológica, terapias individuais, de grupo e familiares e intervenções a nível pedagógico e social.

A observação das atividades realizadas pela equipa de Enfermagem do serviço de Pedopsiquiatra foi igualmente importante para o percurso formativo na medida em que permitiu a aquisição de conhecimentos ao nível da saúde mental e da autoestima, assim como de competências que contribuíram para o enriquecimento do mesmo. A observação destas

atividades tinha como objetivo conhecer as intervenções realizadas pelos enfermeiros, e que pudessem no futuro ser utilizadas em estágio ou em contexto de prática profissional. No final da atividade foi elaborado um relatório reflexivo acerca da observação realizada (APÊNDICE XVI).

As atividades de grupo são uma forma que as crianças e adolescentes têm de aprender comportamentos sociais apropriados, a partir do feedback negativo/positivo dos pares tendo como objetivo comum a expressão de sentimentos e a promoção da autoestima (muitas vezes a doença mental tem na sua génese alterações da autoestima) (Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004; Townsend, 2011; Hosogi, Okada, Fujii, Noguchi, & Watanabe, 2012; Reed, et al., 2013; Henriksen, Ranøyen, Indredavik, & Stenseng, 2017). A observação e a participação nas atividades permitiram aprofundar conhecimentos acerca das mesmas, pois foi necessário realizar alguma pesquisa bibliográfica sobre estas para elaboração do relatório da atividade, assim como compreender o papel que os enfermeiros desempenham. Apesar de inicialmente se ter considerado que se poderiam aplicar algumas destas atividades nos estágios futuros, o mesmo acabou por não acontecer. Apesar disso considera-se que a realização desta atividade forneceu inúmeras ferramentas úteis para a prática dos cuidados.

Com esta atividade de observação foi também possível aprofundar outros conhecimentos ao nível da relação terapêutica e do ambiente terapêutico. Compreendeu-se que em Saúde Mental o Enfermeiro tem um papel psicoterapêutico, utiliza-se a si próprio como instrumento terapêutico, é um suporte que o cliente tem para gerir a sua vida face à doença, o Enfermeiro é parte integrante do regime terapêutico (Pereira & Botelho, 2014; Dias & Carvalho, 2017). A relação terapêutica é central para o processo de cuidar pois permite o restabelecimento do equilibrio do cliente, sendo a base dos cuidados em Enfermagem de Saúde Mental, e tem como objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde (OE, 2001; Townsend, 2011; Pereira & Botelho, 2014). É através do estabelecimento de uma relação Enfermeiro-cliente satisfatória que "os indivíduos aprendem a generalizar a capacidade de alcançar relações interpessoais satisfatórias a outros aspectos das suas vidas." (Townsend, 2011, p. 122).

O ambiente terapêutico (*millieu therapy*) é um dos objetivos do internamento em Pedopsiquiatria, constituindo-se uma ferramenta principal de terapia (Townsend, 2011). Tem como objetivo ajudar o cliente a aprender a generalizar para outros aspetos da sua vida o que é apreendido, e espera-se que a criança internada neste ambiente aprenda estratégias de coping adaptativo, interação e capacidades de relacionamento, que podem posteriormente ser generalizadas a outros aspetos da sua vida (Townsend, 2011).

As atividades desenvolvidas na UCIP e no serviço de Pedopsiquiatria foram igualmente essenciais para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP. Relativamente às competências do EE foram adquiridas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, particularmente ao nível do desenvolvimento da prática profissional e ética no seu campo de intervenção e da promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades dos profissionais; no domínio da melhoria contínua da qualidade, particularmente ao nível da criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro; e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, particularmente ao nível do desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e baseando a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2011b).

Relativamente ao EEESIP foram adquiridas e desenvolvidas competências no âmbito da negociação da "participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar" (E1.1.1) (OE, 2018, p.19193), comunicação e relacionamento com a criança/jovem e família (E1.1.2; E3.3.2; E3.3.1; E3.3.3) (OE, 2018), utilização de "estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde" (E1.1.3) (OE, 2018, p.19193), facilitação da aquisição de "conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família" (E1.2.8) (OE, 2018, p.19193), capacitação da "criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação" (E2.5.2) (OE, 2018, p.19193), identificação de "evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico" (E1.2.3) (OE, 2018, p.19193), facilitação da comunicação expressiva de emoções (E3.4.1) e reforço da imagem corporal positiva (E3.4.2) (OE, 2018). Foi também proporcionado "conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença" (E1.1.4) (OE, 2018, p.19193) e mobilizados "conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória" (E2.1.1) (OE, 2018, p.19193). Foram também demonstrados conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades e sobre o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, assim como conhecimentos em suporte avançado de vida pediátrico (E1.2.1; E2.1.2; E3.1.1) (OE, 2018, p.19193). Ao longo do estágio procuraram-se "sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde" (E1.1.5) (OE, 2018, p. 19193)

2.3. CONTEXTO URGÊNCIA PEDIÁTRICA

2.3.1. Descrição do contexto

O SUP encontra-se inserido no departamento de pediatria de um hospital da região de Lisboa, funciona 24 horas por dia e tem como missão prestar cuidados de saúde a crianças (até aos 17 anos e 364 dias de idade) com situações clínicas, psicológicas ou sociais urgentes/emergentes, podendo estas dar entrada no SUP através de meios de emergência pré-hospitalar ou pelos próprios meios. O serviço é constituído por uma Unidade de Internamento de Curta Duração com 6 vagas, uma sala de reanimação, 5 gabinetes médicos, 2 salas de triagem, 1 sala de tratamentos e 1 de aerossóis. A equipa de Enfermagem é formada por 27 enfermeiros (9 EEESIP).

2.3.2 Descrição e análise reflexiva e crítica do percurso formativo

À semelhança dos estágios anteriores foi elaborado no início do estágio um diagnóstico de situação, a partir do qual se elaboraram objetivos e desenvolveram atividades que permitiram colmatar as necessidades encontradas e adquirir competências. A recolha de dados foi elaborada através da técnica de inquérito, com recurso à entrevista (semiestruturada – APÊNDICE V) realizada à Enfermeira orientadora, à Enfermeira chefe do serviço e à Enfermeira responsável do serviço; e através da técnica de observação (não estruturada e não participante) com recurso a registo no diário do investigador, realizada em contexto de prestação de cuidados aos utentes que recorreram ao SUP.

A observação realizada durante a primeira semana de estágio foi feita a partir da observação em contexto de triagem, onde foi possível observar a forma como a mesma é feita e quais as queixas principais mais frequentes (febre, vómitos, tosse, erupções cutâneas). Na entrevista realizada às enfermeiras orientadora, chefe do serviço e responsável do serviço, foi exposta a temática escolhida para aprofundar ao longo do estágio tendo as três sido questionadas acerca das necessidades do serviço e acerca do que já se encontrava elaborado no SUP sobre a temática. As três salientaram a importância da temática, apesar de referirem que seria difícil abordá-la em contexto de SUP, apesar de nunca ter sido feito nada no serviço sobre a temática. Quando questionadas acerca das necessidades do serviço referiram que de momento não identificavam nenhuma necessidade específica onde fosse necessário atuar. Tendo a entrevista sido inconclusiva foi necessário compreender em que situações no SUP é que poderiam existir alterações da autoestima da criança. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica acerca da temática (com recurso a ficha de leitura – APÊNDICE XIII) e concluiu-se que as crianças/adolescentes que apresentam alterações na sua autoestima (baixa

autoestima) são adolescentes com comportamentos autolesivos e suicidas (Singh & Pathak, 2017; Santos, et al., 2012). A baixa autoestima é um fator de risco significativo para ideação suicida, pois pode levar à depressão em situações desafiadoras tornando as pessoas vulneráveis à ideação suicida (Singh & Pathak, 2017). Este tipo de comportamentos são mais frequentes na faixa etária da adolescência, pois o adolescente nem sempre é capaz de lidar com as alterações que surgem associadas ao desenvolvimento (Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Marques & Cepêda, 2009; Harter, 2012; Rahmandar & Biro, 2017). É maioritariamente através do SUP que estas crianças dão entrada no hospital (Santos, et al., 2017), reconhecendo-se assim a necessidade de abordar esta temática neste contexto.

Foi então realizada nova entrevista onde foram expostos os dados encontrados e sugerida uma intervenção nesta área, que foi aceite. Foi então levantada como problemática de intervenção as alterações na autoestima do adolescente com comportamento autolesivo e ideação/intenção suicida e foram definidos como objetivos:

- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da promoção da autoestima em adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida que recorrem ao SUP;

- Prestar cuidados especializados à criança/família internada no SUP.

Definiu-se como cliente o adolescente que recorre ao SUP por tentativa de suicídio ou comportamentos autolesivos. Este encontra-se influenciado por diversos *stressores*: forças intrapessoais (baixa autoestima, patologia psiquiátrica, perturbações do desenvolvimento, comportamentos aditivos, alterações na autoimagem, isolamento, gestão emocional do adolescente); forças interpessoais (contexto familiar - famílias com alto nível de conflitualidade ou existência de doença psiquiátrica nos pais, história familiar de suicídio), contacto recente com tentativa de suicídio, tentativa(s) de suicídio anterior(es), relação com os pares, relações afetivas); forças extrapessoais (ambiente escolar hostil, fatores socioeconómicos) (Neuman & Fawcett, 2011).

Para dar resposta às necessidades levantadas no diagnóstico de situação e cumprir os objetivos delineados, foram realizadas atividades que permitiram dotar a equipa de Enfermagem de conhecimentos acerca da temática, assim como de intervenções de Enfermagem que poderão ser utilizadas na prestação de cuidados em contexto do SUP:

- Realização de um questionário à equipa de Enfermagem do SUP acerca das necessidades formativas sobre esta temática;

- Realização de uma sessão de formação em serviço à equipa de Enfermagem do SUP acerca da promoção da autoestima em crianças/adolescentes com

comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida, dando resposta às necessidades identificadas no questionário de necessidades formativas;

- Realização de um cartaz informativo com a sistematização da formação apresentada;

- Prestação de cuidados especializados de Enfermagem à criança/família internada no SUP, no âmbito da promoção da autoestima em crianças/adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida, se oportuno.

As intervenções realizadas são do tipo secundária (prevenção secundária), pois envolvem intervenções iniciadas após a ocorrência do stressor (tentativa de suicídio/comportamento autolesivo) (Neuman & Fawcett, 2011).

O suicídio e os comportamentos autolesivos representam um grave problema de saúde pública, apresentando uma maior incidência na fase final da adolescência. O suicídio é a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos no mundo (DGS, 2013a; Organização Mundial de Saúde (OMS), 2018) e está intimamente ligado a alterações na autoestima (Singh & Pathak, 2017; Santos, et al., 2012). Apesar de não ser uma das queixas principais dos utentes que recorrem ao SUP (a febre, os vómitos, a tosse e as erupções cutâneas continuam a ser as queixas mais comuns) as tentativas de suicídio e os comportamentos autolesivos representam um número significativo de vindas ao SUP e como tal merece atenção por parte dos profissionais de saúde, requerendo que estes sejam competentes na área e estejam aptos a prestar cuidados.

O SUP é também um contexto importante para identificar crianças e adolescentes em risco de suicídio, a fim de se intervir idealmente antes de tentarem o suicídio (Basco, 2006; Santos, et al., 2012; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017; Ballard, et al., 2017; Santos, et al., 2017). A maior parte dos enfermeiros refere não ser capaz de lidar com estes adolescentes por considerar que possui poucos conhecimentos sobre a temática e sobre como abordá-los, levando a um atendimento inadequado (Silva, Gomes, Amaral, & Loreto, 2017). Dos 27 enfermeiros que constituem a equipa de Enfermagem do SUP, apenas 20 Enfermeiros (74,1%) responderam ao questionário de necessidades formativas realizado, sendo que 17 dos Enfermeiros que responderam (85%) referiu que perante uma criança/adolescente com baixa autoestima que recorre ao SUP por tentativa de suicídio, ideação suicida ou comportamentos autolesivos não saberia que intervenções de Enfermagem poderia utilizar para abordar esta criança e promover um aumento da sua autoestima. Este resultado vai de encontro ao descrito na literatura, salientando-se assim a importância de realizar uma atividade neste âmbito.

A realização prévia à formação do questionário de necessidades formativas, contribuiu para a organização da sessão de formação e para a seleção dos conteúdos a incluir na mesma, reforçando-se assim a necessidade de realizar formação nesta área aos enfermeiros do SUP. O diagnóstico de situação assume-se como uma "linha orientadora para a tomada de decisão, pois procura regular a manutenção e correção das atividades, de forma a alcançar a situação-objeto desejada" (Dias, 2015, p.27) e tem como objetivo "servir de base para programar ações concretas" (Dias, 2015, p.27) e "proporcionar um quadro de situação que sirva para selecionar e estabelecer estratégias" (Dias, 2015, p.27).

A formação realizada revelou-se bastante útil para a aquisição de conhecimentos por parte da equipa de Enfermagem, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados neste âmbito e alcançando o objetivo proposto no início do estágio. A formação promoveu também a reflexão em equipa acerca dos cuidados prestados neste âmbito, tendo sido um dos aspetos positivos salientados pelos formandos. A pesquisa bibliográfica realizada sobre a temática dos comportamentos autolesivos e o suicídio na adolescência e a promoção da autoestima também se revelou essencial para o percurso formativo pessoal na medida em que permitiu a aquisição de novos conhecimentos, que serão úteis para a prática pessoal profissional atual e no futuro, tal como promoveu a aquisição de competências de EE e EEESIP. Apesar da fraca adesão por parte da equipa de Enfermagem, os participantes avaliaram a mesma de forma positiva, realçando a sua pertinência e relevância (o relatório da atividade encontra-se em apêndice - APÊNDICE XVII). Apesar de a atividade não ter sido aplicada diretamente nos adolescentes, considera-se que a mesma terá impacto no futuro nos mesmos, uma vez que se formaram enfermeiros que lidam diretamente com eles no seu dia-a-dia, pois o Enfermeiro desempenha um papel fundamental na redução do suicídio entre adolescentes, tendo a oportunidade de antecipar as orientações a pais e adolescentes, e podendo desta forma também intervir ao nível da autoestima (Hockenberry & Wilson, 2011; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014).

O objetivo da Enfermagem, segundo Neuman & Fawcett (2011), é manter o sistema do cliente estável através da precisão na avaliação dos efeitos e possíveis efeitos do estressor ambiental e na assistência ao cliente para realizar os ajustes necessários que lhe permitam atingir um nível de bem-estar ideal, e foi o que se pretendeu com esta atividade. A intervenção em adolescentes em risco é uma área de atuação do EEESIP pois ele é responsável pela "deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e adolescente, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio" (OE, 2018, p.19192) e pela "promoção da autoestima do

adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde" (OE, 2018, p.19192). O EEESIP é também responsável pela prevenção de complicações para a saúde da criança e adolescente e pela maximização do seu bem-estar (OE, 2011c).

O trabalho do Enfermeiro com adolescentes com comportamentos autolesivos e tentativa de suicídio não se esgota na intervenção em crise, é importante também saber encaminhar corretamente estes jovens. A primeira intervenção no SUP é fornecer assistência médica e avaliar a gravidade da tentativa de suicídio. A segunda tarefa é avaliar a necessidade de cuidados pós-alta e fornecer encaminhamento adequado. O encaminhamento adequado do adolescente para outras especialidades, torna-se fundamental, uma vez que o que está por detrás do desejo de perder a vida será explorado (Basco, 2006; Santos, et al., 2012; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017; Santos, et al., 2017; Ballard, et al., 2017). Estabelecer redes de recursos comunitários de suporte à criança/adolescente e família, trabalhar em parceria com agentes da comunidade para promover a melhoria da acessibilidade da criança e adolescente aos cuidados de saúde e encaminhar crianças que necessitem de cuidados de outros profissionais são também competências do EEESIP (OE, 2018). Neste sentido, e sabendo que o encaminhamento tem um papel fundamental nestes casos, considerou-se pertinente realizar uma visita à equipa de Enfermagem da Pedopsiquiatria do hospital, que tem a particularidade de trabalhar na comunidade, e desta forma conhecer o seu trabalho, conhecer os recursos comunitários e trazer novos conhecimentos para a prática profissional (APÊNDICE XVIII). A equipa da Pedopsiquiatria recebe todas as crianças/adolescentes que são encaminhadas pelo hospital, apesar de atualmente não ter capacidade de resposta para todas as solicitações. Esta falta de resposta, associada também a uma situação vivenciada em contexto de estágio, foram impulsionadores de um exercício reflexivo acerca desta temática e das respostas que o Serviço Nacional de Saúde tem para oferecer a estes jovens (APÊNDICE XIX). Esta reflexão foi importante para refletir acerca dos cuidados prestados, assim como aprofundar conhecimentos sobre a temática. Foi também interessante observar no caso analisado que tudo o que foi apresentado na formação realizada em contexto de estágio à equipa de Enfermagem do SUP encontra-se na prática dos cuidados. Foi possível identificar fatores de risco e fatores precipitadores do suicídio, assim como identificar que a autoestima desempenha um papel preponderante nestes casos, reforçando-se deste modo a importância da sua promoção na adolescência.

Ainda acerca do encaminhamento que deve ser realizado a estes jovens, foi feita uma visita ao Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACRJ) (APÊNDICE

XX), por ser uma área de atuação do EEESIP (OE, 2018), mas também porque os maus-tratos e os comportamentos autolesivos e o suicídio têm uma estreita relação entre eles, encontrando-se muitas vezes na origem destes comportamentos (Hockenberry & Wilson, 2011; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014). Enquanto futura EEESIP considero necessário conhecer os recursos existentes, essenciais para prestar cuidados de qualidade à criança e adolescente, e que serão úteis para a prática profissional. Por outro lado, também é importante conhecer o que existe para além dos nossos serviços pois só assim poderemos responder de forma adequada às solicitações que surgem no dia-a-dia, e que cada vez são mais complexas.

A prestação de cuidados assumiu-se também como um elemento essencial para a aquisição de competências de EE e EEESIP. Ao longo do estágio foi possível prestar cuidados assim como conhecer o SUP e a sua forma de funcionamento, que até então eram desconhecidas. Conhecer uma realidade de onde advêm muitas das crianças internadas no serviço onde exerço funções, permitiu compreender algumas situações já vivenciadas, mudando assim alguns dos cuidados prestados. A prestação de cuidados especializados em contexto de SUP possibilitou também consolidar conhecimentos sobre o cuidado especializado em saúde infantil e pediátrica, nomeadamente ao nível de competências comunicacionais assim como ao nível das patologias mais comuns de cada idade, e desta forma compreender que o EEESIP pode fazer a diferença nos cuidados prestados no SUP. A experiência profissional teve novamente um papel relevante neste processo de aquisição de competências pois permitiu prestar cuidados de qualidade apostando na aprendizagem de cuidados especializados.

Também a temática das medidas não-farmacológicas de controlo da dor teve destaque neste contexto, uma vez que os procedimentos associados ao desconforto e à dor são uma realidade frequente ao nível do SUP (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016), motivando a elaboração de um exercício reflexivo acerca da temática, e permitindo desta forma refletir sobre os cuidados prestados e qual o papel que o EEESIP tem neste campo (APÊNDICE XXI). O SUP é um local assustador para as crianças, sendo considerado pelas mesmas uma das piores experiências hospitalares traumáticas da sua vida, e onde a criança se encontra exposta a um ambiente estranho, assustador e a experiências que podem provocar medo ou causar dor (Hockenberry & Wilson, 2014b; Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016). O EEESIP desempenha um papel essencial nestes casos enquanto gestor emocional recorrendo a estratégias para ajudar a criança a gerir as emoções e os medos identificados (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016).

Como referido anteriormente as atividades desenvolvidas no SUP foram essenciais para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP. Relativamente às competências do EE foram adquiridas competências no domínio da gestão dos cuidados, particularmente ao nível da gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, particularmente ao nível do desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e baseando a praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2011b).

Relativamente ao EEESIP foram adquiridas e desenvolvidas competências no âmbito do suporte familiar e comunitário (E2.5.4) (OE, 2018), estabelecimento e manutenção de "redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados" (E1.1.7) (OE, 2018, p.19193) e trabalho em parceria com os mesmos para a "melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde" (E1.1.10) (OE, 2018, p.19193); do encaminhamento de crianças que "necessitam de cuidados de outros profissionais" (E1.2.2) (OE, 2018, p.19193), sensibilização de "pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção" (E1.2.5) (OE, 2018, p.19193), assistência da "criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos" (E1.2.6) (OE, 2018, p.19193), identificação de situações de risco para a criança e jovem (E1.2.4) e de "evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico" (E1.2.3) (OE, 2018, p.19193). Foram também aplicados conhecimentos sobre "saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem" (E2.2.1) (OE, 2018, p.19193), e sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio e combate da dor (E2.2.3; E2.2.2) (OE, 2018).

2.4. CONTEXTO NEONATOLOGIA

2.4.1. Descrição do contexto

O serviço de Neonatologia está inserido num hospital da região de Lisboa, abrangendo toda a população neonatal proveniente do bloco de partos e serviço de obstetrícia do próprio hospital, ou transferida de outros hospitais. Recebe também RN provenientes do domicílio. O serviço possui duas salas, uma de cuidados intensivos com 5 vagas e uma de cuidados intermédios com 9 vagas. Possui ainda 5 vagas de berços no serviço de pediatria. A equipa de Enfermagem é composta por 28 elementos (4 são EEESIP) e tem diversos grupos de trabalho (promoção aleitamento materno, controlo da dor, cuidados paliativos, promoção do desenvolvimento, sono e posicionamentos, canguru, controlo de infeção

hospitalar, educação para a saúde (ensinos para os pais), ambiente saudável, úlceras de pressão/cuidados da pele, alimentação), onde se desenvolvem diversos projetos. O serviço possui ainda um grupo de partilha de pais que é acompanhado por duas pedopsiquiatras e uma enfermeira do serviço e fazem formação para os pais uma vez por mês. À entrada na unidade todos os pais têm direito a um diário do RN para escreverem o que quiserem ao longo do internamento.

2.4.2 Descrição e análise reflexiva e crítica do percurso formativo

O percurso formativo na Neonatologia iniciou-se com a elaboração do diagnóstico de necessidades, a partir do qual se definiram objetivos e desenvolveram atividades que permitiram colmatar as necessidades encontradas. A recolha de dados foi elaborada através da técnica de inquérito, com recurso à entrevista (semiestruturada – APÊNDICE V) realizada à enfermeira orientadora e à enfermeira chefe do serviço, e através da análise documental com recurso a fichas de leitura (APÊNDICE XIII).

Na entrevista realizada à Enfermeira orientadora e à Enfermeira chefe do serviço, foi exposta a temática escolhida para aprofundar ao longo do estágio tendo ambas sido questionadas acerca das necessidades do serviço e acerca do que já se encontrava elaborado no serviço sobre a temática. Relativamente às necessidades do serviço referiram que não identificavam nenhuma necessidade específica onde fosse necessário atuar, uma vez que já existiam diversos grupos de trabalho no serviço, que dinamizavam vários projetos. Ao nível da promoção da autoestima referiram não ter nenhum projeto, mas reconheceram a importância da temática para a área, ressalvando que a mesma deveria ser trabalhada com os pais, mais concretamente com as mães, uma vez que elas apresentam uma baixa autoestima. No final da entrevista a enfermeira chefe sugeriu a elaboração de algo que pudesse ser trabalhado no serviço pela equipa de Enfermagem, após o estágio.

A pesquisa bibliográfica realizada veio suportar a informação obtida na entrevista referente à baixa autoestima das mães de RN prematuros. Ter um filho prematuro é uma experiência stressante para as mães, que tendem a sentir-se culpadas pelo nascimento prematuro, pois acreditam que terá sido causado pela sua falta de cuidado ou ignorância. (Cho, et al., 2016; Montes & Prieto, 2016). O nascimento e a hospitalização de um RN prematuro aumentam a vulnerabilidade emocional da mãe, contribuindo para o aumento do stresse e ansiedade relacionados com o bebé (Cho, et al., 2016). A fragilidade na autoestima é um dos sentimentos predominantes relatados pelas mães com RN internados na Unidade de Cuidados Intensivos (UCIN) (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015).

De acordo com os dados recolhidos foi levantada como problemática de intervenção as alterações na autoestima das mães de RN prematuros internados na Unidade de Neonatologia e foram definidos os seguintes objetivos:

- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da promoção da autoestima das mães de RN prematuros internados na Unidade de Neonatologia;

- Prestar cuidados especializados à criança/família internada na Unidade de Neonatologia, em conjunto com a equipa de Enfermagem do serviço de Neonatologia.

Definiu-se como cliente a mãe do RN internado na UCIN. Este encontra-se influenciado por diversos *stressores*: forças intrapessoais (sentimentos de culpa, ansiedade, tristeza, medo, insegurança, alteração papel parental); forças interpessoais (relação com a equipa multidisciplinar da UCIN); e forças extrapessoais (ambiente da UCIN, relações familiares) (Neuman & Fawcett, 2011).

Para dar resposta às necessidades levantadas no diagnóstico de situação e cumprir os objetivos delineados, foram realizadas atividades que permitiram dotar a equipa de Enfermagem de conhecimentos acerca da temática:

- Realização de uma sessão de formação em serviço à equipa de Enfermagem da Unidade de Neonatologia acerca da promoção da autoestima em mães de RN prematuros internados na Unidade de Neonatologia (sinais de baixa autoestima, escalas de avaliação da autoestima das mães, diagnósticos e intervenções de Enfermagem CIPE relacionados com a baixa autoestima das mães);

- Elaboração de um documento de proposta de introdução da temática da promoção da autoestima em mães de RN prematuros internados na Unidade de Neonatologia no guia do Plano Nacional Único (PNU) para a Neonatologia;

- Prestação de cuidados especializados de Enfermagem à criança/família internada na Unidade de Neonatologia, em conjunto com a equipa de Enfermagem da Unidade de Neonatologia, no âmbito da promoção da autoestima das mães de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatologia.

A intervenções realizadas são do tipo secundária (prevenção secundária), pois envolvem intervenções iniciadas após a ocorrência do stressor (internamento do filho RN prematuro na UCIN) (Neuman & Fawcett, 2011).

A autoestima materna é uma componente essencial da maternidade com influência ao nível da qualidade da relação mãe-bebé, da vinculação e na aquisição de competências inerentes ao papel materno, assumindo uma grande importância no processo de transição para a maternidade e devendo constituir-se como um fator a considerar e a promover pelos

profissionais de saúde (McGrath & Meyer, 1992; Abadi, Zandi, Shiva, Pourshirvani, & Kazemnejad, 2018). A autoestima materna é importante para fazer face aos desafios que a maternidade impõe e ultrapassá-los com sucesso, é essencial para a mulher desempenhar o seu papel de mãe, sendo relevante para o processo de interação com a criança. Quanto mais a mãe tiver uma boa imagem de si mesma, melhor cuidará do seu filho (Lourenço, 2013). A autoestima materna também tem influência no autoconceito geral, uma autoavaliação positiva no domínio específico da maternidade contribui para um nível de autoestima geral mais positivo (McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

A fragilidade na autoestima é um dos sentimentos predominantes relatados pelas mães de RN internados na UCIN (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015). As mães de RN prematuros apresentam uma autoestima materna significativamente menor do que as mães de RN de termo, pois não se sentem psicologicamente preparadas para o seu papel parental, podendo apresentar distúrbios emocionais e dificuldades de ajustamento (McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001). A baixa autoestima materna pode ter um impacto negativo na saúde mental e física das mães, estando associada a perturbações de ansiedade e estados depressivos, com impactos negativos na interação mãe-bebé. (Lourenço, 2013; Abadi, Zandi, Shiva, Pourshirvani, & Kazemnejad, 2018). Uma autoestima elevada facilita o cumprimento do papel materno, influenciando o crescimento e desenvolvimento do RN e a vinculação (Abadi, Zandi, Shiva, Pourshirvani, & Kazemnejad, 2018).

Os enfermeiros desempenham um papel central neste processo de transição para o papel parental, podendo intervir de forma eficaz na promoção da autoestima materna. A realização da sessão de formação acerca da temática da promoção da autoestima materna (APÊNDICE XXII) permitiu não só a aquisição de competências e de novos conhecimentos sobre a temática por parte da estudante, como contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados neste âmbito promovendo a reflexão em equipa sobre os mesmos. A sessão de formação teve também como objetivo sensibilizar a equipa de Enfermagem para a temática e realçar a sua importância para os cuidados de Enfermagem em Neonatologia. A promoção da autoestima materna é essencial para ajudar as mães a vivenciarem de forma positiva o internamento na UCIN, conferindo-lhe significado (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). As intervenções na UCIN devem ser voltadas para o restabelecimento da autoestima materna, reduzindo o *stress* materno e a depressão, e incentivando as interações da mãe com o RN como parte integrante do cuidado necessário ao RN, devendo privilegiar-

se a aproximação e a participação nos cuidados ao RN, assim como envolver a mãe no processo de ensino-aprendizagem como sujeito ativo do processo educativo, uma vez que o envolvimento materno promove a autoestima desenvolvendo a confiança da mãe nos cuidados prestados ao seu bebé RN (Guillaume, et al., 2013; Cartaxo, et al., 2014; Phuma-Ngaiyaye & Kalembo, 2016; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

Muitas das intervenções sugeridas para promover a autoestima materna já são realizadas pela equipa de Enfermagem, no entanto não são realizadas com esse intuito. A realização desta formação veio reforçar a importância dessas intervenções, acrescentando-lhes a perspetiva da promoção da autoestima materna, que também deve ser um foco de intervenção dos enfermeiros. Os participantes da formação avaliaram-na de forma positiva destacando a pertinência da mesma e a sua aplicabilidade na prática, podendo então concluir-se que o objetivo proposto para a atividade foi cumprido.

A promoção da autoestima materna pode ser considerada uma área de atuação do EEESIP na medida em que este presta cuidados centrados no binómio criança e família, trabalhando em parceira com estes em qualquer contexto em que se encontrem de forma a "promover o mais elevado estado de saúde possível" (OE, 2018, p.19192). O EEESIP é também responsável pela gestão do bem-estar da criança, por "avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar" (OE, 2018, p.19192), assim como a promover a "vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais" (OE, 2018, p.19194). A autoestima materna tem impacto em todas estas áreas, especialmente ao nível da vinculação, já que um vínculo adequado é a base para relacionamentos saudáveis entre pais e filhos e a base para a saúde mental do RN prematuro (Steyn, Poggenpoel, & Myburgh, 2017). "Atualmente, evidencia-se a importância dos cuidados parentais na infância para a saúde mental no presente e futuro da criança, bem como da necessidade de uma relação calorosa e íntima entre o filho pequeno e sua mãe, na qual ambos encontrem prazer e satisfação, consolidando uma base afetiva, que influenciará positivamente no desenvolvimento da personalidade da criança" (Bowlby, 2006, citado por Araújo & Rodrigues, 2010, p.866) e onde o EEESIP tem um papel essencial pois ao promover o bem-estar materno estará a contribuir para o bem-estar no RN e ao mesmo tempo presta cuidados centrados na família.

Dada a relevância da temática da promoção da autoestima materna nos cuidados de Enfermagem em Neonatologia, considerou-se que seria uma mais valia a sua inclusão no guia do PNU para a Neonatologia, como forma de melhoria dos cuidados de Enfermagem

prestados. Foram também incluídas no documento algumas escalas de avaliação da autoestima global e de avaliação do stress parental na UCIN, necessidades parentais na UCIN e competência parental, passíveis de implementar na UCIN, e cujos resultados poderão também contribuir para a melhoria dos cuidados e para a promoção da autoestima materna. Assim elaborou-se um documento com a proposta de inclusão, que aguarda aprovação por parte da equipa responsável da elaboração do PNU (APÊNDICE XXIII).

Também a prestação de cuidados de Enfermagem especializados no âmbito da promoção da autoestima materna revelou-se essencial para o processo de aquisição de competências. O contexto de Neonatologia não era desconhecido, uma vez que faz parte da prática profissional pessoal, e, portanto, à semelhança do contexto da UCIP, foi possível aprofundar conhecimentos em áreas mais especificas, nomeadamente na área da promoção da autoestima materna. Os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica têm por finalidade a promoção das competências da criança através da promoção da vinculação (OE, 2011c). A promoção da autoestima materna está amplamente relacionada com a promoção da vinculação. As mães que têm um nível de autoestima mais elevado apresentam uma vinculação positiva ao bebé, sendo que a baixa autoestima inibe a formação do vínculo materno (Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013), assim é necessário intervir na autoestima materna como forma de promoção da vinculação.

Os cuidados prestados enquanto estudante incidiram essencialmente na promoção da autoestima materna. As intervenções realizadas neste âmbito (Método Canguru, promoção da autonomia materna, inclusão da mãe nos cuidados, promoção do aleitamento materno, entre outras), apesar de já serem conhecidas e utilizadas na prática profissional, foram realizadas em contexto de estágio com a intenção de promover a autoestima materna, facto esse aparentemente conseguido.

Também a parceria de cuidados, assim como o envolvimento dos pais nos cuidados e respetiva negociação dos mesmos esteve presente ao longo do estágio, contribuindo igualmente para a promoção da autoestima materna. A Neonatologia é talvez um dos serviços em pediatria onde a parceria de cuidados tem mais expressão pois, como referido anteriormente ao incentivarmos a interação da mãe com o RN, ao privilegiar a aproximação e a participação da mãe nos cuidados ao RN, assim como o seu envolvimento no processo de ensino-aprendizagem como sujeito ativo do processo educativo, promove a autoestima materna (Guillaume, et al., 2013; Cartaxo, et al., 2014; Phuma-Ngaiyaye & Kalembo, 2016; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

Em pediatria a filosofia de cuidados "evidencia os cuidados centrados na família,

com ênfase nas interacções e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes" (OE, 2001, p.4), assentando num modelo conceptual centrado na criança e família/pessoa significativa, que são os beneficiários dos cuidados (OE, 2018), e numa relação "livre de medos e preconceitos e assente no respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel" (Mendes, 2013, p.159), que vai muito mais além do simples cuidar e da simples ajuda dos pais (Mendes, 2013). "O processo de cuidar em pediatria, pela sua especificidade, determina que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar a criança em parceria com os pais" (Mendes & Martins, 2012, p.56). Particularmente o EEESIP "trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre" (OE, 2018, p. 19192), parceria esta "promotora da otimização da saúde e da parentalidade" (Mendes, 2013, p.166). A parceria de cuidados "requer uma interação integral com a família de forma a proporcionar as condições favorecedoras de um desenvolvimento global da criança" (Mendes & Martins, 2012, p.114).

Os cuidados planeados em parceria garantem a individualização do cuidado prestado à criança e família/pessoa significativa e "uma assistência de maior qualidade" (Mendes, 2013, p.158), contribuindo dessa forma para o desenvolvimento da criança e do próprio cuidado (Mendes & Martins, 2012). De acordo com Abraham & Moretz (2012, citados por Mendes, 2013, p.162) a parceria de cuidados "assenta numa abordagem inovadora para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde, com benefícios para todos os intervenientes no processo de cuidados". A parceria de cuidados é uma ferramenta útil que o Enfermeiro tem à sua disposição e que é promotora da "qualidade dos cuidados, qualidade que se reflete a nível da estrutura, do processo e dos resultados, com a obtenção de ganhos em saúde" (Mendes, 2013, p.153) para todos os intervenientes na parceria (Mendes, 2013).

No âmbito da prestação de cuidados foi também elaborado um exercício reflexivo sobre esta temática (APÊNDICE XXIV) que pretendeu realizar uma reflexão crítica da literatura acerca da temática, comparando-a com aquilo que foi observado durante a prestação de cuidados realizados pela estudante em contexto de estágio. O exercício reflexivo permitiu não só aprofundar conhecimentos na área como também foi essencial para compreender o verdadeiro impacto das intervenções promotoras da autoestima materna nas mães, comprovando que as mesmas são fundamentais para promover a autoestima materna e que devem ser utilizadas pelo Enfermeiro na sua prática. Desta forma o exercício reflexivo contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados e para o processo de aquisição de competências.

As atividades desenvolvidas foram essenciais para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP. Relativamente às competências do EE foram adquiridas competências no domínio da gestão dos cuidados, particularmente ao nível da gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, particularmente ao nível do desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e baseando a praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2011b).

Relativamente às competências de EEESIP, a realização das atividades desenvolvidas neste contexto permitiu adquirir e desenvolver competências ao nível da negociação da "participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar" (E1.1.1) (OE, 2018, p.19193), assim como do "envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN" (E3.2.6) (OE, 2018, p.19194), transmissão de "orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil" (E3.1.3) (OE, 2018, p.19194), promoção do contacto físico pais/RN e amamentação (E3.2.4; E3.2.5) e avaliação do "crescimento e desenvolvimento da criança e jovem" (E3.1.2) (OE, 2018, p.19194). Foram demonstrados conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1.1), sobre "competências do RN para promover o comportamento interativo" (E3.2.2) (OE, 2018, p.19194) e sobre "técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família" (E3.3.1) (OE, 2018, p.19194). Ao longo do estágio foram procuradas, de forma sistemática, "oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde" (E1.1.5) (OE, 2018, p. 19193).

CONCLUSÃO

O Especialista é o "enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção" (OE, 2011b, p. 8648). O campo de intervenção do EEESIP é muito vasto. Este pode atuar em "qualquer contexto onde se encontrem crianças e jovens" que necessitem de cuidados que visem a "promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado" (OE, 2011c, p.3). A promoção da autoestima é um destes campos onde o EEESIP pode atuar, uma vez que se relaciona com o bem-estar da criança, influenciando o seu desenvolvimento.

Ao longo do percurso formativo foram desenvolvidas atividades que objetivaram promover a autoestima da criança e adolescente permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências, assim como a obtenção e consolidação de novos conhecimentos no âmbito da promoção da autoestima e ao nível da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ao longo de todos os estágios foi sentido que a temática da promoção da autoestima, apesar da sua pertinência e relevância para os cuidados, não era fácil de trabalhar em contexto de estágio. Este obstáculo foi sendo ultrapassado recorrendo à análise da literatura disponível que orientou então a intervenção, facilitando o desenvolvimento das atividades. De referir que no contexto de Neonatologia se considerou pertinente trabalhar a temática da promoção da autoestima materna dada a sua relevância para o contexto e a sua influência na vinculação, que o EEESIP é responsável por promover.

A temática do desenvolvimento infantil e da dor na criança estiveram sempre presentes em todas as atividades desenvolvidas e cuidados prestados, tendo sido consideradas como eixos essenciais da atuação do EEESIP.

Em cada serviço por onde se passou foram deixadas diversas ferramentas úteis que trouxeram um contributo para a melhoria dos cuidados de Enfermagem. No contexto de CSP foi deixado um cartaz e folheto informativo sobre a higiene do sono do adolescente assim como documentos referentes à atividade da II Semana da Saúde Oral, que poderão ser utilizados em iniciativas semelhantes no futuro. Em contexto de internamento de Pediatria

foi deixado um guia de acolhimento para crianças em idade escolar, que pretendeu diminuir o medo relacionado com o internamento na UCIP, assim como promover a autoestima da criança através da explicação das alterações da autoimagem decorrentes do internamento. Nos contextos de SUP e de Neonatologia a realização de formações em serviço sobre a temática do suicídio e comportamentos autolesivos na adolescência e sobre a autoestima materna foram importantes para a aquisição de novos conhecimentos contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados nesses serviços. Na Neonatologia foi também deixado um documento com uma proposta de introdução da temática da promoção da autoestima em mães de RN prematuros internados na Unidade de Neonatologia no guia do PNU para a Neonatologia e que contribuirá certamente para a melhoria dos cuidados prestados nesta área.

Os conhecimentos anteriores, adquiridos em contexto de prática profissional e em contexto formativo anterior (Licenciatura, formações e pós-graduação), também foram determinantes para o percurso formativo na medida em que permitiram desenvolver e aprofundar outros conhecimentos mais especializados, e que serão úteis para a prática de Enfermagem especializada.

Para além das competências de EE e de EEESIP que foram adquiridas e desenvolvidas com as atividades realizadas, estas permitiram também alcançar os requisitos exigidos para a obtenção do grau de mestre (Decreto-Lei n.º74/2006 de 24 de março).

A falta de evidência científica recente em Enfermagem sobre a promoção da autoestima na criança e adolescente revelou-se como uma grande limitação para o desenvolvimento deste relatório. Apesar da sua relevância para o desenvolvimento da criança e de ser uma intervenção autónoma de Enfermagem, não existe muita literatura acerca da mesma, o que acabou por dificultar a elaboração das atividades.

Finaliza-se este trabalho avaliando toda a experiência vivenciada de forma positiva, com a certeza de que se contribuiu para a melhoria dos cuidados em Enfermagem, particularmente ao nível da autoestima da criança e adolescente, e que, acima de tudo, se passou a olhar o Cuidado de Enfermagem de outra perspetiva, uma perspetiva crítica e reflexiva. Recomenda-se ainda a realização de mais investigação nesta área, dada a sua relevância para a criança e jovem, de forma a promover a melhoria dos cuidados com vista à excelência em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadi, A. A., Zandi, M., Shiva, M., Pourshirvani, A., & Kazemnejad, A. (2018). Effect of Preparation for Maternal Role Program on Self-esteem of Women Undergoing In-vitro Fertilization. *Evidence Based Care Journal, 7*(4), 63-72. Obtido em 25 de janeiro de 2019, de http://ebcj.mums.ac.ir/article_10069_741f2872bd7020487aeb26767a879892.pdf

Alavinezhad, R., Mousavi, M., & Sohrabi, N. (2013). Effects of art therapy on anger and self-esteem in aggressive children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences , 113*(2014), 111-117. Obtido em 17 de janeiro de 2019, de https://ac.els-cdn.com/S1877042814000172/1-s2.0-S1877042814000172-main.pdf?_tid=82b9ac90-a66d-4a97-a668-181616057e68&acdnat=1547752508_d39057922758fca8adeb4a621fbd2b8a

Alcántara, J. A. (2000). *Como educar a auto-estima* (3ª edição ed.). (H. Caprichoso, Trad.) Lisboa: Plátano Edições Técnicas.

Anjos, P. (2018). *Autoestima em crianças e jovens* (1ª ed.). Bookout, Lda.

Araújo, B. M., & Rodrigues, B. R. (2010). Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Revista Escola de Enfermagem USP, 44*(4), 865-872. Obtido em 29 de novembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/02.pdf

Aspesberro, F., Mangione-Smith, R., & Zimmerman, J. J. (2015). Health-related quality of life following pediatric critical illness. *Intensive Care Medicine, 41*, 1235-1246. doi:10.1007/s00134-015-3780-7

Associação Portuguesa de Sono, & Sociedade Portuguesa de Pediatria. (n.d.). *Higiene do Sono da Criança e Adolescente - Ter um bom sono é um sonho possível.* Obtido em 17 de maio de 2018, de http://www.apsono.com/docs/Sono_FINALConvertido.pdf

Ballard, E. D., Cwik, M., Eck, K. V., Goldstein, M., Alfes, C., Wilson, M. E., . . . Wilcox, H. C. (2017). Identification of At-Risk Youth by Suicide Screening in a Pediatric Emergency Department. *Prevention Science, 18*(2), 174-182. doi:10.1007/s11121-016-0717-5.

Barreto, A. (2015). *Educar com valores inteligentes* (1ª edição ed.). (M. Sobral, Trad.) Madrid, Espanha: Bookout, Lda.

Basco, W. T. (14 de julho de 2006). *Teens at Risk: A Focus on Adolescent Suicide*. Obtido em 23 de outubro de 2018, de Medscape: https://www.medscape.org/viewarticle/540353

Benninger, E., & Savahl, S. (2017). The Children's Delphi: considerations for developing a programme for promoting children's self-concept and well-being. *Child and Family Social Work, 22*(2), 1094-1103. doi:doi.org/10.1111/cfs.12329

Birkeland, M. S., Melkevik, O., Holsen, I., & Wold, B. (2012). Trajectories of global self-esteem development during adolescence. *Journal of Adolescente, 35*(1), 43-54. doi:10.1016/j.adolescence.2011.06.006

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Classificação das intervenções em enfermagem (NIC)* (6ª ed.). (D. C. Rodrigues, Trad.) Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.

Cartaxo, L. d., Torquato, J. A., Agra, G., Fernandes, M., Platel, I. C., & Freire, M. M. (2014). Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Enfermagem UERJ, 22*(4), 551-557. Obtido em 24 de novembro de 2018, de http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf

Chen, C.-W., & Conrad, B. (2001). The Relationship Between Maternal Self-Esteem and Maternal Attachment in Mothers of Hospitalized Premature Infants. *Journal of Nursing Research, 9*(4), 69-81. Obtido em 26 de novembro de 2018, de https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11789133

China, L. S.-H., & Chan, J. C.-Y. (2012). Self-esteem, oral health behaviours, and clinical oral health status in Chinese adults: An exploratory study. *Health Education Journa, 72*(6), 684–694. doi:10.1177/0017896912460928

Cho, E.-S., Kim, S.-J., Kwon, M. S., Cho, H., Kim, E. H., Jun, E. M., & Lee, S. (2016). The effects of kangoroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stress. *Journal of Pediatric Nursing, 31*(4), 430-438. Obtido em 21 de novembro de 2018, de https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(16)00053-1/fulltext

Coelho, V. A., Marchante, M., & Jimerson, S. R. (2017). Promoting a Positive Middle School Transition: A Randomized-Controlled Treatment Study Examining Self-Concept and Self-Esteem. *Journal of Youth & Adolescence, 46*, 558-569. doi:10.1007/s10964-016-0510-6

Coelho, V. A., Marchante, M., & Sousa, V. (2016). O impacto dos programas atitude positiva sobre o autoconceito na infância e adolescência. *Revista de Psicodidática, 21*(2), 261-280. doi:10.1387/RevPsicodidact.15129

Davis, C., Shuss, S., & Lockhart, L. (2014). Assessing Suicide risk. (29, Ed.) *Nursing Made Incredibly Easy!, 12*(1), 22-. Obtido em 23 de outubro de 2018, de https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1646845&Journal_ID=417221&Issue_ID=1646738

Decreto-Lei n.º74/2006 de 24 de março. *Diário da República n.º60/06 - I Série-A*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

Decreto-Lei n.º118/2014 de 05 de agosto. *Diário da República n.º149/14 - I Série-A*. Ministérios da Saúde

Dekker, W., Vergouwen, A., Buster, M., & Honig, A. (2017). Acceptance of guidance to care at the emergency department following attempted suicide. *BMC Psychiatry, 17*, 332. doi:https://doi.org/10.1186/s12888-017-1491-z

Del Ciampo, L. A., Louro, A. L., Del Ciampo, I. R., & Ferraz, I. S. (2017). Características de hábitos de sono entre adolescentes da cidade de Ribeirão Preto (SP). *27*(3), 307-314. doi:http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.107097

Dias, A. (2015). *Diagnóstico de Necessidades de Formação em Contexto Organizacional.* Relatório de Estágio - Mestrado em Sociologia, Departamento de Sociologia, Universidade de Évora. Obtido em 01 de novembro de 2018, de http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/16898/1/relatorio%20de%20estagio%20%28corrigido%29%2019.04.38.pdf

Dias, J. B., & Carvalho, J. C. (2017). Enfermagem em Pedopsiquiatria: Especificidades do Cuidar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(17), 65-70. doi:http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0185

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Criançlas em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem, 20*(2), 26-47. Obtido em 05 de novembro de 2018, de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2005) Circular Normativa n.º 01/DSE de 18/01/05

Direção-Geral de Saúde. (2011). Orientação n.º007/2011 de 23/03/2011. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B.

Direção-Geral de Saúde. (2013a). Plano Nacional de Prevenção do Suicidio 2013/2017.

Direção-Geral de Saúde. (2013b). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Obtido em 15 de fevereiro de 2018, de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx

Dow, B., Kenardy, J., Long, D., & Le Brocque, R. (2012). Children's post-traumatic stress and the role of memory following admission to intensive care: A review. *Clinical Psychologist, 16*, 1-14. doi:10.1111/j.1742-9552.2012.00040.x

Durmaz, G. B., & Tufekci, F. G. (2016). The Self-Care Training is Increasing Body Image Perception Self-Esteem and Self-Care abilities in Pregnant Adolescents: A Pretest-Posttest Quasi-Exprimental Study. *Internation Journal of Caring Scienes, 9*(3), 876-882. Obtido em 30 de setembro de 2018, de http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/16_1-tufekci_originial_9_3.pdf

Eddy, M. M. (2014). Promoting self-esteem in overweight and obese girls. *Women's Healthcare*, 32-37. Obtido em 8 de setembro de 2018, de https://npwomenshealthcare.com/promoting-self-esteem-in-overweight-and-obese-girls/

Facco, S. C., Menezes, L. P., Dias, C. A., Marisco, N. d., & Arboit, É. L. (2016). A Arteterapia no Tratamento dos Usuários de um Centro Atenção Psicossocial. *Revista*

Espaço Ciência & Saúde, 4, 45-57. Obtido em 2017 de janeiro de 2019, de http://www.revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5249/787

Figueiredo, M., & Amendoeira, J. (2014). Promoção da Saúde nos Curricula de Enfermagem: Conhecimento dos professores e significados atribuídos pelos estudantes - revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem, 18*(2), 20-44. Obtido em 21 de janeiro de 2019, de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo2_20_44(2).pdf

Frada, C., & Neves, I. (2017). A promoção da autoestima na criança. *REVISTA DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN, Extr.*(01), 1-4. doi:https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.01.2843

Gaspar, T., Ribeiro, J. P., Matos, M. G., Leal, I., & Ferreira, A. (2010). Estudo da Auto-estima em Crianças e Adolescentes Portugueses: Impacto de Factores Sociais e Pessoais. *Revisa AMAzônica, V*(2), 57-83. Obtido em 28 de junho de 2018, de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63881/2/86778.pdf

Gequelin, J., Fernandes, K. F., Oliveira, G. P., & Dyniewicz, A. (Jul/Set de 2014). Percepção de acompanhantes sobre a criança intubada em UTI pediátrica. *Cogitare Enfermagem, 19*(3), 483-490. doi:10.5380/ce.v19i3.33434

Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., . . . Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics, 13*(18), 1-9. Obtido em 27 de novembro de 2018, de https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-18

Guo, S., Wu, Q., Smokowski, P. R., Bacallao, M., Evans, C. B., & Cotter, K. L. (2015). A Longitudinal Evaluation of the Positive Action Program in a Low-Income, Racially Diverse, Rural County: Effects on Self-Esteem, School Hassles, Aggression, and Internalizing Symptoms. *Journal of Youth & Adolescence, 44*, 2337-2358. doi:10.1007/s10964-015-0358-1

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (Edits.). (2008). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (3ª ed.). Elk Grove Village, IL, Estados Unidos da América: The American Academy of Pediatrics.

Harter, S. (2012). *The Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.

Henriksen, I. O., Ranøyen, I., Indredavik, M. S., & Stenseng, F. (2017). The role of self-esteem in the development of psychiatric problems: a three-year prospective study in a clinical sample of adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 11*(68), 1-9. Obtido em 23 de janeiro de 2019, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5747942/pdf/13034_2017_Article_207.pdf

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2015-2017* (10ª edição ed.). (R. M. Garcez, Trad.) S. Paulo: Artmed Editora Ltda.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014a). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição.* (9ª ed., Vol. I). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014b). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição* (9ª ed., Vol. II). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hosogi, M., Okada, A., Fujii, C., Noguchi, K., & Watanabe, K. (2012). Importance and usefulness of evaluating self-esteem in children. *Biopsychosocial Medicine, 6*(9), 1-6. Obtido em 17 de janeiro de 2019, de https://bpsmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1751-0759-6-9

Jones, J. G., Cohen, A. L., Worley, K. B., & Worthington, T. (2015). Accidental scratch - or a sign of self-cutting? *The Journal of Family Practice, 64*(5), 277-281. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=e9bcd04e-5efd-4a00-9dac-0e619d8c9f4c%40sessionmgr104

Kaufman, R., Rinehardt, E., Hine, H., Wilkinson, B., Tush, P., Mead, B., & Fernandes, F. (2014). The Effects of a Museum Art Program on the Self-Concept of Children. *Art Therapy: Journal of the American Ar Therapy Association, 31*(3), 118-125. doi:https://doi.org/10.1080/07421656.2014.935592

Lachowicz-Tabaczek, K., & Śniecińska, J. (2011). Self-concept and self-esteem: How the content of the self-concept reveals sources and functions of self-esteem. *Polish Psychological Bulletin , 42*(1), 24-35. Obtido em 16 de janeiro de 2019, de https://content.sciendo.com/view/journals/ppb/42/1/article-p24.xml

Ledford, H. (2018). Who exactly counts as an adolescent? *Nature, 554*(7693), 429-431. Obtido em 02 de março de 2018, de https://www.nature.com/articles/d41586-018-02169-w

Lee, E. J. (2015). The Effect of Positive Group Psychotherapy on Self-Esteem and State Anger Among Adolescents at Korean Immigrant Churches. *Archive of Psychiatric Nursing, 29*(2), 108-113. doi:10.1016/j.apnu.2014.10.005

Loureiro, H., Pinto, T., Pinto, J., Pinto, H., & Paiva, T. (2013). Validation of the Children Sleep Habits Questionnaire and the Sleep Self Report for portuguese children. *Sleep Science, 6*(4), 151-158. Obtido em 15 de maio de 2018, de http://www.sleepscience.org.br/details/9/en-US/validation-of-the-children-sleep-habits-questionnaire-and-the-sleep-self-report-for-portuguese-children

Lourenço, I. M. (2013). *Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a Autoestima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé.* Dissertação, Universidade de Évora

- Escola de Ciências Sociais, Psicologica, Évora. Obtido em 26 de novembro de 2018, de http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/11171

Mahat, G., Lyons, R., & Bowen, F. (2014). Early Childhood Caries and the Role of the Pediatric Nurse Practitioner. *The Journal of Nurse Practitioners, 10*(3), 189-193. Obtido em 22 de janeiro de 2019, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=adff2c8e-e499-45bc-b74e-44c877fe1c29%40sessionmgr120

Malheiro, M. D. (2011). Efeito dos Campos Terapêuticos na Funcionalidade, Autoestima, Autoconceito e Autoeficácia da Criança e do Adolescente com Incapacidade e/ou Doença Crónica: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem, 15*(2), 26-40. Obtido em 16 de janeiro de 2019, de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_26_40(1).pdf

Mann, M., Hosman, C., Schaalma, H., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research, 19*(4), 357-372. Obtido em 26 de maio de 2018, de AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAjowggI2BgkqhkiG9w0BBwagggInMIICIwIBADCCAhwGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMIZG11WPg6wQbLOW3AgEQgIIB7fRIHsc7CXIhRcV

Marques, C., & Cepêda, T. (2009). Recomendações para a prática clínica da saúde mental e infantil nos cuidados de saúde primários. (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Ed.) Lisboa.

McGrath, M. M., & Meyer, E. C. (1992). Maternal Self-Esteem: From Theory to Clinical Pratice in a Special Care Nursery. *Children's Health Care, 21*(4), 199-205. doi:10.1207/s15326888chc2104_2

McGrath, M., Boukydis, C. F., & Lester, B. M. (1993). Determinant of Maternal Self-Esteem in the Neonatal Period. *Infant Mental Health Journal, 14*(1), 35-48. Obtido em 26 de novembro de 2018, de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0355%28199321%2914%3A1<35%3A%3AAID-IMHJ2280140104>3.0.CO%3B2-R

Mendes, M. S. (2013). *A Natureza da Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria: Um contributo para a parceria efetiva.* Tese de Doutoramento, Unversidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Obtido em 15 de dezembro de 2018, de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15342/1/Tese.pdf

Mendes, M. S., & Martins, M. F. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(6), 113-121. Obtido em 20 de março de 2019, de http://www.index-f.com/referencia/2012pdf/36-113.pdf

Meyer, A. A. (2012). *Perceived Benefits of Art-based Interventions and Nursing Implications: A Systematic Review.* Antonian Scholars Honors Program, St. Catherine University, School of Humanities, Arts and Sciences. Obtido em 17 de

janeiro de 2019, de https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1019&context=shas_honors

Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2013). Self-esteem and life satisfaction in adolescents—gender and age as potential moderators. *Quality of life research, 22*(10), 2921-2928. doi:10.1007/s11136-013-0427-4

Monteiro, V. (2012). Promoção do Autoconceito e Auto Estima através de um Programa de Leitura a Par. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 25*(1), 147-155. Obtido em 02 de maio de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n1/a18v25n1.pdf

Montes, L. B., & Prieto, A. M. (2016). Uncertainty Associated to Parents of Preterm Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units. *Investigación y Educación en Enfermería, 34*(2), 360-367. Obtido em 24 de novembro de 2018, de http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v34n2/v34n2a16.pdf

Murray, M., Dordevic, A. L., & Bonham, M. P. (2017). Systematic Review and Meta-Analysis: The Impact of Multicomponent Weight Management Interventions on Self-Esteem in Overweight and Obese Adolescents. *Journal of Pediatri Psychology, 42*(4), 379-394. doi:10.1093/jpepsy/jsw101

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Estados Unidos da América: Pearson Education, Inc.

Norris, J. (1992). Nursing Intervention for Self -Esteem Disturbances. *Nursing Diagnosis, 3*(2), 48-53. doi:https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.1992.tb00203.x

Odar, C., Canter, K. S., & Roberts, M. C. (2013). Relationship Between Camp Attendance and Self-Perceptions in Children With Chronic Health Conditions: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 38*(4), 398-411. doi:10.1093/jpepsy/jss176

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagm - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Obtido em 19 de setembro de 2017, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Obtido em 22 de janeiro de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume II. Obtido em 19 de setembro de 2018, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, n.º35 – II Série. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Ordem dos Enfermeiros. (2011c). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de Boa Prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Obtido em 19 de setembro de 2017, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015.* Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, n.º133 – II Série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Suicide*. Obtido em 25 de outubro de 2018, de Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The Development of Self-Esteem. *Association for Psychological Science, 23*(5), 381-387. Obtido em 22 de Setembro de 2018, de https://www.researchgate.net/publication/264200525_The_Development_of_Self-Esteem

Orth, U., Erol, R. Y., & Luciano, E. C. (2018). Development of Self-Esteem From Age 4 to 94 Year: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin, 144*(10), 1045-1080. Obtido em 28 de dezembro de 2018, de http://psycnet.apa.org/fulltext/2018-33338-001.pdf

Papalia , D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª edição ed.). Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

Peixoto , F. B. (2003). *Auto-Estima, Autoconceito e Dinâmicas Relacionais em Contexto Escolar.* Dissertação de Doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga. Obtido em 16 de janeiro de 2019, de http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/48

Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(11), 121-132. doi:http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030

Pereira, P., & Botelho, M. R. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem, 18*(2), 61-73. Obtido em 23 de janeiro de 2019, de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4_61_73.pdf

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construçao do pensamento em Enfermagem. *Revista Electrónica Educare, 20*(1), 1-23. doi:http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9

Phuma-Ngaiyaye, E., & Kalembo, F. W. (2016). Supporting mothers to bond with their newborn babies: Strategies used in a neonatal intensive care unit at a tertiary hospital in Malawi. *International Journal of Nursing Sciences, 3*(4), 362-366. Obtido em 29 de novembro de 2018, de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013216301399

Pinto, T. R., Pinto, J. C., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2016). O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional. *Análise Psicológica, 4*(XXXIV), 339-352. Obtido em 18 de maio, de http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v34n4/v34n4a01.pdf

Plummer, D. M. (2012). *Como aumentar a autoestima das crianças.* Porto, Portugal: Porto Editora.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos* (5ª edição ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Puskar, K. R., Mazza, G., Slivka, C., Westcott, M., Campbell, F., & McFadden, T. G. (2012). Understanding Content and Process: Guidelines for Group Leaders. *Perspectives in Psychiatric Care, 48*, 225-229. Obtido em 27 de março de 2019, de http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=37f3e5e4-2a6b-4557-bef8-fa12be6ca6be%40sdc-v-sessmgr03

Quintana, J. M. (2014). *Do sentimento de inferioridade à autoestima* (1ª edição ed.). Madrid, Espanha: Bookout, Lda.

Rahmandar, M. H., & Biro, F. M. (2017). Suicide, puberty, and a changing body. *International Journal of Child Health and Human Development, 10*(4), 299-304. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=d3188507-88d4-42d9-beac-93b38692b6b2%40pdc-v-sessmgr06

Reed, K., Wood, C., Barton, J., Pretty, J. N., Cohen, D., & Sandercock, G. R. (2013). A Repeated Measures Experiment of Green Exercise to Improve Self-Esteem in UK School Children. *PLoS ONE, 8*(7), 1-6. doi:10.1371/journal.pone.0069176

Rennick, J. E., Dougherty, G., Chamber, C., Stremler, R., Childerhose, J. E., Stack, D. M., . . . Hutchison, J. (2014). Children's psychological and behavioral responses following pediatric intensive care unit hospitalization: the caring intensively study. *BMC Pediatrics, 14*(276), 1-11. doi:10.1186/1471-2431-14-276

Santos, E. G., Azevedo, A. K., Silva, G. W., Barbosa, I. R., Medeiros, R. R., & Valença, C. N. (2017). O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing, 16*(1), 6-16. doi:https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175416

Santos, J. P., Façanha, J. N., Gonçalves, M. B., Erse, M. Q., Cordeiro, R. C., & Façanha, R. P. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária.* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.)

Santos, R. S., Albuquerque, M. C., Brêda, M. Z., Bastos, M. L., Silva, V. M., & Tavares, N. V. (2017). A atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicidio: análise reflexiva. *Revista de Enfermagem UFPE on line, 11*(2), 742-748. Obtido em 23 de janeiro de 2019, de https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11995/14564

Silva, C. A., Gomes, J. C., Amaral, M. S., & Loreto, R. G. (2017). Atuação do Profissional Enfermeiro no Atendimento ao Paciente por Tentativa de Suicídio. *Revista Científica FacMais, IX*(2). Obtido em 23 de janeiro de 2019, de http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/09/2.-ATUAÇÃO-DO-PROFISSIONAL-ENFERMEIRO-NO-ATENDIMENTO-AO-PACIENTE-POR-TENTATIVA-DE-SUICÍDIO.pdf

Singh, R. N., & Pathak, N. (2017). Effects of Self- esteem on Suicidal Ideation among Adolescents. *The International Journal of Indian Psychology , 4*(4), 60-68. doi: 10.25215/0404.127

Sowislo, J. F., & Orth, U. (2012). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, 1-28. doi:10.1037/a0028931

Steyn, E., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2017). Lived experiences of parents of premature babies in the intensive care unit in a private hospital in Johannesburg, South Africa. *Curationis, 40*(1), 1-8. Obtido em 24 de novembro de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091584/pdf/CUR-40-1698.pdf

Tarokh, L., Saletin, J., & Carskadon, M. (2016). Sleep in adolescence: physiology, cognition and mental health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 70*, 182-188. Obtido em 15 de maio de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5074885/pdf/nihms-812938.pdf

The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement.* Adelaide, Austrália: The Joanna Briggs Institute. Obtido em 13 de fevereiro de 2018, de http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teórias de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). (A. R. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Veerman, E. (2013). Supporting women with a negative body image. *Practice Nursing, 24*(3), 137-140. Obtido em 05 de outubro de 2018, de http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=40074060-2fb0-4df1-bba4-f7b5c3d5b525%40sdc-v-sessmgr05

Veronez, M., Borghesan, N. A., Corrêa, D. A., & Higarashi, I. H. (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 38*(2), e60911. doi:http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170260911.pdf

Wernet, M., Ayres, J. d., Viera, C. S., Leite, A. M., & Mello, D. F. (2015). Reconhecimento maternl na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. *Revista Brasileira de*

Enfermagem, 225-234. Obtido em 22 de novembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0228.pdf

Yeager, D. S., Dahl, R. E., & Dweck, C. S. (2018). Why Interventions to Influence Adolescent Behavior Often Fail but Could Succeed. *Perspectives on Psychological Science, 13*(1), 101-122. doi:10.1177/1745691617722620

APÊNDICES

APÊNDICE I

Fluxograma Prisma Scoping Review

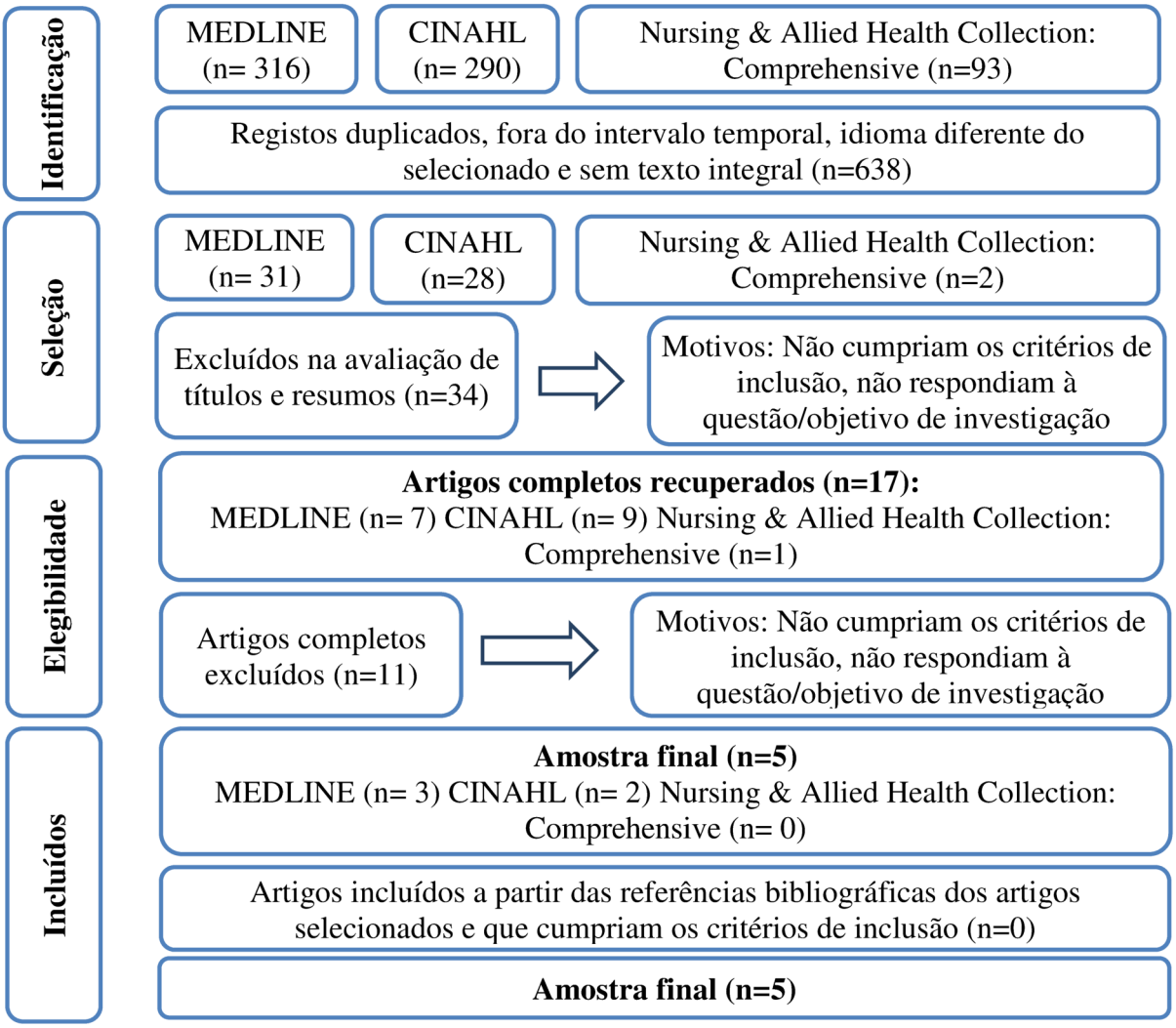


Figura 1. Fluxograma Prisma (adaptado, The Joanna Briggs Institute, 2015)

APÊNDICE II

Quadro Resumo Resultados (estudos incluídos por tipo de estudo, objetivos, participantes, conceito, contexto e resultados)

Título, autores e ano	Tipo de Estudo	Objetivos	Participantes	Conceito	Contexto	Resultados
"The Effect of Positive Group Psychotherapy on Self-Esteem and State Anger Among Adolescents at Korean Immigrant Churches" (Lee, 2015)	Estudo quase-experimental de abordagem qualitativa e quantitativa	Descrever as experiências dos participantes da terapia de grupo e avaliar os efeitos da mesma na autoestima e estado de raiva	Adolescentes entre os 12 e 18 anos, filhos de imigrantes (17 participantes no grupo experimental e 18 participantes no grupo de controlo)	Terapia de Grupo - Psicoterapia Positiva: sessões de terapia de grupo, com ênfase no elogio e na expressão saudável da raiva. A intervenção dividiu-se em três tipos de sessões: sessões sobre o significado (baseadas na logoterapia de Viktor Frankl); sessões sobre caráter positivo (desenvolver um caráter positivo); e sessões sobre o bem-estar subjetivo e compromisso (educação para o perdão, o treino de competências comunicacionais, a árvore genealógica e gratidão)	Comunitário: Religioso (Igreja de Imigrantes Coreanos)	Os participantes relataram melhoria na qualidade de vida devido à aquisição de competências durante a terapia de grupo (melhoria das competências comunicacionais, expressão livre de sentimentos e pensamentos e controlo da raiva) o que contribuiu para a melhoria da autoestima

"The self-Care Training is Increasing Body Image Perception Self-Esteem and Self-Care Abilites in Pregnant Adolescents: A Pretest-Posttest Quasi-Experimental Study" (Durmaz & Tufekci, 2016)	Quase-Experimental	Determinar a influência do treino do autocuidado ensinado às adolescentes grávidas no autocuidado, autoestima e imagem corporal	Adolescentes grávidas (12-19 anos)	Manual de Treino do Autocuidado, baseado na teoria de Orem, contém informações sobre o autocuidado das adolescentes grávidas adolescentes. O livro foi transformado em apresentações de Power Point e foi apresentado às adolescentes grávidas	Comunitário: Centro de Saúde	Os níveis de autocuidado aumentaram após a implementação do programa de autocuidado, assim como os níveis de autoestima e a perceção da autoimagem
"Relationship Between Camp Attendance and Self-Perceptions in Children With Chronic Health Conditions: A Meta-Analysis" (Odar, Canter, & Roberts, 2013)	Meta-análise	Avaliar as mudanças na auto-percepção das crianças após a participação num acampamento para crianças com doença crónica	Crianças e adolescentes com doença crónica	Participação em acampamentos para crianças com doença crónica	Comunitário: Acampamentos	Houve uma melhoria significativa na auto-percepção das crianças/adolescentes. Os melhores resultados foram ao nível das crianças obesas. Foram também relatadas melhorias na auto-percepção no seguimento realizado a estas crianças após o acampamento

“The Effects of a Museum Art Program on the Self-Concept of Children” (Kaufman, et al., 2014)	Estudo intervenção com pré-teste e pós-teste, abordagem quantitativa	Avaliar as mudanças no autoconceito em crianças/adolescentes que participaram num programa de arte	Crianças em idade escolar e adolescentes (7-13 anos)	Programa de arte num museu - curso de verão de educação artística para crianças, que tem como objetivo introduzir as crianças no mundo da arte, aumentar a sua autoestima, melhorar as suas competências comunicacionais, envolver as famílias e premiar as crianças pelo sucesso de terem completado o programa	Comunitário: Museu de Arte	O programa contribui para um aumento positivo do autoconceito das crianças/adolescentes que participaram no programa (a avaliação foi feita através da aplicação da Tennesse Self-Concept Scale 2 (Fitt & Warren, 1996) antes e depois da intervenção)
"Systematic Review and Meta-Analysis: The Impact of Multicomponent Weight Management Interventions on Self-Esteem in Overweight and Obese Adolescents (Murray, Dordevic, & Bonham, 2017)	Revisão sistemática com meta análise	Avaliar o impacto de intervenções de gestão com múltiplos componentes na autoestima em adolescentes com sobrepeso e obesidade.	Adolescentes obesos ou com excesso de peso	Intervenções com múltiplos componentes para controlo do peso (comportamental, alimentar e atividade física)	Não definido	Foi possível avaliar os efeitos que a intervenção teve na autoestima em 3 estudos onde, após a aplicação da intervenção, constatou-se um efeito positivo na autoestima do adolescente. Na presente revisão, foi identificada uma forte relação positiva entre os efeitos do tratamento para perda de peso e a melhora da autoestima

APÊNDICE III

Poster Scoping Review

Promoção da Autoestima na Criança e Adolescente – Scoping Review

1º Seminário Internacional Mestrado em Enfermagem (Lisboa) Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia

Marta Ferreira, Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica no ICS da UCP
Elisabete Nunes, Professora Auxiliar do ICS da UCP, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Introdução

A autoestima é um elemento essencial para a construção e manutenção do bem-estar social, emocional e mental da criança, desempenhando um papel fundamental no seu desenvolvimento (Plummer, 2012; Reed, et al., 2013). É um elemento fundamental para a formação da personalidade da criança gerando na mesma, sentimentos de autoconfiança, assim como capacidade para enfrentar os desafios que surgem (Frada & Neves, 2017). Promover a autoestima na criança é ajudá-la a modificar o modo como se perceibe e sente em relação a si própria, mas também é reforçar aquilo que sente em relação a si própria (Townsend, 2011). A autoestima é um foco de atenção para a Enfermagem, estando descrita ao nível da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Pode-se também encontrar a autoestima nos diagnósticos de Enfermagem (Baixa autoestima crónica, risco de baixa autoestima crónica, baixa autoestima situacional e risco de baixa autoestima situacional). A promoção da autoestima é uma intervenção independente de Enfermagem, que está descrita na Classificação das Intervenções de Enfermagem e na CIPE (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010; Herdman & Kamitsuru, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Materiais e Métodos

Scoping Review em que a questão de investigação foi "Quais as intervenções de enfermagem promotoras da Autoestima na Criança e Adolescente?".

Critérios de Inclusão: Participantes – Crianças, adolescentes e enfermeiros; Conceito – Intervenções de enfermagem promotoras da autoestima; Contexto – Intervenções de enfermagem promotoras da autoestima aplicadas em qualquer contexto.

Foram também incluídos estudos primários e secundários, de abordagem qualitativa e quantitativa, publicados entre 2013 e 2018, em idioma inglês, português e espanhol, e que se encontravam disponíveis em texto integral.

Foram assumidos como critérios de exclusão todos os artigos que não cumpriam algum dos critérios de inclusão supracitados.

Resultados

Identificação

- MEDLINE (n= 316)
- CINAHL (n= 290)
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (n=93)
- Registos duplicados, fora do intervalo temporal, idioma diferente do selecionado e sem texto integral (n=638)

Seleção

- MEDLINE (n= 31)
- CINAHL (n=28)
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (n=2)
- Excluídos na avaliação de títulos e resumos (n=34) → Motivos: Não cumpriam os critérios de inclusão, não respondiam à questão/objetivo de investigação

Elegibilidade

- **Artigos completos recuperados (n=17):** MEDLINE (n= 7) CINAHL (n= 9) Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (n=1)
- Artigos completos excluídos (n=11) → Motivos: Não cumpriam os critérios de inclusão, não respondiam à questão/objetivo de investigação

Incluídos

- **Amostra final (n=6)** MEDLINE (n= 3) CINAHL (n= 3) Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (n= 0)
- Artigos incluídos a partir das referências bibliográficas dos artigos selecionados e que cumpriam os critérios de inclusão (n=0)
- **Amostra final (n=6)**

Os artigos incluídos na revisão são estudos quase-experimentais, revisão sistemática da literatura e meta-análise. A maioria dos estudos são de abordagem quantitativa e num intervalo temporal de 2013 a 2017.

A população dos artigos selecionados são adolescentes, adolescentes obesos/com excesso de peso, adolescentes grávidas, adolescentes e crianças com doença crónica e crianças em idade escolar.

Os contextos são variados, no entanto todos em comunidade.

Intervenções Promotoras da autoestima

- Intervenção para controlo de peso com múltiplos componentes (Murray, Dordevic e Bonham, 2017)
- Programa de arte realizado num museu (Kaufman, et al., 2014)
- Treino do autocuidado (Durmaz & Tufekci, 2016)
- Terapia de grupo – psicoterapia positiva (Lee, 2015)
- Acampamento para crianças/adolescentes com doença crónica (Odar, Kimberly, Canter and Roberts, 2013)
- Explorar as perceções das crianças sobre a natureza e o conteúdo dos programas de intervenção destinados a melhorar o autoconceito (Benninger & Savahl, 2017)

Conclusão

A realização desta revisão permitiu compreender que, apesar de a autoestima ser um foco de enfermagem, e de desempenhar um papel importante no desenvolvimento da criança/adolescente a literatura é escassa no âmbito da criança/adolescente. Todos os estudos analisados foram realizados em contexto comunitário, revelando que a promoção da autoestima em contexto hospitalar não é valorizada, apesar de muitas crianças/adolescentes apresentarem uma autoestima baixa. Torna-se necessário a realização de mais investigação nesta área, de forma a melhorar a prática dos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem.

Referências Bibliográficas

Benninger, E., & Savahl, S. (2017). The Children's Delphi: considerations for developing a programme for promoting children's self-concept and well-being. Child and Family Social Work , 22, 1094–1103. doi:10.1111/cfs.12329

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2012). Classificação das Intervenções de Enfermagem (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Durmaz, G. B., & Tufekci, F. G. (2016). The Self-Care Training a Increasing Body Image-Perception Self-Esteem and Self-Care abilities in Pregnant Adolescents: A Pretest-Posttest Quasi-Experimental Study. International Journal of Caring Sciences, 9(3), 876-882. Obtido em 30 de setembro de 2018, de http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/16_1-tufekci_original_9_3.pdf

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017 (10ª edição ed.). (R. M. Gárcias, Trad.) S. Paulo: Artmed Editora Ltda.

Kaufman, R., Rinehardt, E., Hing, H., Wilkinson, B., Tosh, P., Mead, B., & Fernandez, P. (2014). The Effects of a Museum Art Program on the Self-Concept of Children. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 31(3), 116-126. doi:https://doi.org/10.1080/07421656.2014.935682

Lee, E. J. (2015). The Effects of Positive Group Psychotherapy on Self-Esteem and State Anger Among Adolescents at Korean Immigrant Churches. Archive of Psychiatric Nursing, 29(2), 108-113. doi:10.1016/j.apnu.2014.10.005

Murray, M., Dordevic, A. L., & Bonham, M. P. (2017). Systematic Review and Meta-Analysis: The Impact of Multicomponent Weight Management Interventions on Self-Esteem in Overweight and Obese Adolescents. Journal of Pediatric Psychology, 42(4), 379-394.

Odar, C., Canter, K. S., & Roberts, M. C. (2013). Relationship Between Camp Attendance and Self-Perceptions in Children With Chronic Health Conditions: A Meta-Analysis. Journal of Pediatric Psychology, 38(4), 398-411. doi:10.1093/jpepsy/jss175

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didactico, Lda.

Plummer, D. M. (2012). Como aumentar a autoestima das crianças. Porto, Portugal: Porto Editora.

Reed, K., Wood, C., Barton, J., Pretty, J. N., Cohen, D., & Sandercock, G. R. (2013). A Repeated Measures Experiment of Green Exercise to Improve Self-Esteem in UK School Children. PLoS ONE, 8(7), 1-6. doi:10.1371/journal.pone.0069176

Townsend, M. C. (2011). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (5ª edição ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

APÊNDICE IV

Guião Entrevista Consulta de Enfermagem Saúde Infantil e Juvenil

(Adolescentes e Sono)

GUIÃO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL (ADOLESCENTES E SONO)

Tema: Padrão de sono e hábitos de higiene do sono dos adolescentes

Objetivos: Realizar o levantamento dos hábitos de higiene de sono dos adolescentes e padrão de sono

Questões/Temas

1 – Quantas horas dormes por noite?

2 - Como avalias o teu sono?

3 - De manhã como te sentes? Descansado/com energia ou cansado e sonolento?

4 - Qual a tua rotina antes de te deitares? Usas o telemóvel antes de te deitares?

APÊNDICE V

Guião Entrevista Diagnóstico de Situação

GUIÃO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Tema: Promoção da Autoestima na Criança e Adolescente

Objetivos: Realizar o levantamento das necessidades do serviço onde se realiza o estágio para elaboração de atividades que permitam dar resposta a essas necessidades e contribuam para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Questões/Temas

1. Apresentação da temática escolhida para abordar ao longo dos estágios: "Promoção da Autoestima na Criança e Adolescente"
2. No âmbito da promoção da autoestima que necessidades existem no serviço onde seja possível atuar/realizar atividades?
3. No geral, que necessidades existem no serviço onde seja possível atuar/realizar atividades?
4. No serviço já existe algo elaborado no âmbito da promoção da autoestima da criança e adolescente?

APÊNDICE VI

Suporte Teórico da Ação de Educação para a Saúde Sobre o Consumo de Substâncias Aditivas e a Promoção da Autoestima no Adolescente

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Suporte teórico da ação de educação para a saúde sobre o consumo de substâncias aditivas e a promoção da autoestima no adolescente

(em colaboração com a equipa de Saúde Escolar da UCC)

Unidade Curricular:

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientadora:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, junho de 2018

ADOLESCENTES E OS CONSUMOS DE SUBSTÂNCIAS

O consumo de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas continua a ser um problema prevalente entre os adolescentes sendo que continuam a aumentar o número de consumidores e o seu início é cada vez mais precoce.

A adolescência define-se como um período maturacional que se enceta no início da puberdade e termina com a transição para o papel de adulto na sociedade, através do assumir de responsabilidades sociais, correspondendo a um período de grande aprendizagem, exploração e oportunidades (Ledford, 2018; Yeager e Dweck, 2018). É uma fase caracterizada por mudanças comportamentais e neurobiológicas, ocorrendo diversas mudanças no organismo onde se incluem as rápidas alterações hormonais e a formação de novas sinapses no cérebro, que são cruciais para o desenvolvimento (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências - SICAD, 2013). É também uma fase de crescente autonomia, procura de novas sensações e onde a interação social e os pares desempenham um papel fundamental no desenvolvimento do adolescente e construção da sua identidade (SICAD, 2013).

O consumo de substâncias na adolescência é desencadeado pela curiosidade que o adolescente tem em experimentar, pelo seu desejo de integração no grupo e atratividade pelo risco associado ao consumo. O facto de o adolescente pertencer a um grupo onde os melhores amigos são consumidores de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas também desempenha um papel importante neste início. Muitos adolescentes encaram o consumo de substâncias como um ritual da adolescência (Andrade, et al, 2014).

Quanto mais cedo o início dos consumos maior é o risco de dependência, de desenvolvimento de transtornos mentais associados e de alterações no comportamento (Ramirez e Rocha, 2016). Durante a adolescência o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas pode comprometer o desenvolvimento do adolescente quer ao nível biológico, interrompendo ou prejudicando a sua maturação, quer ao nível psicossocial, envolvendo os adolescentes em situações relacionais e comportamentais com consequências imprevisíveis (Barroso, 2012, citado por SICAD, 2013). O consumo de substâncias psicoativas está relacionado com comportamentos de risco pois inibem a perceção do risco e deterioram as capacidades dos adolescentes preverem as consequências das suas ações (SICAD, 2013).

Os adolescentes são mais suscetíveis à dependência química do que um adulto uma vez que não conseguem prever as consequências da sua decisão e como tal reagem de forma impulsiva (Andrade, et al, 2014).

Fatores de risco

São considerados fatores de risco para o consumo de tabaco e substâncias psicoativas a falta de suporte familiar, a avaliação negativa da relação familiar, o consumo de drogas por familiares, os conflitos familiares, a perda de um membro familiar na infância, as doenças na família, as discussões e separação dos pais, a violência intrafamiliar física e psicológica, a dificuldade de comunicação com os pais, o baixo nível educacional dos pais, a influência dos media, o abuso sexual, a baixa autoestima e a pressão dos pares (Ramirez e Rocha, 2016).

Fatores de proteção

Os fatores de proteção podem ser individuais, familiares ou relacionados com o meio:

- fatores individuais: autoestima positiva, autocontrole, autonomia, características de temperamento afetuoso e flexível;

- fatores familiares: coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio e suporte, relações familiares saudáveis, os laços afetivos entre pais e filhos, a comunicação, os vínculos sólidos e seguros, a confiança, a proximidade, o residir com ambos os pais, a supervisão familiar, o diálogo, a informação esclarecedora da família sobre a consequência do uso de álcool e outras drogas, a afetividade, pais autoritários, apoio, suporte, afeto, interesse mostrados pelos pais, tempo que passam com seus filhos e firmeza de medidas disciplinares;

- fatores relacionados com o meio: bom relacionamento com amigos, professores ou pessoas significativas (Ramirez e Rocha, 2016).

A influência dos pares

As normas de pares estão entre as mais fortes influências no uso de substâncias por jovens (Handren, 2016). Os adolescentes são mais propensos a consumir álcool (e não só) quando percebem que o seu consumo é comum entre colegas e amigos, através de relatos por parte dos mesmos (Beckmeyer e Weybright, 2016). Os colegas e amigos podem influenciar o consumo de álcool pelos adolescentes, por meio de pressão e sugestão, modelando indiretamente as atitudes e normas pro-álcool (Beckmeyer e Weybright, 2016).

Acredita-se que as normas descritivas, em particular, promovem a disposição dos adolescentes para consumir de forma a se adequarem às expectativas sociais percebidas e para serem aceites pelos colegas e amigos. Durante o início da adolescência a pressão para pertencer a um grupo é elevada. Para o adolescente pertencer a um grupo é essencial pois dá-lhes status (Hockenberry e Wilson, 2011).

Os grupos de amigos assumem um papel importante na adolescência, servem como

forte apoio ao adolescente dando-lhes um sentimento de pertença, de poder e de força e exercem uma grande influência na autoavaliação e no comportamento dos adolescentes. O adolescente para ser aceite pelo grupo tenta agir e comportar-se como os seus membros para poder ser aceite. (Hockenberry e Wilson, 2011). "Pertencer é algo de importância primordial, assim, os adolescentes comportam-se de uma maneira que lhes assegure estabelecer-se em um grupo. Os adolescentes são altamente suscetíveis a aprovação social, aceitação e exigências. Ser ignorado ou criticado pelos pares gera sentimentos de inferioridade, inadequação e incompetência" (Hockenberry e Wilson, 2011, p. 536).

A tomada de decisões sobre o consumo de álcool pelos adolescentes está fortemente associada ao que eles acreditam que seus amigos fazem, em vez do que ocorre de forma mais ampla entre os seus pares. Os adolescentes estão mais dispostos a beber se a oferta vier da parte do melhor amigo em comparação com um colega de turma. As perceções de uso de álcool por outros influenciam o próprio uso dos adolescentes transmitindo a sensação de que beber é aceitável e esperado, levando a uma disposição de que beber é adequar-se às expectativas sociais (Beckmeyer e Wheybright, 2016).

A pressão que os colegas exercem sobre o adolescente atua como um preditor significativo do uso de álcool e tabaco para satisfazer a necessidade de amizade (Wu, et al, 2014). A capacidade de resistir à influência dos pares pode atuar como um fator de proteção para os adolescentes quando o uso de álcool é prevalente entre os seus pares e amigos. A capacidade de resistir à influência dos pares também pode melhorar as associações entre as perceções do uso de álcool pelos colegas e o uso de amigos e adolescentes, reduzindo sua conformidade com as perceções de que o uso de álcool é comum e esperado por colegas e amigos. No entanto, pode ser mais fácil resistir a crenças conformes sobre os pares do que amigos, devido ao maior investimento dos adolescentes nas suas amizades (Beckmeyer e Wheybright, 2016)

Autoconceito e imagem corporal na adolescência

O rápido crescimento e as alterações físicas que ocorrem no início da adolescência são geradoras de sentimentos de confusão para os adolescentes. Nesta fase o adolescente perde a segurança de um corpo familiar, sentindo-se desconfortável com o seu corpo alterado e, consequentemente, tenta esconder o corpo ou chamar a atenção para ele. É importante referir que a imagem corporal estabelecida durante a adolescência é a que o indivíduo mantém ao longo da sua vida (Hockenberry e Wilson, 2011).

Os adolescentes estão continuamente a comparar-se uns com os outros e fazendo

julgamentos a respeito da sua própria normalidade com base nas observações, assim qualquer defeito ou desvio percebido em relação à média do grupo é ameaçador. (Hockenberry e Wilson, 2011). "O autoconceito torna-se mais diferenciado à medida que os adolescentes adquirem um quadro mais complexo de si mesmos. O autoconceito vai gradualmente tornando-se mais individualizado e mais distinto dos conceitos dos outros. Apesar de os jovens descreverem-se em termos de semelhanças com os pares, à medida que a adolescência avança, eles descrevem-se em termos das suas características especiais" (Hockenberry e Wilson, 2011, p. 539).

O consumo de substâncias e a autoestima

Sabe-se que a baixa autoestima está associada a uma maior probabilidade de consumo de substâncias e que uma autoimagem negativa também está associada ao consumo normativo de álcool entre os pares (Handren, et al, 2016). Os adolescentes com autoconceito comportamental pobre (isto é, aqueles que se consideram rebeldes ou delinquentes), correm um risco particularmente alto para o uso de substâncias, principalmente na adolescência (Dudovitz, et al, 2013). Os adolescentes com baixa autoestima desprezam toda a informação científica que os alerta para os perigos que advêm do seu uso e iniciam o consumo de substâncias como forma de lidar com sentimentos negativos e fugir dos stressores (Wu, et al, 2014). Portanto, a autoestima tem um papel protetor, relativamente ao início do uso de tabaco, álcool e drogas (Richardson, et al, 2013).

Concentrar esforços adicionais de prevenção na adaptação de mensagens persuasivas aos jovens com base no consumo de álcool de seus pares pode ser eficaz. (Handren, et al, 2016), uma vez que, e segundo Handren (2016), as mensagens personalizadas são mais eficazes do que as comunicações genéricas, de tamanho único, e levaram a resultados positivos, mesmo em vários outros contextos e comportamentos de saúde. A adaptação de tentativas persuasivas para aumentar os benefícios de se conformar às normas de pares positivas relacionadas com a saúde e minar a conformidade com os pares que mantêm normas desviantes reforçam os efeitos de prevenção, aumentando a resistência à influência normativa dos pares.

A elaboração e aplicação de programas positivos de desenvolvimento de jovens que melhoraram com sucesso o desenvolvimento de um autoconceito sadio mostraram, incidentalmente, uma diminuição no uso de substâncias. A adolescência é um momento crítico para a formação da identidade, assim as intervenções que ajudem os jovens a desenvolver um autoconceito saudável podem ter um impacto duradouro (Dudovitz, et al,

2013)

Promover o desenvolvimento de um autoconceito saudável pode impedir comportamentos de consumo por parte dos adolescentes e, em particular, comportamentos de consumo de alto risco. Intervenções no autoconceito que diminuam o uso de substâncias levam os adolescentes a refletir concretamente sobre a sua identidade atual, fornece estratégias para mudar de quem eles são atualmente para quem eles querem ser no futuro e expõe os adolescentes a modelos saudáveis, expandindo a sua visão de quem querem ser no futuro (Dudovitz, et al, 2013). Levá-los a ter experiências que vivenciem, de modo emocional e criativo, uma maior autoestima, é privilegiar relacionamentos saudáveis e mostrar uma sociabilidade mais atraente do que o vazio de considerar o uso de substâncias ilícitas como algo necessário. Quanto maior a nossa autoestima, maiores as nossas atitudes de respeito e boa vontade face à vida.

Em relação ao tabaco recomendam-se a implementação de programas feitos para jovens por jovens e que enfatizem os efeitos imediatos uma vez que está provado que são mais eficazes. O tabagismo e os comportamentos relacionados ao tabagismo são símbolos sociais, como tal as campanhas antitabágicas devem abordar as normas, ou padrões de comportamento, sem ridicularizar ou ameaçar as normas sociais do grupo de pares, pois corre o risco de poder ser improdutiva ou anti produtiva (Hockenberry e Wilson, 2011).

As intervenções neste âmbito passam por apresentar as consequências fisiológicas imediatas (mudanças na Frequência Cardíaca, na Tensão Arterial, nos sintomas respiratórios, concentrações de monóxido de carbono), mencionar alternativas ao tabaco que também estabeleçam uma autoimagem independente, madura e sofisticada (ginásio, corrida, dança, voluntariado, etc.), explicar os efeitos negativos em detalhe (rugas precoces na pele, manchas amarelas nos dentes e dedos, cheiro de cigarro no hálito, no cabelo e nas roupas), usar argumentos efetivos a adolescentes cooperativos para enfrentar a pressão dos pares (p. ex. ao não fumar, o adolescente demonstra independência e não conformidade, características valorizadas pelos jovens) (Hockenberry e Wilson, 2011). Apesar de estas intervenções se dirigirem apenas ao consumo de tabaco poderão ser também aplicadas ao nível das drogas e do álcool.

Importa referir que qualquer intervenção desenvolvida neste âmbito deverá focar-se essencialmente nas consequências a curto-prazo, de nada servirá abordar as consequências do consumo de substâncias a longo prazo pois o adolescente vive o presente e não tem capacidade de projetar o futuro. O adolescente tem de ser capacitado com o pensamento de que é uma pessoa que não está necessariamente em guerra consigo nem com os outros. Deve

ser-lhe mostrado que a importância de uma autoestima saudável reside na nossa capacidade de reagir positivamente às oportunidades da vida.

Tabaco

O Tabaco é uma planta do género nicotínico existindo mais de cinquenta espécies diferentes. As formas de consumo mais utilizadas são o charuto, o cigarro, o cachimbo, o rapé e o tabaco de mascar. O tabaco de mascar é mais grosso, o rapé é mais fino (pó) para poder ser aspirado pelo nariz. O grau de toxicidade do tabaco está relacionado com a maneira como é consumido e a intensidade da inalação que se faz desta substância. A alternativa do "tabaco sem fumo" não é menos nociva do que os cigarros, pois contém também, nicotina e outros agentes cancerígenos que são diretamente absorvidos pelas mucosas (SICAD, n.d.).

Na combustão do Tabaco produzem-se muitas substâncias (gases, vapores orgânicos e compostos em forma de partículas), que são transportadas pelo fumo até aos pulmões, atuando principalmente ao nível do aparelho respiratório (muitas delas passam também para o sangue) (SICAD, n.d.).

Estas substâncias agrupam-se em:

- Nicotina: "alcaloide responsável pela maior parte dos efeitos que o tabaco produz no organismo e o responsável direto da dependência física. É absorvido pelas mucosas, que estão em contacto com o fumo (boca, nariz e faringe). Se a inalação não for profunda, absorve-se aproximadamente 10% da nicotina; se for inspirado em profundidade, o fumo penetra até aos brônquios passa rapidamente para o sangue, onde permanece habitualmente menos de duas horas. À medida que esta concentração se vai reduzindo, aparecem sintomas que alertam o fumador, despertando novamente a apetência para um novo cigarro. Ao chegar ao Sistema Nervoso Central, a nicotina atua como um agonista do recetor nicotínico da acetilcolina. Possui propriedades de reforço positivo e aditivo devido à ativação da via dopaminérgica meso límbica. Aumenta também as concentrações da adrenalina, noradrenalina, vasopressina, beta endorfinas, ACTH e cortisol, que ter influência nos seus efeitos estimulantes" (SICAD, n.d., p. n.d.)

- Substâncias irritantes: "O fumo do tabaco contém muitas substâncias irritantes, como a acroleína, os fenóis, o peróxido de nitrogénio, o ácido cianídrico, o amoníaco, etc., responsáveis pela constrição brônquica, pela estimulação das glândulas secretoras da mucosa e pela tosse típica do fumador, em resumo, pela alteração dos mecanismos de defesa do pulmão" (SICAD, n.d., p. n.d.).

- Condensados e outros agentes cancerígenos: "Inclui-se neste grupo toda uma série de hidrocarbonetos com agentes cancerígenos; de todos eles, o mais estudado, devido à sua relação direta na degeneração celular, é o alfa benzopireno" (SICAD, n.d., p. n.d.).

- Monóxido de Carbono: "É um gás incolor de elevado poder tóxico; pode ser encontrado, em concentrações elevadas no fumo do tabaco. Tem uma grande afinidade para combinar-se com a hemoglobina e diminuir assim a capacidade do sangue para transportar o oxigénio" (SICAD, n.d., p. n.d.)

Efeitos

O tabaco tem "efeito estimulantes e depressores. Produz hipotonia muscular e diminuição dos reflexos tendinosos. Nas pessoas não dependentes provoca náuseas e vómitos. Facilita a memória, reduz a agressividade e diminui o aumento do peso e o apetite em relação aos doces e aumenta o gasto de energia, tanto na inatividade como no exercício. Fumar um cigarro provoca um aumento do ritmo cardíaco, da frequência respiratória e da tensão arterial e tudo isso produz um aumento do tónus do organismo. Ao inalar o fumo, a nicotina atua no cérebro de forma quase imediata provocando uma ação satisfatória no indivíduo; a sua prática reiterada acaba por consolidar-se no comportamento do fumador. A partir daí pode falar-se em dependência da nicotina. Mesmo sendo a nicotina uma substância estimulante, a maior parte dos fumadores considera que relaxa. Isso deve-se, uma vez criado o hábito, ao facto de o cigarro acalmar a ansiedade provocada pela sua falta" (SICAD, n.d., p. n.d.).

<u>Efeitos a longo prazo</u>

Aparelho respiratório: "O fumo do Tabaco produz uma ação irritante sobre as vias respiratórias, provoca uma maior produção da mucosidade e dificuldade em eliminá-la. A irritação contínua provoca a inflamação dos brônquios (bronquite crónica). As secreções dificultam a passagem do ar, originando a obstrução crónica do pulmão e graves complicações (enfisema pulmonar). Diminuição da capacidade pulmonar: os fumadores têm menor resistência física e cansam-se mais. É indubitável a relação causa-efeito entre o tabaco e o cancro do pulmão. Existe uma forte relação entre o risco de desenvolver esta patologia e os seguintes fatores: a quantidade de tabaco consumido, a idade de iniciação, o número de aspirações dadas por cada cigarro e o costume de manter o cigarro na boca entre uma e outra aspiração" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Aparelho circulatório: “O Tabaco é um fator de risco muito importante no que se refere às doenças cardiovasculares; a sua ação provoca arteriosclerose, que favorece o desenvolvimento de transtornos vasculares (exemplo: trombose e enfarte do miocárdio) (SICAD, n.d., p. n.d.).

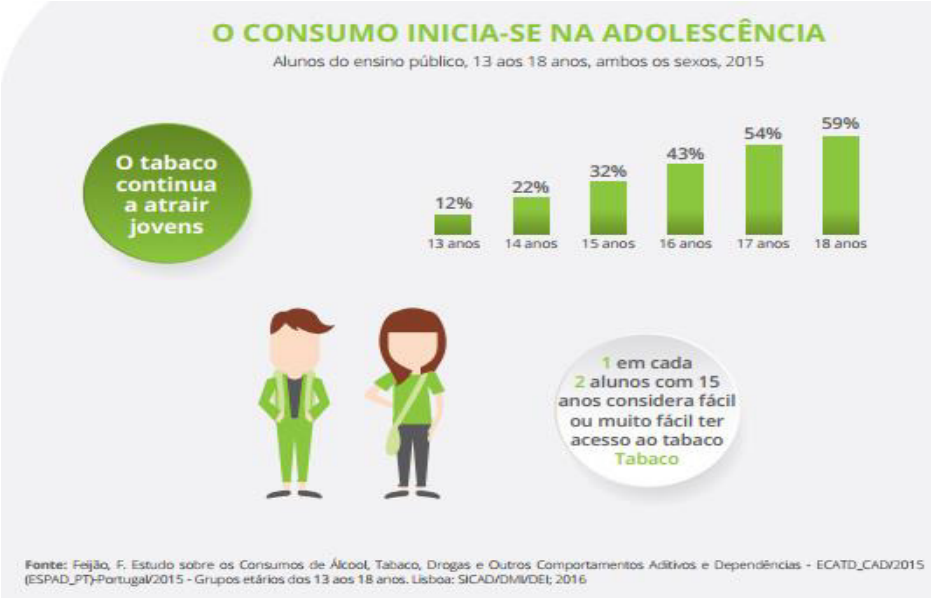
Outras consequências do consumo de tabaco: “Úlceras digestivas, aparecimento de faringite e laringite, afonia e alterações do olfato, pigmentação da língua e dos dentes, assim como a disfunção das papilas gustativas, etc., cancro de estômago e da cavidade oral” (SICAD, n.d., p. n.d.).

Potencial de dependência

“Existe tolerância a alguns dos efeitos da nicotina, como náuseas, vómitos e enjoos. Não existe tolerância no aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. A supressão súbita dos índices de nicotina no sangue produz uma sintomatologia que evidencia a síndrome de abstinência tabagística, que se apresenta da seguinte maneira:

- Intranquilidade ou excitação,
- Aumento da tosse e da expetoração,
- Ansiedade e agressividade,
- Má disposição,
- Dificuldade de concentração que pode diminuir a atenção na condução de veículos,
- Aumento do apetite e do peso corporal e
- Diminuição da frequência cardíaca” (SICAD, n.d., p. n.d.).

“A nicotina é uma substância muito aditiva, como o demonstra a enorme quantidade de indivíduos no mundo que dependem desta substância e a dificuldade em alcançar a abstinência, inclusive para os que já têm graves complicações físicas” (SICAD, n.d., p. n.d.).



Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, Direção-Geral de Saúde GS (2017)

Álcool

Nos últimos anos tem-se verificado uma alteração dos hábitos de consumo de álcool, sobretudo nas faixas etárias mais jovens, em que a ingestão de bebidas alcoólicas às refeições é substituída por um consumo ao fim de semana. Este comportamento, cada vez mais usual nos jovens de muitos países Europeus, é designado por "consumo esporádico excessivo" ou "binge drinking" e está diretamente associado a homicídios, mortes acidentais e suicídio (Precioso, et al, 2015).

O consumo de álcool na adolescência está associado a comportamentos de risco (relações sexuais desprotegidas, o contágio de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada), acidentes de viação, danos cerebrais, alterações estruturais do cérebro e défices cognitivos, baixo rendimento escolar (problemas de atenção, aprendizagem, memória) e dependência na idade adulta (Precioso, et al, 2015).

O Álcool (ou etanol) pode ser produzido pela fermentação do açúcar existente em produtos de origem vegetal, frutos, caules e raízes ou produzido por destilação e provoca tolerância e um alto grau de dependência, tanto física como psicológica. (SICAD, n. d.)

Efeitos

Efeitos Imediatos

"À sensação inicial de euforia e de desinibição, segue-se um estado de sonolência, turvação da visão, descoordenação muscular, diminuição da capacidade de reação,

diminuição da capacidade de atenção e compreensão, fadiga muscular, etc. O álcool atua bloqueando o funcionamento do sistema cerebral responsável pelo controlo das inibições. Estas, ao verem-se diminuídas, fazem com que o indivíduo se sinta eufórico, alegre e com uma falsa segurança em si mesmo que o poderá levar, em determinadas ocasiões, a adotar comportamentos perigosos" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Os acidentes rodoviários merecem uma menção especial. Uma altíssima percentagem destes têm relação direta com o consumo do álcool. Há mais mortes, por dia, causadas pelo álcool do que por outras substâncias psicoativas. Podemos afirmar que é a primeira causa de morte entre os jovens. Contrariamente ao que se diz, o álcool não é um estimulante do sistema nervoso central, mas sim um depressor" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"O excessivo consumo de álcool produz acidez no estômago, vómito, diarreia, baixa da temperatura corporal, sede, dor de cabeça, desidratação, falta de coordenação, lentidão dos reflexos, vertigens e mesmo visão dupla e perda do equilíbrio. Se as doses ingeridas forem muito elevadas, caso de intoxicação etílica aguda, pode surgir depressão respiratória, coma etílico e eventualmente a morte" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos a longo prazo

"O consumo crónico produz alterações diversas em diferentes órgãos vitais:

- Cérebro: deterioração e atrofia;
- Sangue: anemia, diminuição das defesas imunitárias;
- Coração: alterações cardíacas (miocardite);
- Fígado: hepatopatia, hepatite, cirrose;
- Estômago: gastrite, úlceras;
- Pâncreas: inflamação, deterioração;
- Intestino: transtornos na absorção de vitaminas, hidratos e gorduras,

que provocam sintomas de carência" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Perturbações Psíquicas: irritabilidade; insónia; delírios por ciúmes; ideias de perseguição e, ainda mais graves, as encefalopatias com deterioração psico-orgânica (demência alcoólica" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Dados estatísticos (Feijão, 2015)

Experimentação (1 vez na vida): 31% dos jovens com 13 anos e 91% dos jovens com 18 anos

Consumos recentes (nos últimos 12 meses):20% dos jovens com 13 anos e 86% dos jovens com 18 anos

Consumo atual (nos últimos 30 dias): 10% nos jovens 13 anos e 68% nos jovens de 18 anos

Prevalência de consumo das bebidas alcoólicas

- Destiladas: entre os 6% aos 13 anos e os 52% aos 18 anos
- Misturas: entre os 8% aos 13 anos e os 46% aos 18 anos
- Cerveja: entre os 9% aos 13 anos e os 46% aos 18 anos
- Alcolpops: entre os 6% aos 13 anos e os 43% aos 18 anos
- Vinho: entre os 7% aos 13 anos e os 35% aos 18 anos

Percentagem de jovens que se embriagaram

- Últimos 12 meses: Entre 3% aos 13 anos e 43% aos 18 anos
- Últimos 30 Dias: Entre 2% aos 13 anos e 22% aos 18 anos;
- As percentagens de alunos com padrão de consumo intensivo ("Binge Drinking" – 5 ou mais doses de bebidas alcoólicas numa ocasião)
- Últimos 30 Dias: entre 4% aos 13 anos e 36% aos 18 anos (Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos, Feijão (2015))

Drogas

Motivos que levam ao consumo de drogas: mudanças que ocorrem na adolescência (amadurecimento emocional, puberdade, amadurecimento físico e as transformações fisiológicas), conflitos relativos à definição sexual e a dependência/independência dos genitores. (Andrade, et al, 2014)

Dados Estatísticos

Prevalência de consumo atual de droga:

- Cannabis: entre 0,8% aos 13 anos e 14% aos 18 anos
- Ecstasy: entre 0,5% aos 13 anos e 1% aos 17 e 18 anos

3% já experimentou uma vez na vida drogas tipo Anfetamínico (Ecstasy, Anfetaminas e Meta-anfetaminas)

2% já experimentou uma vez na vida alucinogénios (LSD e Cogumelos "Mágicos") e Cocaína (Pó e Crack)

Cerca de 1% já experimentou uma vez na vida Opióides (Heróina) e GHB

Os adolescentes têm maior perceção do risco associado ao consumo de cocaína (65%) em relação ao consumo de cannabis (24%)

Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020, SICAD (2013)

Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos, Feijão (2015)

Anfetaminas

"A éfedra é uma planta relativamente abundante no mediterrâneo, cuja utilização na medicina nunca foi conhecida. (…) Podem encontrar-se, habitualmente, nas seguintes formas: cápsulas, comprimidos e pó. Podem ter diferentes texturas e cores e a sua pureza no mercado ilícito é reduzida. As principais substâncias de mistura são a lactose, o manitol, a cafeína e o paracetamol. (…) As anfetaminas são absorvidas sem dificuldade, quer pelo tubo digestivo, quer por via parenteral. Podem ser administradas oralmente (o método mais comum), injetadas ou até "snifadas". Por via oral, a absorção completa-se entre as três e as seis horas seguintes. Distribuem-se amplamente por todo o organismo. Penetram rapidamente no Sistema Nervoso Central, onde exercem a maior parte dos seus efeitos, facilitando a libertação de noradrenalina e de dopamina. Têm uma vida média entre seis e doze horas, dependendo da velocidade da excreção e da alcalinização ou acidificação da urina" (SICAD, n.d., p. n.d.)

Efeitos

"A ação destas substâncias varia consideravelmente, dependendo do indivíduo, do ambiente e das circunstâncias. Podem referir-se, no entanto, os seus efeitos mais comuns:

<u>- Efeitos Imediatos</u>

Sensação de euforia manifestada sob a forma de: excitação nervosa, insónia, loquacidade, aumento do grau de confiança e da autossatisfação, agitação e, em algumas ocasiões, agressividade, falta de apetite, fadiga e hiperatividade.

Uma das ações próprias das anfetaminas é a sua capacidade de incrementar o nível de atenção e de concentração em determinadas tarefas, razão suficiente para o seu uso difundido nos meios estudantis.

A nível físico, a pessoa pode manifestar transpiração; sede; taquicardia; aumento da tensão arterial; náuseas; má disposição; dor de cabeça; vertigens; frequência de tiques exagerados e anormais da mandíbula ou movimentos estereotipados.

As sobredosagens aumentam a temperatura corporal e podem causar inquietação; alucinações; irritabilidade; taquicardia; náuseas; vómitos; cãibras no abdómen; insuficiência respiratória e cianose; impotência e alterações na líbido; dificuldade de micção; convulsões; morte" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Barbitúricos

"Apresentam-se em forma de comprimidos ou cápsulas, de vários tamanhos e cores, em ampolas e supositórios. No mercado ilegal é frequente o conteúdo da cápsula não corresponder ao indicado na embalagem. Em geral são administradas por via oral; a forma intravenosa é reservada como anestesia para tratar as crises convulsivas agudas" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Todos os barbitúricos são depressores do Sistema Nervoso Central. Existem diferentes variedades (de longa, média e curta duração), que diferem de forma significativa quanto aos seus efeitos, duração média e toxicidade" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos

Efeitos imediatos: "As doses fracas provocam sensações de tranquilidade, ajudam a conciliar o sono, diminuem levemente a tensão arterial e a frequência cardíaca, produzem perturbação da consciência e, de forma ocasional, euforia. Quantidades mais elevadas diminuem os reflexos, debilitam e aceleram o ritmo cardíaco, dilatam as pupilas e provocam lentidão na respiração, o que pode levar ao estado de coma e à morte, já que a margem de segurança é muito estreita" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos a longo prazo: "Após consumo prolongado aparecem transtornos físicos tais como anemia, hepatite, descoordenação motora, entorpecimento da fala, etc. Pode, ainda, surgir depressão. O consumo contínuo facilita a instauração de tolerância e dependência. Existe uma tolerância cruzada com outros depressores do Sistema Nervoso Central, incluindo o álcool e as benzodiazepinas, que obedece, em grande medida, à indução das enzimas hepáticas que os metabolizam. No entanto, a tolerância é menos intensa em relação a estas substâncias do que a que ocorre com os opiáceos, pelo que os problemas por overdose são mais frequentes com barbitúricos do que com morfina ou heroína. A suspensão súbita do consumo habitual desencadeia uma perigosa síndrome de abstinência (convulsões, confusão acompanhada ocasionalmente por terríveis alucinações, desorientação em relação ao tempo e ao espaço, náuseas, vertigens, cãibras abdominais, aumento da temperatura e da

frequência cardíaca e inclusive risco de vida)" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Base livre e crack

"São duas bases da droga quimicamente iguais, que diferem no processo de elaboração:

- Base Livre – Obtém-se aquecendo suficientemente uma mistura de cloridrato de cocaína, amónia e água.

- "Crack" – Obtém-se se aquecer com bicarbonato de sódio, amoníaco e água" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"A aparência do Crack varia segundo o processo de produção. Pode ser encontrado na forma de pedras de cor branco sujo ou como um pó branco idêntico ao cloridrato de cocaína ou ainda, em bolinhas semelhantes a grãos de chumbo com um peso de 125 ou 300 miligramas (suficiente para uma ou duas doses). A via mais normal de consumo é através da aspiração dos vapores da combustão, colocando a base em cachimbos próprios ou artesanais. Por vezes são improvisados em latas para bebidas, garrafas de água: tubos de vidro, papel de alumínio ou fumando-a em cigarros misturada com tabaco, marijuana ou PCP" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos: "São semelhantes aos efeitos do cloridrato de cocaína intravenoso, embora mais potentes e rápidos e, portanto, com maiores riscos para o indivíduo. Quanto aos efeitos imediatos, a longo prazo o potencial de dependência é semelhante ao descrito na secção dedicada à cocaína. Inicia-se com euforia, uma exagerada sensação de bem-estar e excitação sexual. Depressa se dissipam, sendo substituídos por uma forte depressão, irritabilidade, angústia, insónia e diminuição do apetite. Produz um claro aumento da frequência cardíaca e da pressão sanguínea, o que explica a alta percentagem de enfarte do miocárdio e hemorragias cerebrais entre os utilizadores. As infeções nos brônquios e paragem respiratória são outras das complicações súbitas e frequentemente mortais. A natureza desta substância dá-lhe um enorme poder de criar dependência com a consequente síndrome de abstinência, em caso de suspensão" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Benzodiazepinas

"São, normalmente, comprimidos ou cápsulas. Também existem em ampolas e supositórios. Muitos são conhecidos pelo seu nome comercial, como por exemplo, Valium, Rohypnol, Serenal, Dormicum etc. A via de administração normal é a oral." (SICAD, n.d.,

p. n.d.).

Efeitos

Efeitos Imediatos: "Têm uma ação ansiolítica, anticonvulsiva e provocam um estado de relaxamento muscular e sonolência. Podem provocar desinibição, pondo o indivíduo num estado loquaz, excitável ou inclusivamente agressivo. Trata-se de fármacos com uma ampla margem de segurança e, até nas intoxicações agudas, o risco de morte é reduzido. As doses elevadas provocam náuseas, confusão, diminuição da coordenação psicomotora. Todos os efeitos, tal como acontece com os barbitúricos, aumentam em combinação com o álcool, podendo provocar uma overdose" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos a longo prazo e potencial de dependência: "Se tomar durante poucas semanas, a tolerância é escassa e são pequenas as dificuldades para a deixar de consumir. Ao fim de vários meses, o número de pacientes que desenvolvem tolerância aumenta e ao reduzir a dose, podem surgir sintomas de abstinência, – já um sinal de dependência. A interrupção brusca pode ser perigosa, mas o seu abandono não se torna problemático, se for retirada com controlo médico e gradualmente. Os sinais que prefiguram uma Síndrome de Abstinência serão enumerados a seguir, tendo em conta que a manifestação varia se:

- Forem benzodiazepinas de ação curta, os sintomas podem aparecer poucas horas depois de serem suprimidas;

- Forem benzodiazepinas de ação prolongada, os sintomas podem aparecer semanas depois de cessar a sua administração (aumento da ansiedade; insónia; irritabilidade; náuseas; dor de cabeça e tensão muscular; tremores e palpitações; disforia)

Nos casos graves: convulsões, quadro confusional, despersonalização, diminuição do limiar de perceção dos estímulos sensoriais, psicose, etc" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Cloridrato de cocaína

"Trata-se de um pó cristalino, branco, cintilante, de sabor amargo. Habitualmente é consumido por via nasal, mas também pode ser absorvido por outras mucosas, por exemplo, esfregando as gengivas. Alguns consumidores injetam este pó, puro ou misturado em geral com heroína, o que produz frequentes problemas de úlceras, devido à rápida destruição dos tecidos cutâneos. O cloridrato de cocaína não se volatiliza, tornando-se por isso num produto inadequado para fumar, tanto mais que uma boa parte do mesmo é destruída a temperaturas elevadas" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"O cloridrato de cocaína adquire altas concentrações no plasma, de forma bastante rápida, sobretudo se a via de administração for intravenosa. O metabolismo é fundamentalmente hepático, mas deve ter-se em conta que a velocidade com que a substância é absorvida é muito mais rápida do que a sua destruição, facto que leva o organismo a sofrer efeitos tóxicos com relativa facilidade." (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos

Efeitos imediatos

"Doses moderadas de cocaína produzem:

- Ausência de fadiga, sono e fome; Exaltação do estado de ânimo;
- Maior segurança em si mesmo;
- Prepotência: diminui as inibições e o indivíduo vê-se como uma pessoa sumamente competente e capaz;
- Aceleração do ritmo cardíaco e aumento da tensão arterial;
- Aumento da temperatura corporal e da sudação;
- Euforia e intenso bem-estar;
- Anestésico local.

Quando o uso é ocasional, pode incrementar o desejo sexual e demorar a ejaculação, mas também pode dificultar a ereção" (SICAD, n.d., p. n.d.)..

"Com doses altas, os efeitos são insónia, agitação; ansiedade intensa e agressividade; ilusões e alucinações (as típicas são as tácteis, como a sensação de ter insetos debaixo da pele); tremores, convulsões. À sensação de bem-estar inicial segue-se, em geral uma decaída, caracterizada por cansaço, apatia, irritabilidade e um comportamento impulsivo" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos a longo prazo

Complicações psiquiátricas: "irritabilidade; crises de ansiedade e pânico; diminuição da memória; diminuição da capacidade e da concentração; apatia sexual ou impotência; transtornos alimentares (bulimia e anorexia nervosa);alterações neurológicas (cefaleias ou acidentes vasculares como o enfarte cerebral); cardiopatias (arritmias); problemas respiratórios (dispneia ou dificuldade para respirar, perfuração do tabique nasal); importantes consequências sobre o feto durante a gravidez (aumento da mortalidade perinatal, aborto e alterações nervosas no recém-nascido)" (SICAD, n.d., p. n.d.).

“Fazemos uma referência especial para a chamada "psicose da cocaína", com características similares à psicose esquizofrénica com predomínio das alucinações auditivas e das ideias delirantes de tipo persecutório” (SICAD, n.d., p. n.d.).

Potencial de dependência: “A cocaína é uma substância com enorme potencial de dependência. É a que provoca a maior percentagem de dependentes depois de ser consumida em poucas ocasiões. Devido à curta duração dos seus efeitos psicoativos e ao rápido aparecimento de sintomas de abstinência, provoca um consumo compulsivo. Apesar de não gerar uma síndrome de abstinência com sinais físicos típicos, as alterações psicológicas são notáveis: hiper-sonolência, apatia, depressão, ideias suicidas, ansiedade, irritabilidade, intenso desejo de consumo. Este estado pode conduzir ao abuso de depressores como as benzodiazepinas, o álcool e os opiáceos” (SICAD, n.d., p. n.d.).

Cogumelos mágicos (SICAD, n.d.)

“Há dezenas de espécies de cogumelos mágicos com efeitos alucinogénios ou psicadélicos. Podem dividir-se em dois grupos:

- Os que contêm a psilocibina ou a psilocina como substância psicoativa;
- Os que contêm muscarina, como o Amanita muscaria.

Existe ainda um terceiro grupo, que parasita algumas espécies vegetais, conhecido como a cravagem do centeio, precursor do LSD, substância sintética abordada noutro local. A distribuição dos cogumelos é generalizada por todo o mundo, nomeadamente na Europa. É fácil confundir os chamados cogumelos mágicos com outras espécies não alucinogénias, nomeadamente algumas venenosas. Uma parte dos cogumelos mágicos consumidos com intuitos recreativos é proveniente de cultivo próprio para esse fim” (SICAD, n.d., p. n.d.).

“Os cogumelos mais usados são os que contêm psilocibina. (…) A psilocibina é quimicamente semelhante ao LSD. O seu nome científico é orthophosphoryl-4-hydroxy-n-dimethyltryptamine. Após o consumo, os alcaloides dos cogumelos imitam os efeitos da serotonina no cérebro, por terem estruturas químicas similares. De um modo geral, os efeitos iniciam-se 30-60 minutos após a ingestão, por vezes mais, consoante a dose ingerida. Uma dose ligeira geralmente corresponde a 1 gr de cogumelos secos, (10mg de psilocibina); uma dose média, de 1 a 3 gr (10-30 mg de psilocibina) e uma dose forte entre 3 e 5 gr (30-50 mg de psilocibina). A Psilocibina é convertida em Psilocina pelo organismo humano, sendo excretada sem transformação na urina” (SICAD, n.d., p. n.d.).

“De um modo geral, são adquiridos inteiros ou em pequenos pedaços. São

consumidos por via oral: crus, secos, cozinhados ou em infusão (chá). São uma espécie que aparece mais no outono, mas podem ser secos e armazenados, sendo consumidos em qualquer época do ano. Os cogumelos secos são os que têm efeitos mais intensos" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos

"Os efeitos dependem da dose ingerida; da expectativa em relação ao consumo; da personalidade; da sensibilidade individual do consumidor e podem durar até seis horas. Em certos casos, raros, uma dose pequena pode desencadear efeitos normalmente obtidos com altas doses, noutros casos, doses mínimas podem provocar efeitos incipientes na primeira hora" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Muitas vezes, as primeiras reações são de carácter físico: Náuseas; Dilatação das pupilas; Aumento da frequência do pulso; Aumento da pressão sanguínea; Aumento da temperatura. Outros efeitos incluem: desorientação, distorção da noção de tempo, alucinações e ilusões visuais. Bem como, efeitos de alterações do humor, desorganização do pensamento, sensação de plenitude, sentimento de pertença a um grupo, sensibilidade aumentada às cores, sons, sabores, texturas, aumento do desejo sexual. Angústia, pânico, perda de apetite, desinibição, reações paranoides. Como muitas outras substâncias psicoativas, os efeitos são subjetivos, imprevisíveis e fortemente dependentes das expectativas e dos contextos do consumo. Não ocasionam dependência física. Alguns consumidores portadores de perturbações mentais podem vir a desencadear crises ou agravar o seu estado de doença" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Derivados da cannabis

"São compostos derivados de uma planta denominada Cannabis Sativa, que se cultiva em diversas zonas geográficas, uma vez que se adapta tanto a climas quentes como temperados, inclusive secos, sempre que tenha a necessária provisão de água" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Há três formas de consumo:

- "Marijuana ou Erva" – Preparada a partir das folhas secas, flores e pequenos troncos da planta.

- "Haxixe" – Prepara-se prensando a resina da planta fêmea e se transforma numa barra de cor castanha, com o nome coloquial de "Chamom". O seu conteúdo em THC (até 20%) é superior ao da Marijuana (de 5% a 10%), pelo que a sua toxicidade é potencialmente

maior.

- "Óleo de Cannabis ou Óleo de Haxixe" – Líquido concentrado que se obtém misturando a resina com um dissolvente, como a acetona, o álcool ou a gasolina. Este evapora-se em grande medida e dá lugar a uma mistura viscosa, cujas quantidades em THC são muito elevadas (até 85%)" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Normalmente fuma-se misturada com tabaco em forma de cigarros feitos à mão. O fumo da Cannabis alcança altas temperaturas, pelo que os seus utilizadores colocam no cigarro grandes filtros. Outra forma de fumar a Cannabis é em cachimbos feitos especialmente para esse fim. Apesar do seu sabor ser amargo, é utilizado como ingrediente em doçaria e rebuçados" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Os componentes químicos da planta são muitos, sendo os mais conhecidos os Cannabinoides e, concretamente o Delta 9 tetrahidrocannabinol (THC), alcaloide responsável por quase todos os efeitos característicos destas substâncias. Os Cannabinoides são rapidamente absorvidos pelo pulmão ou pelo tubo digestivo. A sua duração média é elevada, devido à sua grande liposolubilidade. Estes são assimilados pelas gorduras do organismo, libertando-se depois lentamente no plasma, onde permanecem durante muito tempo. Por este motivo, pode ser detetado na urina dos grandes consumidores, mesmo semanas depois de estes abandonarem o consumo. No Sistema Nervoso Central, o THC atua sobre um recetor cerebral específico, que está distribuído de forma irregular, sendo a maior concentração nos gânglios basais, hipocampo e cerebelo" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos: "Os seus efeitos aparecem a curto prazo e variam em função das doses, da potência da cannabis utilizada, da maneira como é fumada, do estado de ânimo e das experiências anteriores" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos imediatos

"Sintomas e sinais físicos: aumento da frequência cardíaca; aumento da pressão arterial sistólica quando se está deitado e a sua diminuição quando se está de pé; congestão dos vasos conjuntivais (olhos vermelhos); dilatação dos brônquios; diminuição da pressão intraocular; fotofobia; tosse; diminuição do lacrimejo" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Sintomas psíquicos: euforia, que aparece minutos depois do consumo; sonolência; fragmentação dos pensamentos e podem surgir ideias paranoides; intensificação da consciência sensorial, maior sensibilidade aos estímulos

externos; instabilidade no andar; ação antiemética; alteração da memória imediata, assim como da capacidade para a realização de tarefas que requeiram operações múltiplas e variadas, juntando-se a isto reações mais lentas e um défice na aptidão motora, que persistem até 12 horas após o consumo. isto provoca uma considerável interferência na capacidade de condução de veículos e outras máquinas" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Nas pessoas com pouca experiência e que a ingerem em lugares desconhecidos, os efeitos negativos mais frequentes são sintomas de ansiedade e ataques de pânico. Também, depois da euforia inicial, podem surgir sintomas de depressão. Em pessoas vulneráveis ou consumidores de doses muito elevadas, pode provocar, em menor grau, um quadro psicótico-alucinatório-delirante agudo. Estes sintomas são mais frequentes nos países onde se consomem produtos potentes em THC. Os transtornos são de breve duração e em geral não é necessária uma assistência especializada" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos a longo prazo

"Efeitos físicos: Nos fumadores produz bronquite e asma. O risco de contrair cancro do pulmão é maior, devido ao fumo ser inalado de uma forma mais profunda. Os efeitos endócrinos mais destacados são a diminuição da testosterona, inibição reversível da espermatogénese no homem e uma supressão da LH plasmática, que pode originar ciclos anovulatórios na mulher. Os filhos das mulheres consumidoras crónicas podem apresentar problemas de comportamento. Produz alterações na resposta imunológica, apesar da sua importância clínica ser desconhecida" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Efeitos psíquicos: Nos fumadores crónicos, o consumo pode provocar um empobrecimento da personalidade (apatia, deterioração dos hábitos pessoais, isolamento, passividade e tendência para a distração). Esta situação é semelhante à dos consumidores crónicos de outros depressores do Sistema nervoso Central. Alguns autores denominaram-na como "síndrome amotivacional". A existência de uma psicose cannábica crónica é controversa e atualmente admite-se que só apareceria em indivíduos propensos a padecer de algum transtorno psicológico. Potencial de dependência. Provoca uma síndrome de abstinência leve (ansiedade, irritação, transpiração, tremores, dores musculares). A tolerância só ocorre nos grandes consumidores. Já que o seu mecanismo de ação no sistema nervoso se faz através de recetores específicos, não existe tolerância cruzada com nenhuma outra substância" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Tendo em conta o elevado número de pessoas que consomem derivados da cannabis,

são muito poucas as que procuram ajuda para deixar o consumo" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Ecstasy

"Todas as drogas de síntese são derivados anfetamínicos com uma composição química muito próxima da mescalina, um alucinogénio. É essa combinação, que explica a singularidade dos seus efeitos. A dose efetiva de MDMA oscila entre 75/150 miligramas por via oral" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Apesar de se conhecerem algumas experiências por injeção e por inalação, esta substância é consumida normalmente por via oral, em forma de comprimidos. Embora também exista em cápsulas e pó. Apresentam-se sob diversos aspetos, tamanhos e cores, para aumentar o interesse e favorecer o comércio. Os nomes com que são conhecidas derivam frequentemente da sua aparência externa, como se fosse uma garantia de qualidade. Deve ter-se em conta que variam, na realidade, quer no seu aspeto exterior quer no seu conteúdo (pastilhas e comprimidos semelhantes diferem na sua composição e proporção). Os utilizadores tendem a considerá-las como uma única droga, ignorando em muitas ocasiões o que é que, verdadeiramente, estão a tomar" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Os primeiros sintomas aparecem entre os trinta e os sessenta minutos depois de ser ingerida, alcançando em duas horas a chamada fase de estabilidade. A partir daí, os efeitos principais começam a diminuir para desaparecerem depois de quatro ou seis horas. Os efeitos secundários podem durar várias horas mais e algumas consequências residuais, sobretudo de tipo psicológico, podem manter-se mesmo depois de ter sido completamente metabolizado pelo organismo (nas 40 horas posteriores à sua ingestão, aproximadamente)" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos

Efeitos imediatos

"Efeitos físicos: trismo (contração dos músculos da mandíbula); taquicardia; ranger dos dentes; secura da boca; diminuição do apetite; dilatação das pupilas; dificuldade de caminhar; reflexos exaltados; vontade de urinar; tremores; transpiração; cãibras; insónia" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Efeitos psíquicos: sensação de intimidade e de proximidade com outras pessoas; aumento da capacidade comunicativa; euforia; loquacidade; despreocupação; autoconfiança; expansão da perspetiva mental; incremento da consciência das emoções; diminuição da agressividade; intensificação da consciência sensitiva" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Efeitos tóxicos agudos: arritmias, acidente cerebrovascular, hipertermia, hepatotoxicidade, insuficiência renal aguda, morte súbita por colapso cardiovascular. Estas alterações são semelhantes às produzidas por outros psicostimulantes" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos a médio e longo prazo (mais de 24 horas)

"Efeitos físicos: cansaço, sonolência, dores musculares, fadiga, tensão nas mandíbulas, cefaleia, secura da boca, lombalgia, hipertonia cervical, rigidez articular" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Efeitos psíquicos: deterioração da personalidade, sensação de uma maior intimidade com as pessoas, depressão, ansiedade, ataques de pânico, má disposição, letargia, psicose, dificuldade de concentração, irritação, insónia" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Potencial de dependência: "O consumo de Ecstasy não está isento de riscos, nomeadamente devido à sua toxicidade. O seu uso contínuo pode favorecer um desenvolvimento de tolerância, embora os padrões de consumo compulsivos verificados não permitam fazer ainda afirmações categóricas a esse respeito" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Heroína

"Durante muito tempo, a heroína foi consumida por via intravenosa. O aparecimento da SIDA e a sua emergência devastadora entre os heroinómanos explica a tendência atual dos novos consumidores para fumar ou aspirar o vapor libertado pelo aquecimento da substância. Preparar a injeção de heroína transformou-se num ritual: numa colher, ou num objeto semelhante, coloca-se o pó, mistura-se com água e umas gotas de sumo de limão e coloca-se sobre uma fonte de calor para facilitar a dissolução. Sobre a mistura põe-se um pedaço de algodão ou o filtro de cigarro, para assim filtrar as impurezas, antes de introduzir a solução na seringa. (…) Por outro lado, o processo de fumar ou inalar os vapores libertados torna-se mais fácil e rápido se se puser a heroína num papel de estanho sobre uma fonte de calor. É muito frequente o consumo de heroína misturada com outras substâncias, por exemplo a cocaína ("speedball"), para prolongar e intensificar os efeitos de ambos os produtos" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Todos os opiáceos atuam sobre recetores cerebrais específicos. (…) Os principais efeitos farmacológicos da heroína, em maior grau, justificam-se por causa da morfina, que é um dos seus componentes principais" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos

"É importante destacar o facto de os efeitos da heroína não serem iguais no início do consumo ou depois de gerada a dependência: o motivo que leva inicialmente uma pessoa a injetar-se, deve-se a uma intensa sensação de prazer e euforia. Posteriormente, o indivíduo vê-se obrigado a consumi-la para evitar o estado de carência que provoca a ausência da substância. Isto significa que o opiáceo se torna num poderoso reforço de seu próprio consumo" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos imediatos

"Sobre o Sistema Nervoso Central: analgesia; sonolência; euforia; sensação de tranquilidade e diminuição do sentimento de desconfiança; embotamento mental; contração da pupila; náuseas; vómitos; depressão da respiração (causa de morte por overdose); desaparecimento do reflexo da tosse" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Outros efeitos:

- "Produz a libertação de histamina (vasodilatação e comichão na pele).
- A nível endocrinológico: inibição da hormona que liberta a gonadotropina; diminuição dos níveis do fator de libertação da corticotropina (diminuem os níveis de plasma do cortisol testosterona).
- Na mulher produzem-se ciclos menstruais irregulares.
- No aparelho digestivo: os movimentos peristálticos tornam-se lentos, favorecendo a prisão de ventre.
- Na bexiga: o tónus do esfíncter aumenta e diminuem os reflexos da micção, provocando dificuldade de urinar" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos a longo prazo e potencial de dependência: "Desenvolvimento de tolerância com grande rapidez. Tendência para aumentar a quantidade de heroína autoadministrada, com o fim de conseguir os mesmos efeitos que antes eram conseguidos com doses menores, o que conduz a uma manifesta dependência. Passadas várias horas da última dose, o viciado necessita de uma nova dose para evitar a síndrome de abstinência provocada pela falta dela. Desenvolve tolerância em relação aos efeitos de euforia, de depressão respiratória, analgesia, sedação, vómitos e alterações hormonais. Não a desenvolve para a miose nem para a prisão de ventre. Estes efeitos, junto com a diminuição da libido, a insónia e a transpiração, são os sintomas dos consumidores crónicos. Existe tolerância cruzada entre

todos os agonistas opiáceos, facto que se aproveita para os tratamentos de desintoxicação e desabituação. Os opiáceos, devido aos seus potentes efeitos eufóricos e à intensidade da sintomatologia de abstinência, geram um alto grau de dependência. Há milhares de pessoas no mundo inteiro que tentam tratar a dependência destas substâncias" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Síndrome de abstinência

"Sintomas: desejo de consumo, inquietação e irritabilidade, hipersensibilidade à dor, náuseas, dores musculares, estado de ânimo disfórico, insónia, ansiedade" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Marcas físicas: dilatação da pupila, transpiração, "pele de galinha", taquicardia, aumento da tensão arterial, bocejos, febre" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Os sintomas demoram aproximadamente uma semana a desaparecer, apesar de permanecer uma lembrança constante. A síndrome descrita, embora acarretando muito sofrimento e sensação de perigo para muitos heroinómanos, não é grave e pode ser superada sem riscos para a saúde. Além destes sintomas variarem segundo a quantidade ingerida, frequência, via de administração, etc., a sua intensidade depende em grande parte da motivação e expectativas do indivíduo, do apoio familiar, profissional, etc. Muitas das complicações típicas dos heroinómanos estão intimamente relacionadas com as infeções causadas pelo uso da seringa, falta de hábitos higiénicos adequados e também pela adulteração do opiáceo mediante produtos tóxicos ou prejudiciais (é frequente encontrar adulterantes como açúcar em pó, talco, lactose, cacau, ...). Isto explica o aparecimento no paciente de feridas, abcessos, processos infeciosos como hepatites, pneumonias, SIDA (SICAD, n.d.)

Inalantes

"A sua administração é feita por inalação; a mais comum consiste em verter o produto num saco de plástico e apertar o orifício do saco à volta da boca e do nariz, para aspirar os vapores que se desprendem. Alguns dissolventes são, por vezes, aspirados pelo nariz, utilizando um trapo embebido ou colocando uma parte da substância num recipiente metálico, sob o qual se aplica uma fonte de calor para aumentar a libertação de vapores" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"A sua absorção é rápida, dada a grande superfície do epitélio pulmonar e a elevada solubilidade lipídica; isto explicaria em parte a velocidade com que é transportada através das membranas biológicas e seria a chave dos efeitos não específicos e globais que se

produzem na atividade do Sistema Nervoso Central. O seu mecanismo de ação seria o de estimular os recetores GABA ou fluidificar as membranas neuronais, sendo esta a mesma forma de atuação proposta para o álcool. No entanto, a informação dos aspetos bioquímicos e farmacológicos continua a ser insuficiente" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos

"Caracteriza-se por uma fase inicial de exaltação do humor, euforia, alegria, alucinações ocasionais e transtornos do comportamento (agressividade, hiperatividade motora, ...). Terminados os efeitos iniciais, aparece uma depressão do sistema nervoso central, sonolência e confusão. Se a inalação for contínua, pode aparecer uma intoxicação grave, semelhante à embriaguez etílica, com cansaço profundo e mesmo perda da consciência. A todos estes sintomas juntam-se as náuseas, vómitos, tosse, lacrimejo, etc" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos a longo prazo

"Não existe consenso sobre a capacidade dos inalantes para gerar dependência física. No entanto, existem dados suficientes para afirmar que causam dependência psicológica e tolerância: muitos inaladores crónicos apresentam um alto grau de ansiedade perante a falta da substância e um forte desejo de inalar, necessitando de aumentar a dose para conseguirem os mesmos efeitos que antes conseguiam com quantidades inferiores. Associam-se aos inalantes efeitos adversos potencialmente graves. O mais grave é a morte, que pode ser causada por depressão respiratória, arritmias cardíacas, asfixia, aspiração do vómito ou acidente. Outros efeitos a longo prazo incluem danos renais ou hepáticos irreversíveis e lesões musculares permanentes. A combinação de dissolventes orgânicos com altas concentrações de cobre, zinco e metais pesados foram relacionadas com o desenvolvimento de atrofias cerebrais, epilepsia do lóbulo temporal, diminuição do nível intelectual e alterações no EEG." (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Os efeitos adversos podem ser, ainda, verificáveis em alterações cardiovasculares e pulmonares (dores no tórax e bronco-espasmos), sintomas gastrointestinais (náuseas, vómitos, hemorragias) e alterações neurológicas (neurite periférica, dores de cabeça, parestesias, sinais cerebelosos e encefalopatia por chumbo)" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Mescalina

"A Mescalina obtém-se do cato (Lophophora Wlliansii), que cresce nas zonas

desérticas do norte do México" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Por tradição é consumida por via oral (mastigada ou mediante uma infusão). Atualmente a Mescalina é refinada em forma de pó, ingerida ou ocasionalmente injetada" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"É absorvida rápida e completamente pelo tubo digestivo e a duração média de vida plasmática é de seis horas. Alcança a sua máxima concentração no cérebro entre os trinta e os cento e vinte minutos após a ingestão. 90% da dose é eliminada nas 24 horas seguintes à sua administração. O efeito alucinatório consegue-se com doses de 500 mg, podendo permanecer no organismo uma média de dez horas" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos

"O efeito psicadélico é semelhante ao do LSD. Os efeitos físicos são mais intensos" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Efeitos psíquicos:

- A perceção é mais intensa e brilhante.

- As cores e as texturas aparecem mais intensas, os contornos mais nítidos, a música mais carregada de emoção, os cheiros e sabores são mais intensos.

- As sinestesias são frequentes: os sons podem ser vistos e as cores ouvidas.

- Podem-se experimentar distorções da imagem corporal e da perceção do espaço e do tempo. As alucinações costumam ser visuais, com figuras ou formas geométricas.

- As emoções são intensas e podem mudar de forma abrupta. Aumenta a capacidade sugestiva. Podem aparecer sintomas de despersonalização e ideias paranoides" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Efeitos físicos

- Secundários à estimulação do sistema nervoso simpático: tremores, taquicardia, hipertensão, hipertermia, transpiração, visão enevoada, dilatação da pupila.

- Os efeitos a longo prazo e ao potencial de dependência, são semelhantes aos do LSD" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Ópio

"O Ópio é o produto natural de um tipo de papoila chamada papaver somniferum -

papoila dormideira. Produz-se, atualmente, de forma não controlada em algumas zonas do Médio e Extremo Oriente e, muito recentemente, em alguns territórios americanos. Extrai-se, realizando uma incisão na cápsula debaixo das pétalas da planta. Estes cortes deixam escapar um alcaloide com aspeto leitoso, que coagula rapidamente e adquire um tom acastanhado em contacto com o ar. Cada uma das cápsulas contém quantidades baixas de ópio e calcula-se que são necessárias cerca de duas mil plantas para obter um quilo desta substância. A extração legal é praticada de forma mecânica, produzindo a "palha de ópio", que depois é quimicamente processada pelas máquinas que fazem a colheita" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"O ópio puro que, depois de passar por um processo de refinação e transformação, pode ser fumado, comido ou bebido. O procedimento mais comum é fumá-lo num tubo de papel de estanho, aplicando debaixo dele uma fonte de calor. As apresentações mais frequentes são em forma de tubos pequenos (semelhantes a um cigarro sem filtro), em forma de pó ou em pequenas bolinhas" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Todos os opiáceos atuam sobre recetores cerebrais específicos. Estes encontram-se localizados no sistema límbico, na massa cinzenta, na espinal-medula e em algumas estruturas periféricas. Os principais efeitos farmacológicos do ópio são causados pela morfina, um dos seus principais compostos" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Efeitos

"Sobre o Sistema Nervoso Central: analgesia; sonolência; euforia; sensação de tranquilidade e diminuição do sentimento de desconfiança; embotamento mental; contração da pupila; náuseas; vómitos; depressão respiratória (causa de morte por overdose); desaparecimento do reflexo da tosse" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Outros efeitos: Libertação de histamina: vasodilatação e comichão na pele.A nível endocrinológico: inibição da hormona que liberta a gonadotropina, diminuição dos níveis do fator de libertação da corticotropina - diminuem os níveis de plasma do cortisol testosterona. Na mulher produzem-se ciclos menstruais irregulares. No aparelho digestivo e bexiga: os movimentos peristálticos tornam-se lentos, favorecendo a prisão de ventre. O tónus do esfíncter aumenta e os reflexos de micção diminuem, provocando dificuldade de urinar" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"Efeitos a longo prazo e potencial de dependência

Desenvolve tolerância em relação aos efeitos de: euforia; depressão respiratória; analgesia; sedação; vómitos; alterações hormonais. Não a desenvolve para a miose nem para a prisão de ventre. Estes efeitos, junto com a diminuição da libido, insónia e aumento da transpiração, são os sintomas dos consumidores crónicos. Existe tolerância cruzada entre todos os agonistas opiáceos, pelo que se utiliza para os tratamentos de desintoxicação e desabituação. Os opiáceos, devido aos seus potentes efeitos eufóricos e à intensidade da sintomatologia da abstinência, são substâncias muito aditivas"

Síndrome de Abstinência - Sintomas e sinais:

"Desejo de consumo, inquietação e irritabilidade, hipersensibilidade à dor, náuseas, dores musculares, estado de ânimo disfórico, insónia, ansiedade dilatação das pupilas, transpiração, "pele de galinha", taquicardia, aumento da tensão arterial, bocejos, febre" (SICAD, n.d., p. n.d.).

Novas substâncias psicoativas

"O surgimento e consequente consumo de NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (NSP) tem tido uma tendência crescente a nível europeu e mundial (…). Entende-se por "Novas Substâncias Psicoativas" um novo estupefaciente ou um novo psicotrópico, puro ou numa preparação, que não seja controlado pela Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os estupefacientes, nem pela Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias psicotrópicas, mas que possa constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias enumeradas nessas convenções. O termo "novo" não se refere unicamente a substâncias recém-inventadas ou recém-sintetizadas, mas também às recentemente disponíveis no mercado ou que são usadas de forma imprópria (onde se incluem os fármacos psicoativos). De uma forma geral, as Novas Substâncias Psicoativas, atualmente sintetizadas, são criadas para imitar os efeitos das existentes naturais ou sintéticas já controladas no âmbito das leis e lista das referidas convenções. Outras são quimicamente semelhantes às substâncias psicoativas controladas, mas ao mesmo tempo suficientemente diferentes em termos da sua estrutura molecular para não serem incluídas nas referidas listas. Tem-se verificado que à medida que o controlo é exercido sobre as Novas Substâncias Psicoativas, são criadas variantes das mesmas" (SICAD, n.d., p. n.d.).

"São comumente usados conceitos e designações diferentes no que se refere às substâncias que podem ser incluídas no grupo das "drogas emergentes" novas ou já

conhecidas, lícitas ou ilícitas, designadamente: “Legal Highs”; “Herbal Highs”; “Research Chemicals” (substâncias químicas de investigação); “Party Pills” (drogas recreativas); “Designer Drugs” (Drogas Laboratoriais ou de síntese). Dado este fenómeno ser emergente e muito dinâmico a informação sobre os efeitos e danos que estas substâncias podem causar aos consumidores é limitada” (SICAD, n.d., p. n.d.).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, N. S., Heinger, E. M., Fontes, A. A., Gonçalves (2014). Droga e Adolescência. Psicologia.pt. Acedido maio 17, 2018, em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0832.pdf

Beckmeyer, J. J., Weybright, E. H. (2016). Perceptions of alcohol use by friends compared to peers: Associations with middle adolescents' own use. Substance abuse, 37(3), 435-440. Acedido maio 17, 2018, em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5802409/pdf/nihms938354.pdf

Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-895400-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547.

Dudovitz, R. N., Li, N., Chung, P. J. (2013). Behavioral Self-Concept as Predictor of Teen Drinking Behaviors. Academic Pediatrics, 13(4), 316-321. Acedido maio 17, 2018, em http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=347dd1f8-4de7-4a22-b0b0-adddb8e0b115%40sessionmgr4006

Feijão, F. (2015). Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências - 2015. (s.l.): Serviço de Intervenção nos Comportamentos Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos Aditivos e nas Dependências e nas Dependências. Acedido maio 17, 2018 em http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Documents/2016/SICAD_ECATD_15_Sum%C3%A1rio_Executivo.pdf

Handren, L. M., Donaldson, C. D., Crano, W. D. (2016). Adolescent Alcohol Use: Protective Parent, Peer, and Self-Related Factors. Prevention Research, 17, 862-817. Acedido maio 17, 2018, em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902017/pdf/nihms957172.pdf

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2011). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (8ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda

Ledford, H. (2018). Who exactly counts as an adolescent?. Nature, 554(7693), 429-431.

Precioso. J., Correira, C., Sousa, I., & Samorinha, C. (2015). Evolução do Consumo de Álcool em Adolescentes Portugueses Escolarizados: Beber Álcool ainda estará na moda?. Interacções, 11(39), pp. 802-814. Acedido maio 17, 2018 em http://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/8777

Ramirez, H., & Rocha, M. (2016). Relações entre o Uso de Drogas na Adolescência e Família (Artigo Científico apresentado na Pós-Graduação de Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, Brasil. Acedido maio 17, 2018 em http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Marciani-da-Rocha.pdf

Richardson, C. G, Kwon, J., Ratner, P. A. (2013). Self-esteem and the Initiation of Substance Use Among Adolescents. Revue Canadienne de Santé Publique, 104(1), e60-e63. Acedido maio 17, 2018, em http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=cc188883-8dd6-4ae4-9096-9cc8a6688ceb%40sessionmgr4009

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Cogumelos Mágicos [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=7

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Derivados da Cannabis [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=8

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Ecstasy [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=9

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Heróina [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=10

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Inalantes [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=11

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.)

Substâncias Psicoativas – Mescalina [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos
http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=12

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Ópio [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=14

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Novas Substâncias Psicoativas [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=19

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Tabaco [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=15

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Álcool [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=1

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Anfetaminas [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=2

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Base Livre e Crack [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=4

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Benzodiazepinas [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=5

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Cloridrato de Cocaína [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em

http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=6

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n. d.) Substâncias Psicoativas – Barbitúricos [em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido junho 8, 2018, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=3

Wu, C. S. T., Wong, H. T., Shek, C. H. M., Loke, A. Y. (2014). Multi-dimensional Self-esteem and substance use among Chinese adolescentes. Susbtance Abuse Treatement, Prevention, and Policy, 9(42), 1-8. Acedido maio 17, 2018 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195998/pdf/13011_2014_Article_315.pdf

Yeager D. S., Dahl R. E., Dweck C. S. (2018). Why Interventions to Influence Adolescent Behavior Often Fail but Could Succeed. Perspect Psychol Sci, 13(1), 101-122.

APÊNDICE VII

Relatório do Projeto:

"II Semana da Saúde Oral"

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório do Projeto
"II Semana da Saúde Oral"

Unidade Curricular:

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, junho de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 3

1 – ATIVIDADE: II SEMANA DA SAÚDE ORAL 6

1.1 - OBJETIVOS 6

1.2 - POPULAÇÃO-ALVO 6

1.3 - DATA, HORÁRIO E LOCAL 6

1.4 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 6

2 - RESULTADOS 9

CONSIDERAÇÕES FINAIS 15

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 17

APÊNDICES 18

APÊNDICE I Convocatória e-mail 19

APÊNDICE II Cartaz-Convite 21

APÊNDICE III Plano de Sessão da sessão de esclarecimento realizada à equipa multidisciplinar da USF Emergir 23

APÊNDICE IV Slides da apresentação da sessão de esclarecimento 26

APÊNDICE V Plano de sessão da atividade 31

APÊNDICE VI Atividade inicial 34

APÊNDICE VII Atividade "Alimentação Saudável" 37

APÊNDICE VIII Documento de Suporte Teórico da Consulta de Enfermagem 40

APÊNDICE IX Folheto informativo "Higiene oral" 53

APÊNDICE X Tabela registo das crianças que participaram na atividade 56

APÊNDICE XI Questionário de avaliação da atividade 58

APÊNDICE XII Autocolantes "Eu Fui à II Semana da Saúde Oral" 60

APÊNDICE XIII Resultados Exame Cavidade Oral 62

ANEXOS 64

ANEXO I Ficha Dentária 65

INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças orais apresentam uma prevalência elevada na população portuguesa, em especial nas crianças, constituindo-se um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil (Direção Geral de Saúde, 2005). Aos 6 anos de idade a percentagem de crianças livres de cárie dentária é de 54% (Direção Geral de Saúde, 2005). Aos 12 anos 51,8% dos adolescentes apresentam gengivas saudáveis e cerca de 78,7% e 89,5%, aos 6 e 12 anos respetivamente, referem lavar os dentes pelo menos uma vez por dia (Direção Geral de Saúde, 2005). Comparando com estudos realizados anteriormente a saúde oral das crianças e adolescentes tem melhorado, mas ainda há muito a fazer.

A Organização Mundial de Saúde define como metas da saúde oral até 2020 o "reforço das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados" (Direção Geral de Saúde, 2005, p. n.d.).

O Programa Nacional de Saúde Oral (Direção Geral de Saúde, 2005) tem como objetivos "reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes" (p. n.d.) e "melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral" (p. n.d.), entre outros, e foi com base nestes objetivos que foi concebido o projeto da saúde oral da USF.

O Projeto da II Semana da Saúde Oral da USF foi um projeto realizado em contexto da Unidade Curricular "A saúde da criança e família– Vigilância e Decisão Clínica" e foi elaborado em parceria com a Enfermeira Orientadora de estágio e as autoras do primeiro projeto. As atividades desenvolvidas ao longo da II Semana da Saúde Oral foram elaboradas com base no projeto realizado em janeiro de 2018, tendo sido acrescentada à atividade a temática da promoção da autoestima, através do autoconceito, da autoimagem e do sorriso, uma vez que são temáticas que se encontram relacionadas e por ser a temática principal do meu projeto de estágio, tendo sido considerado pertinente a sua introdução na atividade.

A autoestima pode definir-se como o "grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos" (Townsend, 2011, p. 250), e é um "fator essencial na construção e manutenção do bem-estar social, emocional e mental" (Plummer, 2012, p. 9). A autoestima pode também definir-se como a valorização positiva de si mesmo e vai-se

formando ao longo da vida, através das experiências positivas pelas quais a criança passa (Barreto, 2015).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define a autoestima como "autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva" (OE, 2016, p. 42).

Uma autoestima saudável assenta em sete alicerces: autoconhecimento, eu e os outros, autoaceitação, autossuficiência, autoexpressão, autoconfiança e autoconsciência (Plummer, 2012). Estes elementos não são estanques, estão interligados entre si e deverão ser incluídos em atividades de promoção da autoestima.

A par da imagem corporal, a autoestima é um dos componentes do autoconceito que se define como "a componente cognitiva ou de pensamento do self, e geralmente refere-se à totalidade de um sistema complexo organizado e dinâmico de crenças apreendidas, atitudes e opiniões que cada pessoa tem como verdadeiras sobre a sua existência pessoa" (Huitt, 2004, citado por Townsend, 2011, p.250). A autoestima "está relacionada com a avaliação pessoal do nosso autoconceito" (Plummer, 2012, p. 10) e é a diferença entre o eu percecionado (autoconceito) e o eu ideal (a pessoa que gostaríamos de ser) que nos dá uma noção dos níveis de autoestima (Plummer, 2012). Portanto, a autoestima está intimamente relacionada com o autoconceito sendo influenciada pelas perceções de como um individuo é visto pelas outras pessoas, está dependente da forma como apreendemos as reações das outras pessoas àquilo que fazemos e dizemos (Townsend, 2011; Plummer, 2012).

A criança quando entra na fase escolar (Estádio das Operações Concretas – Piaget) começa a adquirir a capacidade de relacionar uma série de eventos e representações mentais que podem ser expressadas verbalmente ou simbolicamente, e são também capazes de usar os processos de pensamento para experienciar eventos e ações (Hockenberry e Wilson, 2011). A idade escolar é uma fase de produtividade criativa e energética onde as crianças gostam de desenvolver habilidades e participar em tarefas significativas e socialmente aceites e fazem progressos na escrita e no desenho.

Relativamente ao seu autoconceito este é influenciado pelos seus cuidadores, amigos e professores. Quanto mais positivo for o autoconceito da criança mais bem-sucedida será no futuro, sentir-se-á amada e capaz de dar contribuições positivas (Hockenberry e Wilson, 2011). Na idade escolar as crianças têm uma perceção

relativamente precisa e positiva de si mesmas em termos físicos, sendo a cabeça a parte mais importante da sua autoimagem (Hockenberry e Wilson, 2011). Também o reforço sob a forma de recompensas materiais e reconhecimento encoraja e estimula a criança (Hockenberry e Wilson, 2011).

Enquanto promotores da autoestima devemos apoiar as crianças "demonstrando carinho e respeito genuíno por elas enquanto indivíduos únicos; tendo perfeita consciência da forma como as nossas ações e palavras afetam o autoconceito de cada criança e, em consequência, os seus níveis de autoestima; (…) ajudando-as a desenvolver a capacidade de fazer autoavaliações realistas" (Plummer, 2012, p.14-15).

A atividade realizada, os objetivos propostos e os resultados alcançados serão descritos no próximo capítulo.

1 – ATIVIDADE: II SEMANA DA SAÚDE ORAL

1.1 - OBJETIVOS

Realizar prevenção primária na área da saúde oral às crianças da USF em idade prioritária de cheque-dentista (7 e 10 anos);

Realizar prevenção secundária da patologia oral, com especial enfoque na cárie dentária, a todas as crianças da USF em idade prioritária de cheque-dentista

Sensibilizar as famílias para a importância da utilização do cheque-dentista/cheque-higienista;

Promover a autoestima da criança através da promoção do autoconceito, autoimagem e importância de um sorriso saudável.

1.2 - POPULAÇÃO-ALVO

Crianças nascidas em 2007 e 2010 (7 e 10 anos) inscritas na USF (353 crianças).

1.3 - DATA, HORÁRIO E LOCAL

29 e 30 de maio (17h00 - 19h00)

1 de junho (8h00 - 19h00)

Unidade de Saúde Familiar (USF): Sala de Espera da Saúde Infantil e Gabinetes 15,16 e 17

1.4 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Convocatória aos pais

A convocatória das crianças foi realizada via e-mail às crianças que tinham contacto de correio eletrónico (APÊNDICE I), a partir de uma lista de contactos disponibilizada pelos serviços administrativos (total 191 e-mails). Foram convocadas as mesmas crianças de janeiro, mas foi destacado que este convite se dirigia a quem não tinha comparecido em janeiro. Esta convocatória foi enviada duas vezes. Foram também colocados em locais visíveis (salas de espera da USF) dois cartazes-convite a anunciar a realização desta atividade (APÊNDICE II), para além de convite feito aos utentes da consulta de Saúde Infantil e Juvenil. Foi enviado e-mail ao Jornal da região de Cascais a solicitar a divulgação do evento, mas não se obteve resposta.

Formação à equipa multidisciplinar da USF

Foi realizada uma sessão apresentação do projeto remodelado, esclarecimento de

dúvidas e solicitação de colaboração dos profissionais no projeto. A sessão foi realizada a 17 de maio, em reunião multiprofissional (Plano de Sessão – APÊNDICE III, Slides da apresentação – APÊNDICE IV).

Semana de 29, 30 de maio e 1 de junho – II Semana da Saúde Oral

A atividade foi desenvolvida em três momentos (plano de atividade em apêndice – APÊNDICE V):

1. Acolhimento à criança e família pelos administrativos da USF que informaram a equipa de Enfermagem da presença das mesmas.

2. Consulta de Enfermagem: No início da consulta foram entregues a cada criança duas folhas de atividades, uma sobre hábitos de higiene oral e promoção do sorriso (APÊNDICE VI) e outra sobre alimentação saudável (APÊNDICE VII). Na primeira folha a criança preencheu uma primeira frase onde se identificava (como se chamava, qual a sua idade e qual a sua comida preferida), de seguida preencheu outra frase sobre os seus hábitos de higiene oral e por fim foi-lhe solicitado que descrevesse porque era importante para si um sorriso saudável e que desenhasse o seu sorriso. Na segunda atividade, sobre alimentação saudável, foi pedido à criança que pintasse os alimentos saudáveis. Após a conclusão das duas atividades foram analisadas as respostas em conjunto com a criança e feitos ensinos para a saúde (ou reforçados) sobre higiene oral, alimentação saudável, importância do sorriso e esclarecimento de questões relacionadas com o cheque-dentista (elaborado documento de suporte teórico pessoal para esta consulta – APÊNDICE VIII). Quando se justificou foi entregue um folheto informativo sobre higiene oral adicional (APÊNDICE IX). Estas atividades foram reformuladas a partir de outras já existentes. Foi também construída uma tabela de registo das crianças que participaram na atividade onde constavam os seguintes itens: número de utente, ano de nascimento, utilização de cheque dentista, tipo de convocação (APÊNDICE X). Os dados recolhidos servirão para posterior avaliação da atividade.

3. Consulta médica: após a consulta de Enfermagem as crianças e familiares foram encaminhados para a consulta médica e realização de exame objetivo da cavidade oral, preenchimento da respetiva ficha dentária (Anexo I) e

preenchimento de questionário de avaliação da atividade pelas crianças (elaborada com o objetivo de servir a minha atividade – APÊNDICE XI). Foi realizada referenciação ao médico e Enfermeiro de Família das crianças que apresentaram problemas da cavidade oral para emissão de cheque-dentista e respetivo encaminhamento. No final da atividade foi entregue um autocolante como forma de certificar a sua presença na atividade. O desenho de autocolante foi retirado do cartaz que se encontrava na entrada da USF e que foi concebido por um médico interno da unidade de saúde (APÊNDICE XII)

Foram abrangidas por esta atividade não só as crianças em idade do cheque-dentista, mas também outras crianças de idades intermédias, que tiveram conhecimento da atividade através dos cartazes colocados na sala de espera da USF ou que se encontravam na unidade nesses dias para realizar outro tipo de consultas.

2 - RESULTADOS

Das 191 crianças convocadas via e-mail compareceram 6, o que representa 3,1% dos convocados, ou seja, a adesão à atividade foi baixa. Em resposta a outras convocatórias apareceram 11 crianças/adolescentes. Esta atividade teve um total de 17 crianças. As idades das crianças oscilaram entre os 3 anos e os 19 anos. Destas 17 crianças, quatro já utilizaram um cheque-dentista (23,5%), quatro referiram ter recebido o cheque-dentista, mas ainda não o utilizaram (23,5%), uma referiu não ter recebido (5,9%), quatro ainda não estavam em idade de receber o cheque-dentista (23,5%) e quatro não sabiam/não responderam (23,5%).

Foram detetadas cáries em seis crianças (35,3%):

- Uma criança (5,9%) apresentava dentição decídua cariada (um dente cariado) e dentição permanente cariada (dois dentes cariados);

- Cinco crianças apresentaram dentição permanente cariada (29,4%), sendo que duas tinham um dente cariado (40%) e três tinham dois dentes cariados (60%).

Foram também observados dentes obturados (dois dentes) na dentição decídua de uma criança (5,88%) e uma criança tinha realizado uma extração (5,9%).

De referir que quatro das crianças observadas tinham selantes nos molares (28,6%) e uma delas tinha realizado um branqueamento (5,8%). Relativamente a consultas de dentista 82,4% das crianças já tinham ido a uma consulta no dentista e 17,6% referiram nunca ter ido. Os resultados encontram-se descritos numa tabela em apêndice (APÊNDICE XIII – Tabela resultados). As crianças com problemas orais foram encaminhadas para o respetivo médico e Enfermeiro de família para observação e emissão do cheque dentista.

Apesar de a amostra ser pequena podemos tirar algumas conclusões acerca destes dados. Continuam a existir crianças com dentição cariada, na sua maioria apresentavam cáries na dentição permanente, apenas uma apresenta cáries na dentição decídua, no entanto a sua percentagem não é elevada o que revela que há um cuidado com a higiene oral por parte das crianças e pais. O facto de algumas crianças apresentarem selantes, apesar de ser uma percentagem pequena, é também revelador deste cuidado.

Relativamente a idas a consulta de dentista a maioria das crianças (82,4%) refere já ter ido ao dentista o que também revela que existe uma preocupação por parte dos pais em relação à manutenção da saúde oral das crianças.

Em relação às atividades desenvolvidas em contexto de consulta de Enfermagem este foi o resultado:

- As crianças referiram lavar os dentes entre 1 a 3 vezes por dia com a duração média de 2/3 minutos

- As crianças consideraram que é importante ter um sorriso saudável porque…

...para ficarmos bem nas fotografias, não nos doer as gengivas etc…

...é a nossa aparência.

...quando for velhota não quero ser desdentada e quero ter os dentes bem cuidados.

...para não entrar bichinhos nem cáries.

...é para ver os dentes brancos.

...faz parte da higiene e ficamos mais bonitos.

...os dentes têm de ficar limpos.

...dá melhor aspeto.

...aparecem cáries se não lavarmos.

...se não ficamos com bicho que se chama cáries.

...para não ter cáries.

...é bonito.

...fico mais bonita.

...transmite a sensação se a pessoa é porca ou asseada.

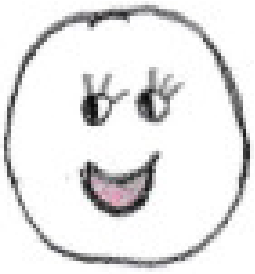
...posso ficar com cáries e ter de ir ao dentista tratar das cáries.

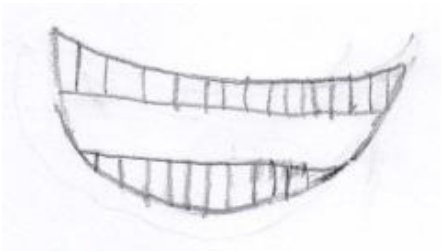
Relativamente a esta questão as crianças na sua maioria associaram um sorriso saudável à aparência e autoimagem e também à doença referindo que ter um sorriso saudável é importante para não terem cáries, o que revela uma preocupação com a sua autoimagem e com o seu bem-estar.

Foi também solicitado a cada criança que fizesse um desenho do seu sorriso. Algumas crianças desenharam apenas o seu sorriso e outras optaram por se desenhar, mas realçando o seu sorriso. Após terem concluído o desenho foi-lhes pedido que explicassem o seu desenho de forma a explorar o seu autoconceito, realçando os pontos fortes referidos pela criança, e consequentemente reforçar a sua autoestima. Pelos desenhos que fizeram podemos concluir que as crianças se sentem satisfeitas com o seu sorriso.

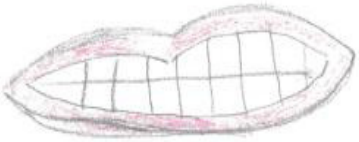
As crianças vêm o seu sorriso da seguinte maneira:

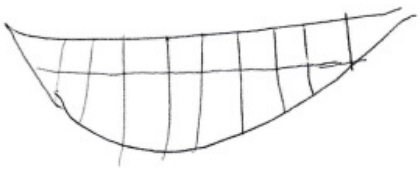






















Relativamente ao questionário de avaliação da atividade estes foram os resultados:

	Sim	Não
Hoje foi um dia diferente para sim	10	2
	83%	17%
Total respostas	12	

	Sim	Não
Gostaste de vir ao centro de saúde	12	0
	100%	0%
	12	

	Sim	Não
Aprendeste algo de novo?	7	5
	58%	42%
	12	

Gostaríamos que fizesses um desenho ou escrevesses uma frase sobre o dia de hoje:

Hoje relembrei o que preciso de fazer para manter os meus dentes saudáveis

Hoje aprendi muitas coisas novas sobre os dentes

Hoje foi um dia diferente para mim porque vim ver se estava tudo bem com os meus dentes

Fui ao Centro de Saúde ver os meus dentinhos, fui atendido pela doutora Marta e gostei muito

Fazer concurso de dança e ouvir música

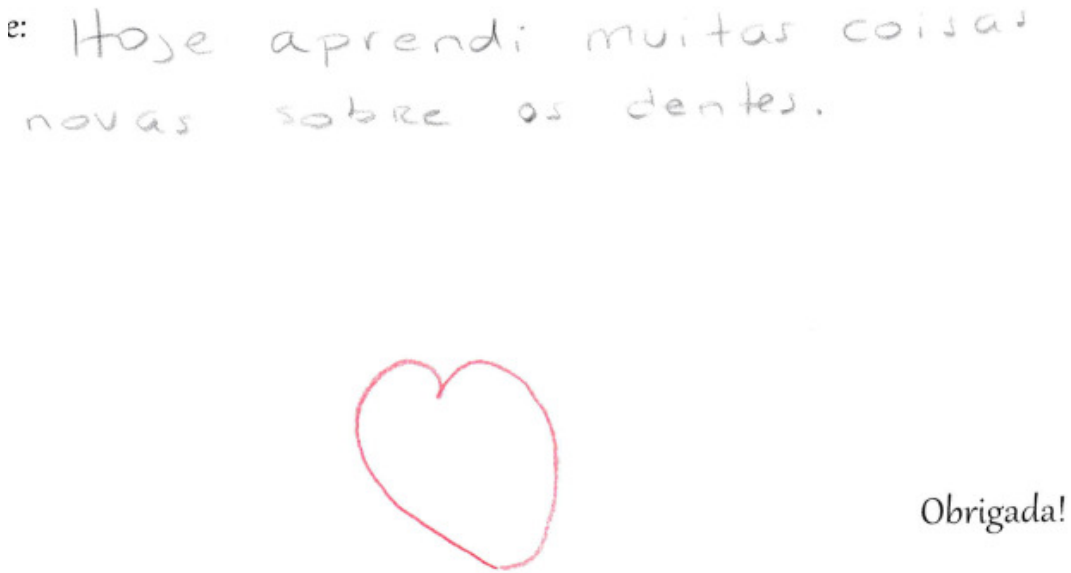
Vim ao centro de saúde aprender mais coisas sobre a saúde oral e gostei muito de saber coisas novas sobre a saúde oral

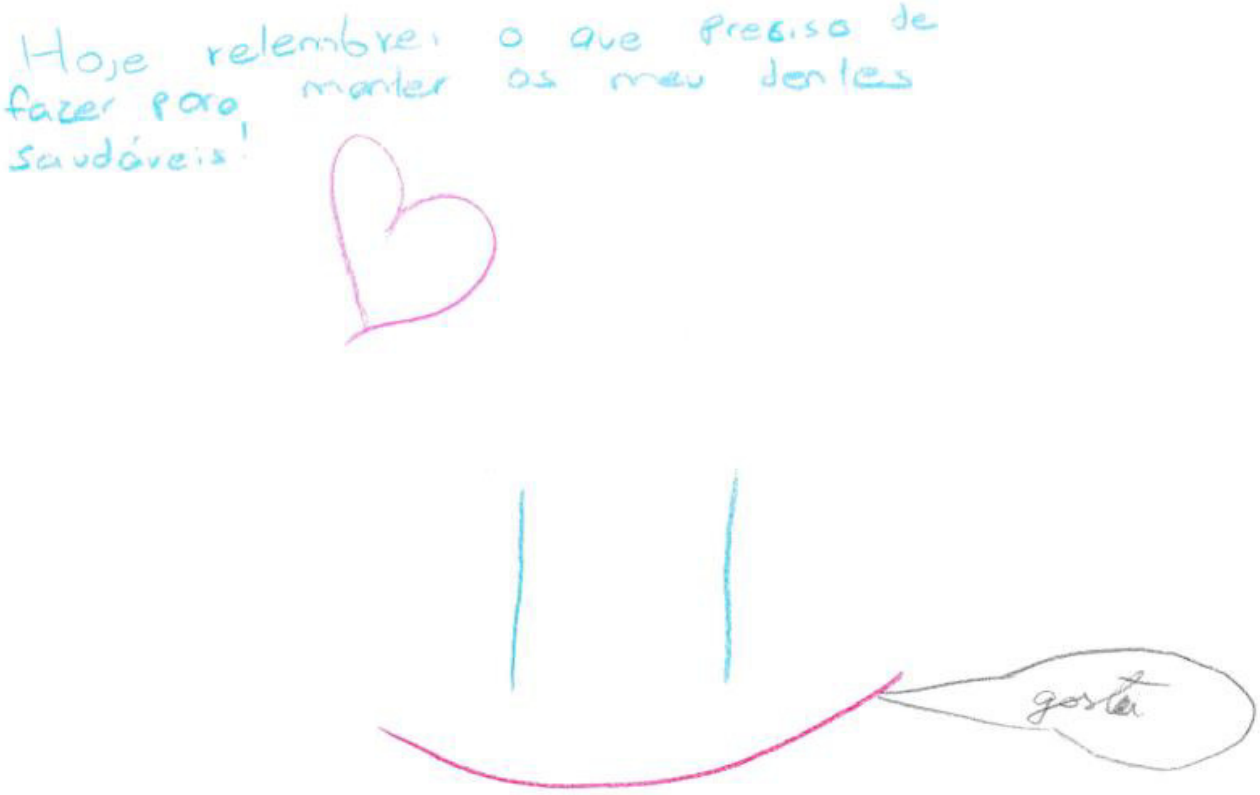
Foi um dia cansativo

O dia de hoje foi bom

Gostei do dia de hoje porque aprendi coisas novas sobre os meus dentes

Eu gostei de vir ao centro de saúde porque assim posso saber que está tudo bem com os meus dentes







A partir dos dados do questionário de avaliação podemos concluir que as crianças, na sua totalidade, gostaram de vir ao centro de saúde. A maioria considerou que o dia tinha sido diferente e que aprendeu coisas novas. As frases que escreveram, como forma de avaliação global da atividade, foram também reveladoras da sua satisfação em relação à atividade, sendo que, maioritariamente, referiram que vieram ao centro de saúde aprender mais sobre a saúde oral realçando a importância disso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste projeto pode considerar-se que foi uma mais valia ao permitir a abordagem dos temas da saúde oral e da promoção da autoestima que são fundamentais para o desenvolvimento da criança e adolescente. A dinâmica conseguida, entre os diversos elementos que colaboraram neste projeto, permitiu o cumprimento dos objetivos estabelecidos assim como sensibilizar as crianças e famílias para a importância de uma boa higiene oral.

Uma boca saudável é importante para falar, sorrir, cheirar, provar, mastigar, transmitir emoções com confiança, entre outros. As doenças orais têm impacto na vida das pessoas afetando o seu relacionamento interpessoal e a autoconfiança. Pode conduzir ao isolamento social, fazer com que a pessoa evite rir ou sorrir e interagir com os outros, ou fazer com que se sinta embaraçado por causa da aparência dos seus dentes e da perceção que as outras pessoas têm sobre a sua saúde oral (Federação Dentária Internacional e Direção Geral de Saúde, 2017).

O sorriso é considerado o cartão de visita das pessoas e como tal desempenha um papel fundamental na autoestima dos indivíduos, influenciando-a. Os dados do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (Direção Geral de Saúde, 2015) vem reforçar a noção de que a saúde oral tem impacto na autoestima e autoconceito da criança/adolescente. O estudo revelou que 9% dos adolescentes de 12 anos inquiridos referiu sentir desconforto psicológico devido à aparência dos dentes (embaraço) às vezes e 1,2% muitas vezes. Quando questionados se já tinham evitado conversar devido à aparência dos dentes, 4,1% referiu que o fez às vezes e 0,3% referiu que já o fez muitas vezes (Direção Geral de Saúde, 2015). Em relação à redução da participação em atividades sociais devido a problemas nos dentes ou nas gengivas 1,1% referiu que às vezes o faz (Direção Geral de Saúde, 2015).

No geral as crianças aparentam estar satisfeitas com o seu sorriso (autoimagem) e conseguiram reconhecer a importância de ter um sorriso saudável e de uma boa higiene oral. As crianças também avaliaram a sua ida ao centro de saúde como positiva, referindo igualmente que adquiriram novos conhecimentos, que consideraram relevantes e importantes. Embora algumas crianças tenham apresentado dentição cariada, a maioria referiu já ter ido a consultas de dentista o que revela preocupação por parte dos pais em relação à saúde oral dos filhos. O facto de ainda existirem crianças com dentes cariados reforça a necessidade de continuar a investir na educação para a saúde neste campo por forma a cada vez mais diminuirmos este número e termos crianças com bons hábitos de

higiene oral.

Apesar da fraca adesão a este rastreio, acompanhando a tendência observada na atividade de janeiro, as crianças e famílias que vieram relataram sentir-se satisfeitas com a iniciativa realçando a importância do desenvolvimento deste tipo de atividades.

A questão que se coloca é: a que se deveu esta fraca adesão? Será que a convocatória foi ineficaz? Aa maioria da população desvaloriza a saúde oral? O horário não foi adequado (tempo de aulas)? A maioria das crianças é seguida no privado? Penso que será importante refletir em equipa e individualmente estas e outras questões, não só para refletir a nossa prática, mas também para no futuro se mudarem estratégias e se mudar a estratégia de ação.

Apesar da baixa adesão a este projeto os objetivos propostos foram alcançados. Pela avaliação da atividade podemos concluir que esta foi um sucesso, mas, acima de tudo, foi um momento importante para as crianças que participaram na atividade e acredita-se que terá impacto no seu futuro e no seu desenvolvimento. Assim, continua a considerar-se importante a continuação deste projeto de forma regular pois os seus benefícios são uma mais valia para as crianças e para a sua saúde.

Como sugestões de melhoria para o futuro aconselha-se a realização da convocatória através de outro meio (carta, mensagem telemóvel). Se possível a reformulação da atividade inicial, substituindo a questão acerca da duração da escovagem dos dentes por outra questão (a definir), pois constatou-se que as crianças tiveram muita dificuldade em responder à mesma, e do questionário de avaliação, uma vez que ao questionarmos as crianças se o dia tinha sido diferente elas interpretaram a questão relativamente ao dia todo e não especificamente à atividade, como era suposto. Penso que também seria importante, no futuro, realizar-se um questionário de avaliação aos pais acerca da atividade, solicitando não só a sua opinião acerca da atividade e da importância da realização da mesma, assim como sugestões de melhoria, de forma a enriquecer ainda mais o projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreto, Al. (2015). *Educar com valores inteligentes*. (1ªed.). Madrid: Bookout, Lda.

Circular Normativa n.º 01/DSE de 18/01/05 da Direção-geral da Saúde

Federação Internacional Dentária e Direção-Geral da Saúde (2017). Como viver com uma boca saudável ao longo da vida [em linha]. *Ordem dos Médicos Dentistas*. Acedido maio 21, 2018, em https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/Brochura-Boca-Saudavel.pdf

Despacho Ministerial n.º 153/2005 de 5 de janeiro de 2005. Diário da República nº3/05 – 2.ª Série. Ministério da Saúde. Lisboau

Direção-Geral da Saúde (2015). III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos – Relatório, Apresentação de resultados.

Direção-Geral de Saúde (2015). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015.

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015.* Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.

Plummer, D. M. (2012). *Como Aumentar a Autoestima das Crianças*. Portugal: Porto Editora

Townsed, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. (6ª ed.) Rio de Mouro: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Limitadas

APÊNDICES

APÊNDICE I

Convocatória e-mail

Assunto: USF REALIZA II EXAME GRATUITO DA CAVIDADE ORAL

Caro utente,

A Unidade de Saúde Familiar vem por este meio relembrar que está a realizar gratuitamente o exame da cavidade oral (boca) a todas as crianças inscritas nesta Unidade, em idade de utilização de cheque-dentista, nascidas em 2007 e 2010, e que não tenham comparecido em janeiro.

Este projeto engloba uma equipa multidisciplinar, Enfermeiros, Médicos de Família e uma Médica Dentista, serão abordados conteúdos no âmbito da Promoção da Saúde, Higiene Oral, Alimentação Saudável e a Importância do Sorriso na Promoção da Autoestima da Criança.

Esta intervenção decorre no edifício da Unidade de Saúde Familiar, nos dias **30 de maio**, entre as **17h00 e as 20h00** e no dia **1 de junho** entre as **8h00 e as 19h00**.

A cárie dentária e as doenças periodontais são doenças orais muito prevalentes na população portuguesa, constituindo um sério problema de saúde pública. As doenças orais afetam a qualidade de vida e devem ser prevenidas, detetadas e tratadas desde cedo.

Esperamos por vocês!

APÊNDICE II

Cartaz-Convite

II Semana da Saúde Oral da USF

Sabia que as doenças orais constituem um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil?

A USF irá realizar gratuitamente o exame da cavidade oral (boca) a todas as crianças nascidas em 2007 e 2010.

Este projeto engloba uma equipa multidisciplinar, Enfermeiros, Médicos de Família e uma Médica Dentista, e serão abordados conteúdos no âmbito da Promoção da Saúde, Higiene Oral, Alimentação Saudável e a Importância do Sorriso na Promoção da Autoestima da Criança.

Data:

29 e 30 de maio das 17h00 às 20h00

1 de junho das 8h00 às 19h00

Local:

Esperamos por vocês!

APÊNDICE III

Plano de Sessão da sessão de esclarecimento realizada à equipa multidisciplinar da USF

Plano de Sessão

Tema da ação: "II Semana da Saúde Oral"

Destinatários: Equipa multiprofissional da Unidade de Saúde Familiar

Formadores:

- Marta Ferreira

Local:

- Sala de Reuniões
- Unidade de Saúde Familiar

Data: 17 maio de 2018

Hora: entre as 12h e as 13h30

Duração: 10 minutos

Objetivo Geral: Sensibilizar os profissionais de saúde da USF para o evento

Etapas	Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos/Técnicas Pedagógicas	Tempo	Formador
Introdução	- Apresentar formadores - Expor a temática - Clarificar os objetivos da sessão	- Nomes - Tema - Objetivos da sessão	- Método expositivo com recurso a data-show	2 min.	Marta
Desenvolvimento	- Apresentar os objetivos do projeto - Expor Metodologia do projeto - Abordar as intervenções a realizar - Especificar a avaliação das intervenções - Relembrar Programa Cheque-dentista - Definir conceitos	- Objetivos do Projeto - População-alvo - Data e horário - Local - Convocatória - Consulta de Enfermagem - Consulta médica - Avaliação das intervenções - Idades chave cheque-dentista - Quem emite cheque-dentista - Autoestima e Sorriso	- Método expositivo com recurso a data-show	6 min	Marta
Síntese	- Esclarecer dúvidas	- Eventuais dúvidas	- Método Interrogativo	2 min	Marta
Avaliação	Não foi realizada				

APÊNDICE IV

Slides da apresentação da sessão de esclarecimento

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

II Semana da Saúde Oral na USF

Marta Ferreira, aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa

Objetivos da sessão

- Sensibilizar os profissionais de saúde da USF para o evento
- Solicitar colaboração ativa nos dias 29, 30/5 e 1/06 aos enfermeiros e médicos

Objetivos do projeto

- Realizar prevenção primária na área da saúde oral às crianças da USF em idade prioritária de cheque-dentista (7 e 10 anos).
- Realizar prevenção secundária da patologia oral, com especial enfoque na cárie dentária, a todas as crianças da USF em idade prioritária de cheque-dentista.
- Sensibilizar as famílias para a importância da utilização do cheque-dentista/cheque-higienista.
- Promover a autoestima da criança através da promoção do autoconceito, autoimagem e importância da um sorriso saudável.

Metodologia

- População-alvo
  - Crianças nascidas em 2007 e 2010 (7 e 10 anos) inscritas na USF (353 crianças).
- Data e Horário
  - 29 e 30 de Maio (17h - 20h)
  - 1 de Junho (8 - 20h)
- Local
  - USF
  - Sala de Espera da Saúde Infantil e Gabinetes 15,16 e 17

Convocatória

- Primeira convocatória a 18 de maio , aos pais das crianças via e-mail
- A 28 de maio via email, será reforçada a convocatória, novamente via email
- Convite na consulta de Saúde Infantil e Juvenil ou sempre que oportuno
- Cartaz convite a expor na USF (duas salas de espera) a realizar
- Divulgação do evento em jornais do concelho

Intervenções

Consulta de Enfermagem

- Ensinos para a saúde acerca da higiene oral, alimentação saudável, importância do sorriso, esclarecimento de questões relacionadas com o cheque-dentista
- Preenchimento da folha de atividades (Hábitos de higiene oral, desenho do sorriso e frase…)
- Entrega de Folheto Informativo

Consulta Médica

- Realização de exame objetivo da cavidade oral
- Preenchimento ficha dentária
- Referenciação se necessário
- Preenchimento folha de avaliação da atividade

Idades chave para Cheque Dentista….

- 7, 10 e 13 anos Cheques Dentistas são entregues pela USP, nas escolas
- Nas Unidades poderão ser entregues cheque dentistas dos 3-6anos, idades intermédias e 15-16 anos

Avaliação das intervenções

- No final será distribuído uma folha à criança e acompanhante, de forma a avaliar a nossa intervenção (a realizar…)
- Compilação dos conteúdos de folha de atividades e folha de avaliação para construção de um cartaz a colocar na sala de espera…
- Apresentação futura nas jornadas do ACES

Autoestima/sorriso

- A atratividade facial desempenha um papel fundamental na interação social e está intimamente relacionada com a autoconfiança/autoestima
- O sorriso desempenha um papel importante na expressão facial e na aparência.

Autoestima / Sorriso

- Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva

CIPE, 2015, p. 42

- *…Conjunto das atitudes do indivíduo para consigo mesmo, não sendo um estado constante, antes dinâmico, podendo alterar-se conforme as experiências pelas quais se vai passando. (…) é ter confiança em si mesmo (…) na própria capacidade*

Frada e Neves,2017, p.2-3

Autoestima - Vantagens

- Quanto mais elevada é:
  - Melhor preparados estaremos para fazer frente às adversidades
  - Maiores probabilidades teremos de ser criativos na nossa atividade profissional
  - Mais possibilidades teremos de estabelecer relações pessoais enriquecedoras
  - Mais dispostos estaremos para tratar os outros com respeito
  - Mais alegria experimentaremos ao longo da nossa vida
- Está também associada à independência, à flexibilidade, à disposição para cooperar, à capacidade de alcançar metas dignas e exigentes, para fazer frente aos problemas e encontrar relações humanas gratificantes

Quintana, 2014

Questões?

Obrigada



APÊNDICE V

Plano de sessão da atividade

Plano de Sessão

Tema da ação: "II Semana da Saúde Oral" – Consulta de Enfermagem

Destinatários: Crianças nascidas em 2007 e 2010 (7 e 10 anos) inscritas na USF

Formadores:

- Marta Ferreira

Local:

- Gabinete nº e Sala de Espera
- Unidade de Saúde Familiar

Data: 29 e 30 de maio e 1 de junho de 2018

Hora: entre as 17h e as 20h (29 e 30/05) e entre as 8h00 e as 19h00 (01/06)

Duração: 20 minutos

Objetivos: Realizar ensinos para a saúde sobre higiene oral, alimentação saudável, prevenção primária na área da saúde oral às crianças da USF em idade prioritária de cheque-dentista (7 e 10 anos);
Sensibilizar as famílias para a importância da utilização do cheque-dentista;
Promover a autoestima da criança através da promoção do autoconceito, autoimagem e importância da um sorriso saudável.

Etapas	Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos/Técnicas Pedagógicas	Tempo	Formador
Introdução (Acolhimento)	- Apresentar formador - Clarificar os objetivos da atividade e da consulta	- Nome - Promoção da saúde oral, - Ensinos para a saúde	- Método expositivo	2 min.	Marta
Desenvolvimento	- Realizar ensinos para a saúde no âmbito da saúde oral - Promover a autoestima na criança - Esclarecer dúvidas acerca da utilização do cheque-dentista	- Ensinos para a saúde sobre: - Higiene Oral; - Alimentação Saudável; - Promoção do autoconceito, - Promoção da autoimagem - Importância do sorriso - Relação entre a higiene oral, o sorriso e a autoestima - Informações sobre a utilização e emissão do cheque-dentista	- Método expositivo	15	Marta
Síntese	- Relembrar as ideias fundamentais - Esclarecer dúvidas	- Importância da higiene oral para um sorriso saudável e a saúda da criança - Eventuais dúvidas	- Método expositivo - Método Interrogativo	3 min	Marta
Avaliação	Não foi realizada em contexto de Consulta de Enfermagem, mas após consulta médica.				

APÊNDICE VI

Atividade inicial

Na atividade inicial foram mantidas as frases de caracterização da criança e dos seus hábitos de escovagem dos dentes e foram acrescentadas as questões relativas à autoestima:

- É importante ter um sorriso saudável porque
- O meu sorriso é assim:

II SEMANA DA SAÚDE ORAL NA USF



Olá! Chamo-me_____ ,

tenho _____ anos e a minha comida favorita é _____.

Costumo escovar os dentes _____ vezes por dia, durante

_____ minutos.

É importante ter um sorriso saudável porque

_____

_____

_____

O meu sorriso é assim:

USF, Maio/Junho de 2018

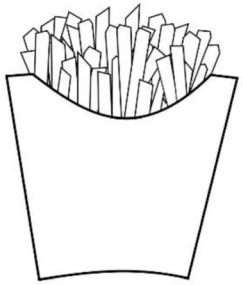
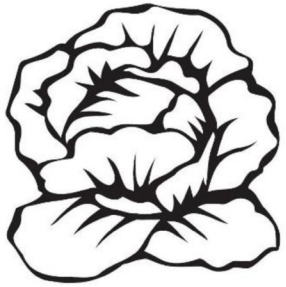
APÊNDICE VII

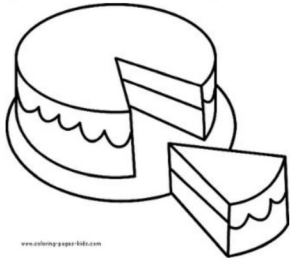
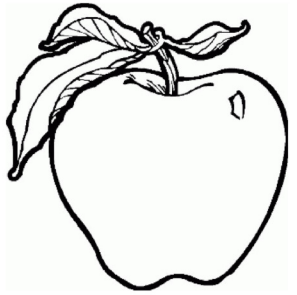
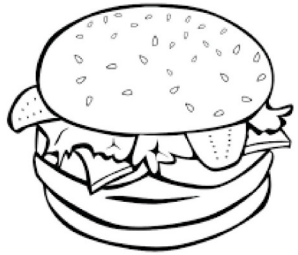
Atividade “Alimentação Saudável”

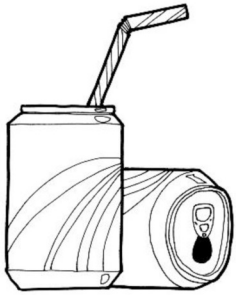
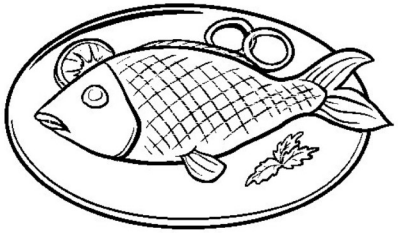
A atividade da alimentação saudável foi reformulada a partir de uma atividade realizada na primeira edição da Semana da Saúde Oral. Na atividade da II semana da Saúde Oral foram colocas as imagens dos alimentos para as crianças pintarem os alimentos saudáveis apenas.

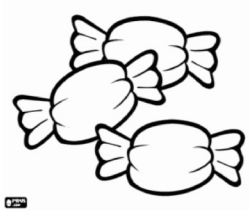
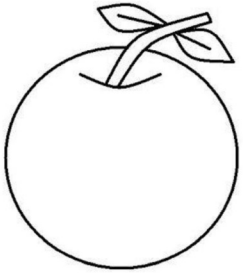
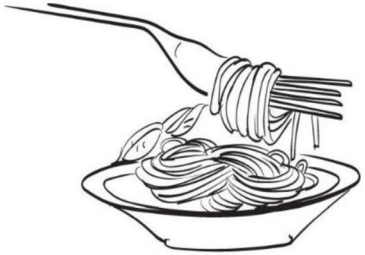
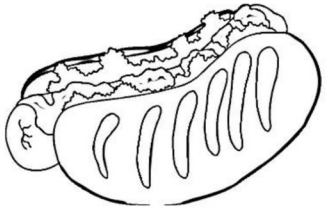
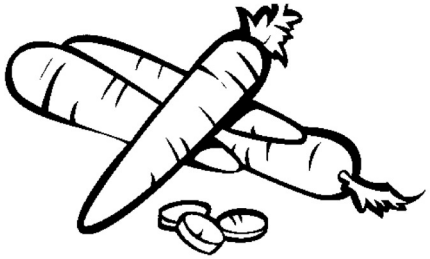
Alimentação Saudável

Pinta os alimentos que são saudáveis para ti e para os teus dentes:


APÊNDICE VIII

Documento de Suporte Teórico da Consulta de Enfermagem

II Semana da Saúde Oral

Consulta de Enfermagem Semana da Saúde Oral
Suporte Teórico

Conteúdos:

Alimentação Saudável e Higiene oral

Ensinos para a saúde

- Higiene Oral
- Alimentação Saudável

Promoção da autoestima através do autoconceito (sorriso)

Cheque dentista

Alimentação Saudável e Higiene oral

Para esta atividade foram selecionadas as seguintes intervenções de Enfermagem (Dochterman e Bulechek, 2008):

- **Promoção da saúde oral**
  - Orientar quanto à necessidade de uma rotina diária de cuidado oral
  - Monitorar a mucosa oral regularmente
  - Promover exames dentários regulares
  - Ensinar e encorajar o uso de fio dental

- **Manutenção da Saúde oral**
  - Estabelecer uma rotina de cuidado oral
  - Orientar e auxiliar o cliente a fazer a higiene oral após as refeições e sempre que necessário
  - Facilitar a escovagem dos dentes e o uso de fio dental a intervalos regulares
  - Recomendar o uso de escova dental com cerdas macias
  - Orientar a pessoa a escovar os dentes, as gengivas e a língua

- Recomendar uma alimentação saudável e uma ingestão adequada de água

Ensinos para a saúde: Higiene oral

- Técnicas de higiene oral

Escovagem dos dentes – A escova

A escova de dentes deve ter um tamanho adequado à boca de quem a utiliza (as embalagens referem as idades a que se destinam).

Os seus filamentos devem ser de nylon com extremidades arredondadas e textura macia. As escovas devem ser trocadas quando os filamentos começam a ficar deformados (a escova quando utilizada 2 vezes por dia dura cerca de 3-4 meses). Os mesmos princípios aplicam-se às escovas elétricas.

Escovagem dos dentes – O dentífrico

O dentífrico utilizado deve conter fluoreto numa dosagem de cerca de 1000-1500 ppm. A quantidade a utilizar em cada uma das escovagens deve ser semelhante (ou inferior) ao tamanho da unha do 5º dedo (dedo mindinho) da mão da criança. Não se recomendam dentífricos com sabores muito atrativos, pois pode levar as crianças a engoli-lo deliberadamente. Após a escovagem dos dentes é apenas necessário cuspir o excesso de dentífrico, podendo bochechar-se com um pouco de água.

Escovagem dos dentes - A técnica

A escovagem dos dentes, para ser eficaz, necessita ser feita com rigor e demora 2 a 3 minutos. A escovagem dos dentes deve ser feita duas vezes por dia, sendo uma delas obrigatoriamente, à noite, antes de deitar.

Técnica de escovagem dos dentes (com escova manual):

- inclinar a escova em direção à gengiva (cerca de 45º) e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares, de modo a que os pelos da escova limpem o sulco gengival (espaço que fica entre o dente e a gengiva);

- se for difícil manter esta posição, colocar os pelos da escova perpendicularmente à gengiva e à superfície do dente;

- escovar 2 dentes de cada vez (os correspondentes ao tamanho da cabeça da

escova), fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 caso sejam crianças até aos 6 anos) nas superfícies dentárias abarcadas pela escova;

- começar a escovagem pela superfície externa (do lado da bochecha) do dente mais posterior de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente da extremidade oposta desse maxilar;
- com a mesma sequência, escovar as superfícies dentárias do lado da língua;
- proceder do mesmo modo para fazer a escovagem dos dentes do outro maxilar;
- escovar as superfícies mastigatórias dos dentes, com movimentos de vaivém;
- por fim pode escovar-se a língua.

Aplica-se a mesma técnica quando se utiliza uma escova de dentes elétrica. O movimento da escova é feito automaticamente, não deve ser feita pressão ou movimentos adicionais sobre os dentes. A escova desloca-se ao longo da arcada, escovando um só dente de cada vez. A escovagem dos dentes com um dentífrico com flúor deve ser feita duas vezes por dia, sendo uma delas obrigatoriamente, à noite, antes de deitar.









(Fonte: https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Folheto_Escovagem_Dentes_Como_Fazer_i007736.pdf)

Uso do fio dentário

Pode ser usado a partir dos 8 anos (a partir do momento em que há destreza manual). O fio dentário deve ser utilizado uma vez por dia, de preferência à noite antes de deitar.

Técnica:

- retirar cerca de 40 cm de fio (ou fita) do porta fio;

- enrolar a quase totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão, deixando entre os dois dedos uma porção de fio, com aproximadamente 2,5 cm.

- Quando as crianças são mais pequenas, pode retirar-se uma porção mais pequena de fio, cerca de 30 cm, dar um nó juntando as 2 pontas, formando um círculo com o fio, não havendo necessidade de o enrolar nos dedos. É importante utilizar sempre fio limpo em cada espaço interdentário. Os polegares e/ou os indicadores ajudam a manuseá-lo;

- introduzir o fio, cuidadosamente, entre dois dentes e curvá-lo à volta do dente que se quer limpar, fazendo com que tome a forma de um "C";

- executar movimentos curtos, horizontais, desde o ponto de contacto entre os dentes até ao sulco gengival, em cada uma das faces que delimitam o espaço interdentário;

- repetir este procedimento até que todos os espaços interdentários, de todos os dentes, estejam devidamente limpos.





(Fonte: https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Folheto_Fio_Dentario_Como_Utilizar_i007737.pdf)

Etiologia e patogénese da cárie dentária

Na cavidade oral existem diversas comunidades microbianas. Uma delas é a placa dentária que tem na sua flora bactérias acidúrias e acidogéneas. Na presença de determinados fatores ambientais estas bactérias são responsáveis pelo processo de cárie dentária. Um desses fatores é a ingestão de açúcar. Estas bactérias têm a capacidade de fermentar os açúcares e produzir ácido diminuindo o pH da placa dentária contribuindo para o aparecimento de outras bactérias acidúrias e acidogéneas. Quantas mais bactérias produzirem ácido menor será o pH da superfície do dente causando a desmineralização do esmalte dentário. Estes longos períodos de acidez e desmineralização levam à cavitação.

A saliva desempenha um fator importante na remineralização do dente pois aumenta o pH da superfície do dente, fornece um ambiente rico em cálcio e fosfato e contribui para a limpeza da cavidade oral.

Também o fluor desempenha um papel importante na prevenção da cárie pois inibe a desmineralização da superfície do dente, aumenta a remineralização fazendo com que a superfície dentária seja mais resistente a ácidos e inibe as enzimas bacterianas. O fluor podemos encontrar nos dentífricos, colutórios e na água.

(Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, 2005; American Academy of

Pediatrics, 2014)

Ensinos para a Saúde: Alimentação saudável

A saúde oral e a alimentação estão relacionadas uma vez que os nutrientes têm influência no desenvolvimento craniofacial, no cancro oral, nas doenças infeciosas orais, no desenvolvimento da cárie dentária e na erosão do esmalte dentário.

Uma alimentação saudável contribui para a saúde dos dentes e gengivas. Para uma boa saúde oral recomenda-se o consumo dos seguintes alimentos:

- Os lacticínios (queijo, o leite simples e os iogurtes não açucarados) são ricos em cálcio e fósforo e protegem os dentes da cárie dentária.

- As cenouras e vegetais são alimentos ricos em água, fibra, vitaminas e minerais. Como demoram mais tempo a mastigar fazem com que se produza mais saliva. Esta é importante pois ajuda a limpar os dentes e a protegê-los das bactérias.

- A fruta fresca contém vitaminas e fibras que são fundamentais para os dentes e gengivas.

- As gorduras, como o azeite e os alimentos ricos em proteína, como o peixe, a carne e as leguminosas (exemplo: grão, feijão, ervilhas), fazem parte de uma alimentação saudável e também ajudam a proteger os dentes e as gengivas de várias doenças.

Deve ser evitado o consumo de alimentos com açúcar pois o açúcar serve de alimento para as bactérias que existem na boca. Estas transformam-no em ácido que destrói o esmalte dos dentes.

O consumo regular de bolos, bolachas, gomas, rebuçados, chupas, chocolates deve ser evitado (devem ser consumos apenas em ocasiões especiais ou uma vez por semana). Também os alimentos folhados, batatas fritas, flocos de cereais açucarados, ketchup, pão dos hamburgers e dos cachorros, comida pré-cozinhada devem ser evitados pois alguns contém açúcar, e os que não contêm são transformados em açúcar na boca. Os sumos e refrigerantes também devem ser evitados pois contêm açúcar e ácidos que corroem os dentes criando cáries.

O risco de cárie dentária aumenta quando se consome açúcar mais do que quatro vezes por dia ou quando o seu consumo é superior a 50 gramas (cerca de 12 colheres de chá). É importante reforçar aos pais que devem ler os rótulos dos alimentos para verificar a quantidade de açúcares adicionados.

Encorajar a criança a beber água entre as refeições (ingestão de fluor).

(http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt; Federação Internacional Dentária e

Direção-Geral de Saúde, 2017; Pereira, et al, 2014; American Academy of Pediatrics, 2014)

Promoção da autoestima através do autoconceito (sorriso)

Uma boca saudável permite falar, sorrir, cheirar, provar, mastigar e transmitir emoções com confiança. Cuidar dos dentes é cuidar da nossa saúde (Federação Dentária Internacional e Direção Geral de Saúde, 2017)

As doenças orais podem ter impacto na vida do indivíduo, afetando o relacionamento interpessoal, a autoconfiança e até o prazer em apreciar a comida. Também pode conduzir ao isolamento social, fazer com que evite rir ou sorrir e interagir com os outros, fazer com que se sinta embaraçado por causa da aparência dos dentes e da perceção que as outras pessoas têm sobre a sua saúde oral (Federação Dentária Internacional e Direção Geral de Saúde, 2017). Portanto é importante ter bons hábitos de higiene oral de forma a ter um sorriso saudável.

A autoestima pode definir-se como "autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva" (OE, 2016, p. 42) ou como o "grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos" (Townsend, 2011, p. 250).

O autoconceito define-se como "a componente cognitiva ou de pensamento do self, e geralmente refere-se à totalidade de um sistema complexo organizado e dinâmico de crenças apreendidas, atitudes e opiniões que cada pessoa tem como verdadeiras sobre a sua existência pessoa" (Huitt, 2004, citado por Townsend, 2011, p.250) e é composto pela autoestima e pela imagem física. A autoestima é "influenciada pelas perceções de como um individuo é visto pelas pessoas significativas" (Townsend, 2011, p.250). Não nasce com a criança, mas é educável desde o nascimento e ao longo de toda a sua vida (Frada & Neves, 2017). Compreende-se assim a importância de promover a autoestima na criança

A autoestima está relacionada com a avaliação pessoal do nosso autoconceito (diferença entre o eu percecionado e o eu ideal) e pode também definir-se como o grau relativo de valor ou aceitação que as pessoas consideram que o seu autoconceito tem (Plummer, 2012).

Relativamente ao autoconceito da criança, este é influenciado pelos seus cuidadores, amigos e professores. Quanto mais positivo for o autoconceito da criança mais bem-sucedida será no futuro, sentir-se-á amada e capaz de dar contribuições positivas (Hockenberry e Wilson, 2011). Na fase escolar as crianças têm uma perceção relativamente precisa e positiva de si mesmas em termos físicos, sendo a cabeça a parte mais importante da sua autoimagem (Hockenberry e Wilson, 2011).

Estando a autoestima relacionada com o autoconceito torna-se então pertinente a realização de intervenções relacionadas com a promoção do autoconceito. Assim para esta atividade foram selecionadas as seguintes intervenções de Enfermagem (Dochterman e Bulechek, 2008):

- **Melhora da Autoestima**
  - Monitorar as afirmações do cliente em relação à autoestima
  - Encorajar o cliente a identificar os seus pontos positivos
  - Reforçar os pontos pessoais positivos identificados pelo cliente
  - Auxiliar o cliente a reexaminar perceções negativas acerca de si mesmo
  - Proporcionar ambiente e atividades que aumentem a autoestima
  - Orientar os pais sobre a importância do seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo dos filhos
  - Fazer afirmações positivas sobre o cliente

- **Melhora da auto perceção**
  - Auxiliar o cliente a identificar atributos positivos de si mesmo

- **Melhora da imagem corporal**
  - Determinar as expectativas do cliente em relação à imagem corporal com base no estádio de desenvolvimento
  - Usar o desenho de autoimagem como um mecanismo para avaliar as perceções de uma criança quanto à sua imagem corporal

- Orientar as crianças sobre as funções das várias partes do corpo, quando apropriado

- **Arteterapia – promoção da comunicação por meio de desenhos ou de outras formas de arte**
  - Usar o desenho de figura humana para determinar o autoconceito do cliente
  - Encorajar o cliente a descrever o desenho ou a criação artística

- **Melhora do desenvolvimento: criança**
  - Construir uma relação de confiança com a criança
  - Auxiliar cada criança a tornar-se consciente de que é importante como individuo
  - Auxiliar a criança a aprender as habilidades de autocuidados (alimentar-se, usar o vaso sanitário, escovar os dentes, lavar as mãos, vestir-se)
  - Oferecer materiais para construir, desenhar, modelar em argila, pintar e colorir

Cheque dentista

Os cheques dentista são entregues pela Unidade de Saúde Pública nas escolas aos 7, 20 e 13 anos.

Em função da decisão clínica do médico-dentista aderente e tendo em atenção que o tratamento precoce é sempre prioritário, a intervenção correspondente a cada cheque deverá ser a seguinte:

- Aos 7 anos o 1º Cheque-dentista destina-se ao tratamento ou à aplicação de selantes de fissura em 2 dentes, primeiros molares.

O 2º cheque-dentista destina-se ao tratamento de todas as outras situações de doença que afetem dentes permanentes ou à aplicação de selantes nos restantes molares sãos.

- Aos 10 anos, o 1º cheque-dentista destina-se ao tratamento de dois dentes permanentes ou à aplicação de selantes de fissuras em 2 dentes pré-molares.

O 2º cheque-dentista destina-se ao tratamento de todas as outras situações que afectem dentes permanentes ou à aplicação de selantes nos restantes pré-molares.

- Aos 13 anos, o 1º cheque-dentista destina-se ao tratamento de dois dentes permanentes ou à aplicação de selantes de fissuras em 2 dentes segundos molares.

O 2º cheque-dentista destina-se ao tratamento de todas as outras situações que afetem um 3º ou 4º dente permanente ou à aplicação de selantes nos segundos molares sãos.

O 3º cheque-dentista destina-se ao tratamento de todas as outras situações que afetem dentes permanentes e que exijam uma intervenção curativa ou preventiva.

Caso se verifique ser necessário repetir um tratamento/intervenção, até 6 meses após a sua realização, o respetivo médico aderente assumirá o compromisso de o efetuar, sem qualquer remuneração adicional.

Os cheques-dentista têm um prazo de validade até ao dia 30 do mês de Agosto subsequente à data da sua emissão.

O médico pode ser escolhido na lista pública de aderentes afixada na respetiva Unidade de Saúde ou no site da Direcção-Geral de Saúde - www.dgs.pt, no microsite Saúde Oral.

Às crianças com menos de 7 anos, idades intermédias e entre os 13 e os 14 anos pode ser emitido um cheque dentista, caso seja necessário.

Programa de saúde oral em saúde infantil

- População-alvo: Crianças de com idade inferior a 7 anos, com situações de considerável gravidade ponderadas por critérios de dor e grau de infeção.

- Cuidados abrangidos pelo cheque-dentista: O cheque-dentista Saúde Oral em Saúde Infantil dará acesso ao tratamento de dois dentes temporários com cárie.

- Acesso às consultas de medicina dentária: A atribuição do primeiro "cheque-dentista" será entregue pelo médico de família ao utente na Unidade Funcional do Centro de Saúde onde está inscrito.

Programa de saúde oral nas crianças e jovens idades intermédias

População-alvo: crianças de 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos que tiveram acesso ao Programa através da Saúde Escolar em ano anterior e que terminaram os Planos de

Tratamento.

Cuidados abrangidos pelo cheque-dentista: O cheque-dentista Saúde Oral e Crianças e Jovens Idades Intermédias dará acesso ao tratamento de dois dentes permanentes com cárie.

Acesso às consultas de medicina dentária: A atribuição do primeiro "cheque-dentista" será entregue ao utente pelo médico de família na Unidade Funcional do Centro de Saúde onde está inscrito.

(Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, 2015; Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Normalização de procedimentos, 2009; https://www.saudeoral.min-saude.pt)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Pediatrics (2014). Maintaining and Improving the Oral Health of Young Children. Pediatrics, 134(6), 1124-1229. Consultado a 22 de maio de 2018. Disponível em http://pediatrics.aappublications.org/content/134/6/1224.full-text.pdf

Circular Normativa n.º 01/DSE de 18/01/05 da Direção-geral da Saúde

Circular Normativa n.º 02/DSPPS/DCVAE de 09/01/09 da Direção-geral de Saúde

Despacho Ministerial n.º 153/2005 de 5 de janeiro de 2005. Diário da República nº3/05 – 2.ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa

Direção-Geral da Saúde (2018). Saúde Oral [em linha]. *Alimentação Saudável*. Acedido maio 15, 2018, em http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/saude-e-doenca-saude-oral/

Dochterman, J. M. & Bulechek, G. M. (2008). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (4ª ed.). São Paulo: Artmed

Federação Internacional Dentária e Direção-Geral da Saúde (2017). Como viver com uma boca saudável ao longo da vida [em linha]. *Ordem dos Médicos Dentistas*. Acedido maio 21, 2018, em https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/Brochura-Boca-Saudavel.pdf

Frada, C., & Neves, I. (2017). A promoção da autoestima na criança. *REVISTA DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN, Extr.*(01), 1-4. doi:https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.01.2843

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda

Ministério da Saúde (n. d.). Projetos / alargamento do programa - programa de saúde oral em saúde infantil [em linha]. *Programa Nacional de Promoção da Saúde Ora*l. Acedido em maio 15, 2018, em https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/portalMenu/GetInformationMenu.action;jsessionid=D9C9EA4FD4637EBA20400B33559BC4F4.pnpso_w1#

Ministério da Saúde (n. d.). Projetos / alargamento do programa - programa de saúde oral nas crianças e jovens idades intermédias [em linha]. *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Acedido maio 15, 2018, em https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/portalMenu/GetInformationMenu.action;jsessionid=D9C9EA4FD4637EBA20400B33559BC4F4.pnpso_w1#

Pereira, A. L., Ferreira, C. S., Graça, P., Calado, R. (2014). Saúde Oral e Alimentação [em linha]. *Alimentação Saudável*. Acedido em maio 15, 2018, em http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444902694Livro_SaúdeOraleAlimentação.pdf

Plummer, D. M. (2012). *Como Aumentar a Autoestima das Crianças*. Portugal: Porto Editora

Barreto, Al. (2015). *Educar com valores inteligentes*. (1ªed.). Madrid: Bookout, Lda.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. (6ª ed.) Rio de Mouro: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Limitadas

APÊNDICE IX

Folheto informativo “Higiene oral”

É necessário educar os seus filhos relativamente à HIGIENE ORAL:

Na escola...

... mas principalmente em casa.

A higiene Oral...

Não passa só pela lavagem correta dos dentes, mas também pela alimentação!



O CONSUMO DE DOCES DEVE SER REDUZIDO!

> Para o lanche da escola as crianças devem levar pão, leite e fruta e não sumos ou bolos.



Leve o seu filho ao dentista regularmente!

Faça da lavagem dos dentes uma rotina!

Bibliografia:

- HOCKENBERRY, Marilyn J, WILSON, WINKELSTEIN, Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, Tradução da 7ª edição, Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2006, ISBN 85-352-1918-8

Sites Consultados:

- www.dgs.pt
- www.projectosementes.blogspot.com
- www.omd.pt

Rever em maio de 2019

SAÚDE INFANTIL

Higiene Oral



Foi acrescentada esta informação por não se encontrar no folheto e por se considerar pertinente. Este folheto será entregue também nas consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

HIGIENE ORAL

Porquê lavar os dentes ?

Para prevenir o aparecimento de problemas dentários que surgem devido à acumulação de restos de alimentos.



Os dentes devem ser lavados pelo menos 2 vezes por dia, durante 2 a 3 minutos, sendo uma delas antes de deitar.

Quando iniciar a Higiene Oral?

Mesmo antes da erupção dos primeiros dentes, devem limpar-se as gengivas do bebé com uma gaze humedecida com água, pelo menos uma vez ao dia, preferencialmente à noite.

Problemas mais frequentes:

> **Mau-hálito**

> **Doença periodontal:** doença inflamatória e degenerativa que envolve as gengivas e os tecidos de apoio dos dentes

> **Cáries** : Sinal de infeção.



Pode deixar os dentes escuros, causar dor ou não.

Uma Correta Escovagem dos Dentes

Passos:



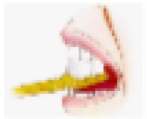
1º



2º



3º



4º



5º



6º

Escova de dentes:

> Objeto pessoal que não deve ser partilhado.



> Deve ser adequado ao tamanho da boca.

> A textura deve ser macia ou média.

> Deve ser substituída quando os seus pelos ficam deformados ou de 3 em 3 meses.

Dentífrico:



Pode utilizar a mesma pasta que os adultos.

Não é recomendado o uso de dentífricas com sabores muito atrativas.

O dentífrico deve conter na sua constituição entre 1000—1500 ppm de flúor.

A quantidade de pasta a colocar na escova é do tamanho da unha do 5º dedo (mindinho) da própria criança.

Fio Dentário:



> A partir dos 8 anos;

> Serve para limpar as sítios onde a escova não chega;

> Fazer movimentos curtos e horizontais, com cuidado para não ferir a gengiva.

APÊNDICE X

Tabela registo das crianças que participaram na atividade

Data	Número de utente	Ano de nascimento	Utilização de cheque dentista	Convocatória via e-mail	Outra convocatória
29/mai		1999	Já utilizou cheque dentista		x
		2001	Já utilizou cheque dentista		x
		2007	Não sabe/não respondeu	x	
30/mai		2007	Não sabe/não respondeu		x
		2005	Não sabe/não respondeu		x
		2012	Não está em idade cheque-dentista		x
		2008	Não sabe/não respondeu		x
01/jun		2007	Recebeu um cheque dentista ainda não usou		x
		2012	Não está em idade cheque-dentista		x
		2014	Não está em idade cheque-dentista		x
		2010	Recebeu cheque dentista ainda não usou	x	
		2010	Não recebeu cheque dentista		x
		2007	Recebeu cheque dentista ainda não usou	x	
		2012	Não está em idade cheque-dentista		x
		2010	Recebeu, mas não usou	x	
		2007	Recebeu e já utilizou um, o segundo ainda não utilizou	x	
		2007	Recebeu e já utilizou os dois	x	

APÊNDICE XI

Questionário de avaliação da atividade

II SEMANA DA SAÚDE ORAL NA USF



Antes de ires embora gostaríamos de saber a tua opinião acerca desta atividade:

Hoje foi um dia diferente para ti? (coloca um X na tua resposta)

Sim ☐ Não ☐

Gostaste de vir ao Centro de Saúde? (coloca um X na tua resposta)

Sim ☐ Não ☐

Aprendeste algo de novo? (coloca um X na tua resposta)

Sim ☐ Não ☐

Gostaríamos que fizesses um desenho ou escrevesses uma frase sobre o dia de hoje:

Obrigada!

APÊNDICE XII

Autocolantes “Eu Fui à II Semana da Saúde Oral”


Eu fui à II Semana
da Saúde Oral


Eu fui à II Semana
da Saúde Oral

APÊNDICE XIII

Resultados Exame Cavidade Oral

Ano Nascimento	Nº utente	Visitas prévias ao Dentista		Dentição Decídua				Dentição permanente				Outros achados
		Sim	Não	Dentes cariados	Dentes obturados	Agenesias	Extrações	Dentes cariados	Dentes obturados	Agenesias	Extrações	
2008		1										Selantes nos molares
2007		1										
2007		1		Sim (1)				Sim (2)				
2012		1										
2012		1										
2014			1									
2007		1						Sim (1)				Selante nos posteriores
2010			1									
2005		1						Sim (2)				
2010		1										
2001		1						Sim (2)				Selante em todos os posteriores
2007		1			Sim (2)							restos alimentares
1999		1										realizou branqueamento
2010		1										
2007		1						Sim (2)				
2007		1						Sim (1)			Sim (1)	Selante molares
2012			1									

ANEXOS

ANEXO I

Ficha Dentária

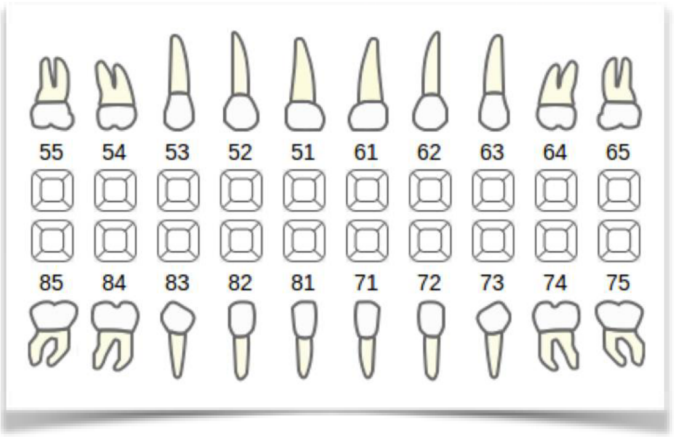
SEMANA DA SAÚDE ORAL NA USF Maio/Junho 2018

Ficha dentária

Nome: Data de nascimento:

N. Processo N. Utente:

Visitas prévias ao Médico Dentista: SIM NÃO



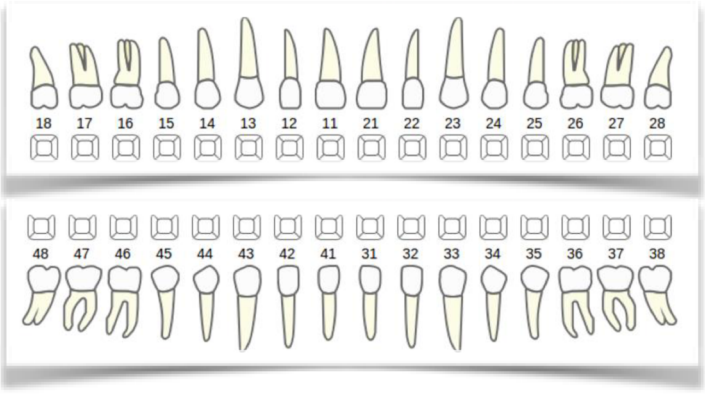
Dentição decídua

Dentes Cariados:

Dentes Obturados:

Agenesias:

Extracções



Dentição Permanente

Dentes Cariados:

Dentes Obturados:

Agenesias:

Extracções

Outros achados:

APÊNDICE VIII

Relatório de atividade:

Folheto e Cartaz Informativo sobre Higiene do Sono na Adolescência

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de atividade

Folheto e Cartaz Informativo sobre Higiene do Sono na Adolescência

Unidade Curricular:

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, junho de 2018

INTRODUÇÃO

No decorrer da primeira semana de estágio tive a oportunidade de assistir a 25 Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, onde foi possível observar o modo de funcionamento das mesmas e qual o papel do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Esta observação permitiu-me obter diversas informações para a elaboração do meu diagnóstico de situação.

Ao longo dessa semana e durante a realização das consultas constatou-se que um dos problemas de saúde que tem vindo a ganhar expressão é a alteração do padrão de sono dos adolescentes.

Um estudo realizado por Pinto et al. (2016), revela que os adolescentes dormem menos de oito horas por noite. Apesar de durante a semana os adolescentes dormirem menos, eles tentam compensar esse défice ao fim de semana, "estes dormem bastante menos do que deveriam, durante a semana, e bastante mais do que o desejável, ao fim-de-semana" (Pinto et al., 2016, p. 346), sendo que os próprios reconhecem que o seu "sono não tem a duração adequada, o que pode comprometer o seu desenvolvimento saudável." (Pinto et al., 2016, p. 346).

Foi realizada em cada Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil uma entrevista semiestruturada a cada adolescente com o objetivo de avaliar o seu padrão de sono. As questões colocadas foram as seguintes:

- Quantas horas dormes por noite?
- Como avalias o teu sono?
- De manhã como te sentes? Descansado/com energia ou cansado e sonolento?
- Qual a tua rotina antes de te deitares? Usas o telemóvel antes de te deitares?

Os adolescentes observados na consulta relataram dormir menos de 8 horas por noite, uns porque se deitam tarde apenas, outros ficam a ver televisão até tarde e outros ficam a trocar mensagens no telemóvel com amigos/namorados até tarde (alguns até se levantam a meio da noite para o fazer). No geral os adolescentes referiram que o seu sono é tranquilo e de manhã se sentem descansados.

Sabe-se que a promoção de um padrão de sono saudável e regular é preditor de uma boa saúde mental e é imprescindível para um desenvolvimento físico, mental e intelectual saudável (Associação Portuguesa de Sono e Sociedade Portuguesa de Pediatria, n. d.). A falta de descanso nos adolescentes tem influência na sua qualidade de vida e acarreta inúmeras consequências para a sua saúde e desenvolvimento, nomeadamente aumento do

risco de acidentes e aumento da probabilidade de desenvolvimento de algumas doenças (diabetes, hipertensão, obesidade, depressão, insónia), variações de humor e aumento da sonolência diurna, ansiedade, baixa autoestima, raciocínio lento, perda de memória, agressividade, violência, abuso de substâncias e comportamentos de risco mais acentuados, insucesso escolar e dificuldades cognitivas (Pinto, et al, 2016; Del Ciampo, et al, 2017).

O Enfermeiro Especialista de Enfermagem da Criança e do Jovem atua em diversas áreas, tais como "a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco (…); a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1). Tem como missão prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporcionar educação para a saúde em qualquer contexto em que essa se encontre e de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2011) sendo da sua responsabilidade assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Perante o exposto pode-se então considerar que a promoção da higiene do sono é uma temática que faz parte da área de atuação do Enfermeiro Especialista de Enfermagem da Criança e do Jovem.

Estando então o sono relacionado com o desenvolvimento do adolescente, e de acordo com os dados recolhidos durante a consulta de Saúde Infantil e Juvenil, selecionou-se este problema como foco para o desenvolvimento de atividades durante o estágio e levantou-se o seguinte diagnóstico de Enfermagem "**Padrão de Sono Prejudicado**" Herdman, T. H., Kamitsuru, S., 2015). Definiu-se como objetivo "Desenvolver atividades promotoras de hábitos saudáveis de higiene do sono no adolescente no âmbito da consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil". Selecionou-se como atividade, que desse resposta a este objetivo, a elaboração de um cartaz informativo e de um folheto informativo de apoio à realização das consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil para pais/adolescentes sobre a higiene do sono no adolescente. Esta atividade teve como base a seguinte intervenção de Enfermagem e respetiva atividade: "**Melhora do Sono**" - oferecer folheto com informações sobre técnicas para incremento do sono (Dochterman, Bulechek,

2008).

Estava definido inicialmente no projeto individual apenas a realização de um folheto informativo, mas, após discussão com a enfermeira orientadora, constatou-se que seria importante elaborar também um cartaz informativo que ficasse exposto na sala de espera, pois seria uma forma de chamar a atenção aos adolescentes para esta temática.

REVISÃO DE LITERATURA

O cartaz e o folheto informativo foram elaborados a partir de uma revisão de literatura realizada pela estudante da qual foram extraídas as informações que se apresentam.

Sono

O sono define-se como um estado de comportamento reversível com modificações do nível de consciência e da responsividade a estímulos internos e externos (Del Ciampo, 2012). É uma função natural básica e corresponde a um período de diminuição do estado de consciência e menor mobilidade física. Apesar disso o organismo mantém uma atividade intensa que permite o crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central, o restabelecimento de vários sistemas, a recuperação de energia, o assegurar de várias funções hormonais e a capacidade de defesa às infeções (Associação Portuguesa de Sono, Sociedade Portuguesa de Pediatria, n. d.).

É um estado muito complexo que tem como função "reorganizar todas as nossas funções e garantir a nossa recuperação física e psíquica. Durante o sono há renovação celular, produção de hormonas e anticorpos assim como síntese de proteínas e regulação metabólica. Nas crianças o sono contribui de forma importante para o seu crescimento corporal" (Vasconcelos, et al, 2017, p.2).

Há dois mecanismos biológicos que, em consonância com os estímulos ambientais, são responsáveis pela regulação do sono:

- Circadiano: responsável pelo aumento da propensão do sono na fase escura do dia

-Homeostático: relaciona-se com o aumento de propensão do sono durante o dia e sofre o efeito de possíveis dívidas de sono (Del Ciampo, 2012).

Sono e adolescência

A adolescência é um período de maior independência e surgimento de novos papéis sociais que afetam o comportamento, incluindo o sono (Tarokh, Salitin e Carskadon, 2016).

O sono também desempenha um papel fundamental no desenvolvimento físico e emocional dos adolescentes tendo um papel ativo na construção do cérebro do adolescente (Del ciampo, et al, 2017; Tarokh, salitin e carskadon, 2016).

Durante a adolescência há mudanças fisiológicas relacionadas com a regulação circadiana dos ciclos de sono-vigília que contribuem para o atraso no início do sono, o que explica a tendência que os adolescentes têm de atrasar a hora de deitar e consequentemente preferirem atividades ao fim do dia (Wiggins and Freeman, 2014). Há um atraso no ciclo

circadiano e alterações no sistema de regulação do sono homeostático que proporciona maior tolerância à pressão do sono (Tarokh, salitin e carskadon, 2016). No adolescente a secreção da melatonina (hormona responsável pela necessidade de dormir) ocorre mais tardiamente o que também contribui para o atrasar do sono (Associação Portuguesa de Sono, Sociedade Portuguesa de Pediatria, n. d.).

O adolescente apresenta uma tendência para durante o fim de semana dormir mais – "oversleeping" – numa tentativa de compensar as horas de sono acumuladas. Este fenómeno também contribui para a rutura no ritmo circadiano e períodos reduzidos de alerta durante o dia (Del ciampo, et al, 2017).

Os aparelhos eletrónicos também afetam o sono do adolescente causando aumento da excitação mental, emocional e fisiológica e provocando perturbações do sono. A exposição eletrónica à noite é um potencial perturbador do sono assim como o uso de vários equipamentos eletrónicos ao mesmo tempo está associado a menor tempo de sono durante a noite e aumento da sonolência durante o dia. Ter uma televisão no quarto está associado com o dormir mais tarde durante a semana, latências de sono mais longas, menor tempo total de sono, acordar mais tarde nos fins de semana e maior sonolência durante o dia. A luz produzida pelos aparelhos eletrónicos pode alterar o ritmo circadiano suprimindo a produção de melatonina, resultado em dificuldade em adormecer a uma hora adequada (Owens, 2014).

O consumo de alimentos e bebidas com cafeína também alteram o sono (Owens, 2014).

Dormir as horas recomendadas está associado a melhores resultados de saúde: melhora da atenção, comportamento, memória, regulação emocional, qualidade de vida, saúde mental e física Paruthi et al (2016).

Horas de sono recomendadas (Vasconcelos, et al, 2017)

6-13 anos: 9 a 11 horas

14-17 anos: 8 a 10horas

18-25 anos: 7 a 9 horas

Horas não dormidas nunca são recuperadas! (Del Ciampo, 2012).

Consequências de dormir pouco

Dormir pouco acarreta várias consequências (Wiggins and Freeman, 2014; Owens, 2014; Del Ciampo, 2012; Paruthi et al, 2016; National Sleep Foundation, n. d.; Del ciampo,

et al, 2017; Pinto et al, 2016)

- Acidentes rodoviários
- Acne e outros problemas de pele
- Agressividade,
- Alterações de humor
- Ansiedade,
- Atraso desenvolvimento pubertal
- Aumento de peso
- Aumento de risco de acidentes, lesões, Hipertensão Arterial, obesidade, diabetes e depressão
- Aumento risco de Auto lesão
- Baixa autoestima,
- Comportamentos de risco
- Compromisso da criatividade, atenção, memória e desequilíbrio
- Consumo de substâncias
- Dificuldades cognitivas
- Falta de motivação e atenção
- Ideação suicida, tentativa de suicídio
- Insónia
- Insucesso escolar
- Predisposição para acidentes
- Problemas comportamentais e neurocognitivos – principalmente distúrbios de aprendizagem e défice de atenção
- Problemas emocionais (preocupação com a autoimagem, controle de agressividade)
- Sonolência
- Violência.

Higiene do sono

A higiene do sono pode definir-se como um conjunto de hábitos e rituais que permitem facilitar o início e a continuação do sono (Associação Portuguesa de Sono, Sociedade Portuguesa de Pediatria, n. d.). Pode também definir-se como uma variedade de práticas e hábitos diferentes que são necessários para se ter uma boa qualidade de sono durante a noite e um estado de alerta pleno durante o dia (National Sleep Foundation, n. d.). Inclui as práticas modificáveis diurnas e noturnas que influenciam positivamente o início,

manutenção qualidade e ambiente do sono (Cortese, et al, 2014).

Conselhos para uma boa higiene do sono:

- Adoção de uma rotina de deitar
- Hora de deitar e acordar consistente – para reforçar ritmo circadiano
- Quarto calmo, escuro e fresco
- Evitar produtos com cafeína
- Evitar atividades física
- Práticas regulares de atividade física superiores a 60 minutos
- Diminuição do tempo de ociosidade em frente ao computador/televisão
- Rotina mínima no período de sono (Cortese, et al, 2014)

- Ter um horário regular de sono: o horário de levantar e deitar deve ser o mesmo em todos os dias, não deve variar mais do que uma hora em fins de semana ou férias
- Ter rotina da hora de deitar: antes de deitar deve haver uma sequência habitual de atitudes para a preparação para o sono, como: banho, jantar, ida para o quarto, leitura, música, calma
- Ter ambiente do quarto sossegado e escuro, temperatura amena: o quarto deve ser sentido como um local agradável
- Desligar o equipamento eletrónico uma hora antes de dormir e deixá-lo fora do quarto
- A luminosidade e o ruído dos computadores, telemóveis, consolas de jogos, televisão, atrasam a chegada do sono e provocam despertares durante a noite
- Não ter fome ao deitar: a sensação de fome pode perturbar o adormecimento
- Evitar alimentos ou bebidas com estimulantes nas várias horas que antecedem o sono: várias bebidas (ex. coca-cola, refrigerantes, chá, café) e alimentos (ex. chocolates) contém cafeína, que podem perturbar o sono se ingeridos depois da hora do lanche
- Não ingerir líquidos excessivos ao deitar ou durante as horas noturnas: a necessidade de ir ao wc durante a noite pode levar a despertares repetidos.
- Evitar atividades vigorosas nas 2 horas que antecedem a hora de deitar: o exercício físico é muito importante, mas as atividades muito energéticas podem atrasar o sono" (Associação Portuguesa de Sono, Sociedade Portuguesa de Pediatria, n. d.)
- Manter o quarto fresco, calmo e escuro
- Consumir cafeína perto da hora de dormir pode prejudicar o sono, evitar café, chá, refrigerante e chocolate no final do dia para que possa dormir à noite. A nicotina e o álcool

também interferem no sono.

- Manter um horário de sono consistente, ajudará a se sentir menos cansado, pois permite que seu corpo fique em sincronia com seus padrões naturais

- Não comer, beber ou fazer exercícios algumas horas antes de dormir

- Evitar televisão, computador e telemóvel antes de dormir. Preferir atividades calmas e tranquilas antes de ir para a cama. Continue com atividades calmas e tranquilas e adormecerá com muito mais facilidade!

- Estabelecer uma rotina na hora de deitar (Tomar banho, ler um livro) isso ensina que é hora de deitar

- Evitar estimulantes como a cafeína e a nicotina perto da hora de dormir.

- Evitar alimentos que possam causar interrupções antes de dormir. Alimentos pesados ou ricos, alimentos gordurosos ou fritos, pratos condimentados, frutas cítricas e bebidas gaseificadas podem perturbar o sono

- Estabelecer uma rotina regular de sono - ajuda o corpo a reconhecer que é hora de dormir. Pode incluir tomar banho, ler um livro ou fazer alongamentos.

- Garantir que o ambiente de sono seja agradável.

- Desligar telemóveis e televisões, a sua luz brilhante afeta o sono (National Sleep Foundation, n. d.).

Foram também selecionadas algumas intervenções de Enfermagem que promovessem a melhora do sono no adolescente:

- Explicar a importância de um sono adequado

- Encorajar o cliente a estabelecer uma rotina ao deitar, de modo a facilitar a transição do estado de alerta ao estado de sono;

- Orientar o cliente a evitar ingerir próximo da hora de dormir alimentos e bebidas que interfiram no sono;

- Auxiliar o cliente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta, quando adequado;

- Orientar o cliente e as pessoas significativas sobre os fatores que contribuem para distúrbios do sono;

- Regular os estímulos ambientais, de modo a manter os ciclos normais dia/noite;

- Discutir com o cliente e com os familiares técnicas de incremento do sono (Dochterman & Bulechek, 2008).

CARTAZ E FOLHETO INFORMATIVO

A partir da revisão de literatura realizada foi selecionada a informação mais pertinente e foi elaborado um primeiro esboço do cartaz informativo:





Este primeiro esboço foi submetido a um pré-teste. Foram selecionados alguns adolescentes de um grupo de escuteiros (ao qual pertenço) e foi-lhes apresentado o cartaz. Estes analisaram o cartaz referindo que o mesmo era pouco atrativo, que o fundo era demasiado "infantil" (SIC) e que "nunca ninguém iria ler aquilo!" (SIC). Referiram ter

gostado do ícone no canto inferior direito, ficaram surpreendidos com o facto de que dormir pouco provocava acne e problemas de pele, razão pela qual se deu destaque a esta informação no cartaz, e ficaram satisfeitos ao saber que estão biologicamente programados para se deitarem mais tarde.

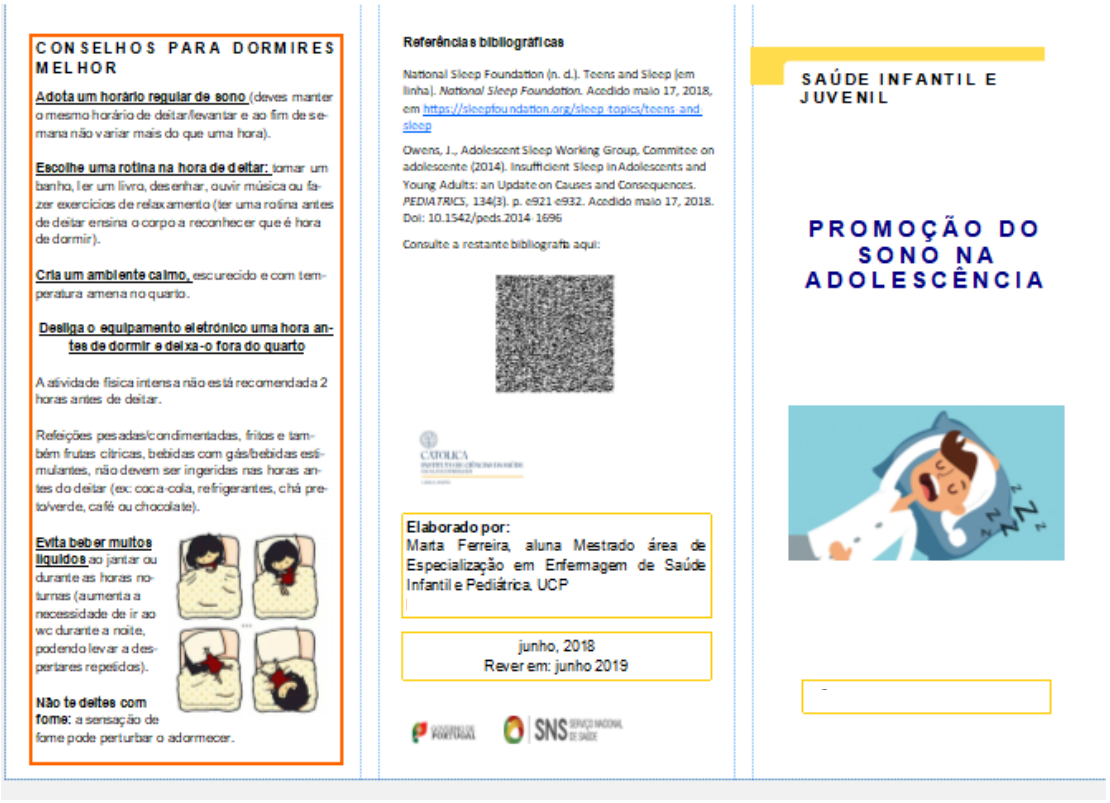
A partir das opiniões e sugestões dos adolescentes foi elaborado um segundo esboço do cartaz informativo.



Apesar de este segundo esboço já ir de encontro às opiniões recolhidas junto dos adolescentes sentiu-se a necessidade de o melhorar graficamente. Assim foi solicitada ajuda a uma designer, que se disponibilizou a colaborar connosco, e que reformulou o cartaz graficamente, tornando-o mais atrativo.



Após a realização do cartaz informativo foi elaborado o folheto informativo de apoio à realização das consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil para pais/adolescentes. Este foi elaborado a partir do cartaz e da revisão de literatura realizada para o mesmo. Decidiu construir-se este folheto não só para complementar o cartaz, até porque se considerou que muitos adolescentes poderiam não ler o cartaz, mas também porque durante o tempo da consulta nem sempre é possível abordar esta temática, tal como outras, e assim quer os adolescentes quer os pais terão acesso a esta informação, poderão lê-la sempre mais tarde e sempre que necessitarem.



CONSELHOS PARA DORMIRES MELHOR

Adota um horário regular de sono (deves manter o mesmo horário de deitar/levantar e ao fim de semana não variar mais do que uma hora).

Escolhe uma rotina na hora de deitar: tomar um banho, ler um livro, desenhar, ouvir música ou fazer exercícios de relaxamento (ter uma rotina antes de deitar ensina o corpo a reconhecer que é hora de dormir).

Cria um ambiente calmo, escurecido e com temperatura amena no quarto.

Desliga o equipamento eletrónico uma hora antes de dormir e deixa-o fora do quarto

A atividade física intensa não está recomendada 2 horas antes de deitar.

Refeições pesadas/condimentadas, fritos e também frutas cítricas, bebidas com gás/bebidas estimulantes, não devem ser ingeridas nas horas antes do deitar (ex: coca-cola, refrigerantes, chá preto/verde, café ou chocolate).

Evita beber muitos líquidos ao jantar ou durante as horas noturnas (aumenta a necessidade de ir ao wc durante a noite, podendo levar a despertares repetidos).

Não te deites com fome: a sensação de fome pode perturbar o adormecer.

Referências bibliográficas

National Sleep Foundation (n. d.). Teens and Sleep [em linha]. *National Sleep Foundation*. Acedido maio 17, 2018, em https://sleepfoundation.org/sleep-topics/teens-and-sleep

Owens, J., Adolescent Sleep Working Group, Committee on adolescente (2014). Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: an Update on Causes and Consequences. *PEDIATRICS*, 134(3). p. e921-e932. Acedido maio 17, 2018. Doi: 10.1542/peds.2014-1696

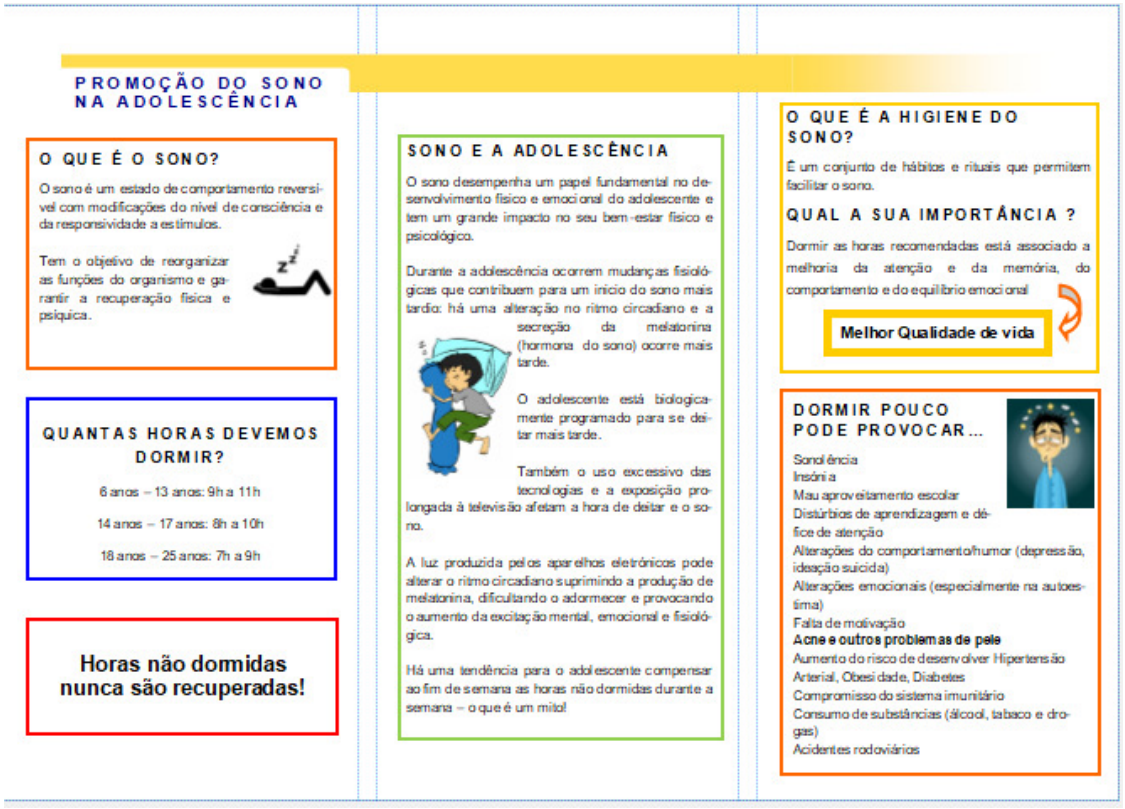
Consulte a restante bibliografia aqui:

Elaborado por:
Marta Ferreira, aluna Mestrado área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, UCP

junho, 2018
Rever em: junho 2019

SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

PROMOÇÃO DO SONO NA ADOLESCÊNCIA



AVALIAÇÃO

O cartaz e o folheto informático foram aprovados pelo conselho técnico da unidade de saúde, mas ainda aguardam aprovação por parte da médica responsável pela área de Saúde Infantil e Juvenil e da coordenadora da USF, uma vez que à data do término da elaboração do cartaz e do folheto a médica responsável pela saúde infantil ainda se encontrava de férias. Por esta razão não foi realizada a avaliação desta atividade. O cartaz será posteriormente afixado na sala de espera da USF e o folheto informativo será distribuído nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil assim que forem aprovados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Sono, Sociedade Portuguesa de Pediatria (n. d.). Higiene do Sono da Criança e Adolescentes – Ter um bom sono é um sonho possível [em linha]. *Associação Portuguesa de Sono*. Acedido maio 17, 2018, em http://www.apsono.com/docs/Sono_FINALConvertido.pdf

Cortese, S., Ivanenko, A., Ramtekkar, U., Andriman, M. (2014). *Sleep disorders in children and adolescentes: A practical guide*. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Acedido maio 17, 2018, em http://iacapap.org/wp-content/uploads/I-4-SLEEP-2014.pdf

Del Ciampo, L. A. (2012). O Sono na adolescência. *Adolesc. Saude*, 9(2), p. 60-66. Acedido maio 17, 2018, em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=317

Del Ciampo, L. A., Louro, A. L., Del Ciampo, I. R. L., Ferraz, I. S. (2017). Características de hábitos de sono entre adolescentes da cidade de Ribeirão Preto (SP). *J Hum Growth Dev*.; 27(3): 307-314. Acedido maio 15, 2018. Doi: http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.107097

Dochterman, J. M. & Bulechek, G. M. (2008). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (4ª ed.). São Paulo: Artmed

Herdman, T. H., Kamitsuru, S. (2015). Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definição e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed

National Sleep Foundation (n. d.). Teens and Sleep [em linha]. *National Sleep Foundation.* Acedido maio 17, 2018, em https://sleepfoundation.org/sleep-topics/teens-and-sleep

National Sleep Foundation (n.d.). Sleep Hygiene [em linha]. National Sleep Foundation. Acedido maio 17, 2018, em https://sleepfoundation.org/sleep-topics/sleep-hygiene/page/0/1

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Owens, J., Adolescent Sleep Working Group, Commitee on adolescente (2014). Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: an Update on Causes and Consequences. *PEDIATRICS,* 134(3). p. e921-e932. Acedido maio 17, 2018. Doi: 10.1542/peds.2014-1696

Pinto, T. R., Pinto, J. C., Rebelo-Pinto, H., Paiva T. (2016). O sono em adolescentes

portugueses: Proposta de um modelo tridimensional. *Análise Psicológica*, 4(XXXIV), p.339-352. Acedido maio 17, 2018. Doi: 10.14417/ap.1221

Tarokh, L., Saletin, J., Carskadon, M. A. (2016). Sleep in adolescence: physiology, cognition and mental health. *Neurosci Biobehav Ver.,* 70, p. 182-188. Acedido maio 15, 2018. Doi:10.1016/j.neubiorev.2016.08.008

Vasconcelos, A., Prior C., Estevão, H., Loureiro, H. C., Ferreira, R., Paiva, T. (2017). Recomendações SPS-SPP: Prática da Sesta da Criança nas Creches e Infantários, Públicos ou Privados. Acedido maio 15, 2018, em http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf

Wiggins, S. A., Freeman, J. L. (2014). Understanding Sleep during Adolescence. *Pediatric Nursing*, 40(2), p. 91-98. Acedido maio, 17, 2018 em http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=0344c53c-48a8-442b-9e0c-325c6849a8d3%40sessionmgr4007

APÊNDICE IX

Reflexão:

Atividades desenvolvidas e competências adquiridas

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Reflexão

Atividades desenvolvidas e competências adquiridas

Unidade Curricular:

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, junho de 2018

INTRODUÇÃO

A presente reflexão foi elaborada no âmbito do estágio da Unidade Curricular "A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica" realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF).

Refletir é examinar o pensamento e as ações pessoais. É um processo através do qual os profissionais compreendem melhor de que forma serão capazes de desenvolver os seus pontos fortes e contribui para uma tomada de decisão consciente. A reflexão motiva o profissional a melhorar a sua prática, aprendendo com as experiências e examinando-se a si mesmo. A reflexão permite também melhorar o raciocínio clínico o que se vai refletir nos cuidados prestados (Oluwatoyin, 2015).

Com esta reflexão pretende-se avaliar as atividades realizadas em contexto de estágio, em particular as consultas de Saúde Infantil e Juvenil, e quais as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que as mesmas permitiram adquirir. Esta reflexão funcionará ainda como uma intervenção do Enfermeiro na apreciação do desenvolvimento infantil, no sentido de integrar e avaliar um conjunto de cuidados promotores do desenvolvimento infantil e da saúde.

DESENVOLVIMENTO

O estágio da unidade curricular "A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica" realizou-se entre os dias 30 de abril e 16 de junho na USF.

No início do estágio foi elaborado um projeto de intervenção que desse resposta às necessidades observadas em contexto de estágio/necessidades relatadas pela equipa de Enfermagem. Este projeto tinha como objetivo geral desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito dos Cuidados de Saúde primários, com especial ênfase na temática da promoção da autoestima na criança e adolescente; e como objetivos específicos desenvolver atividades promotoras da autoestima na criança/adolescente que contribuam para a promoção da saúde mental da criança/adolescente; desenvolver atividades promotoras de hábitos saudáveis de higiene do sono no adolescente no âmbito da consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil e realizar consultas de Saúde Infantil e Juvenil, em conjunto com a equipa de Enfermagem da USF. Para cada objetivo específico foram desenvolvidas atividades que contribuíssem para o cumprimento de cada objetivo.

As atividades desenvolvidas foram a realização da II Semana da Saúde Oral da USF, onde se realizaram sessões de educação para a saúde e rastreios à cavidade oral a crianças com 7 e 10 anos (a descrição da atividade e respetiva avaliação encontram-se descritas no relatório de atividades da mesma), a elaboração de um folheto informativo de apoio à realização das consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil para pais/adolescentes e um cartaz informativo para adolescentes sobre a higiene do sono no adolescente e a realização de consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil dando ênfase, se oportuno, à temática da promoção da autoestima e da higiene do sono.

Relativamente à temática da higiene do sono no adolescente, a equipa multiprofissional da unidade de saúde mostrou-se bastante interessada na mesma, referindo que a falta de descanso do adolescente é uma problemática crescente e que é necessário reforçar junto dos adolescentes qual a importância do sono e como podem ter bons hábitos de higiene do sono. Assim como sensibilizar os pais para a importância de dormir as horas necessárias e alertar para os riscos de dormirem menos do que as horas recomendadas. Foram então elaborados um cartaz e um folheto informativo que dessem resposta a estas necessidades (descrição da atividade realizada em documento próprio). O cartaz e o folheto informático foram aprovados pelo conselho técnico da unidade de saúde, mas ainda aguardam aprovação por parte da médica responsável pela área de Saúde Infantil e Juvenil e da coordenadora da USF. O cartaz será posteriormente afixado na sala de espera da USF e o

folheto informativo será distribuído nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil assim que forem aprovados.

A realização de consultas de saúde infantil e juvenil foi outra atividade realizada por mim onde foi possível observar não só a dinâmica da mesma, mas também realizar algumas consultas. Pude observar o quão ricas e diversas são estas consultas, apesar de serem abordados os mesmos conteúdos. Nenhuma consulta é igual o que obriga o Enfermeiro a adaptar o seu discurso e as suas intervenções a cada criança e família, individualizando e personalizando os cuidados.

As consultas de saúde infantil e juvenil são realizadas pelo respetivo Enfermeiro de família e seguem os objetivos e recomendações do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral de Saúde, 2013, p.9-10):

- "Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) ou no eBoletim;

- Estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com:

    - A nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados;

    - A prática regular de exercício físico; o brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres e ambientes despoluídos; a gestão do stress;

    - A prevenção de consumos nocivos;

    - A adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes.

- Promover:

    - A imunização contra doenças transmissíveis, conforme o PNV;

    - A saúde oral;

    - A prevenção das perturbações emocionais e do comportamento;

    - A prevenção dos acidentes e intoxicações;

    - A prevenção dos maus tratos;

    - A prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada;

    - O aleitamento materno.

- Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como: malformações congénitas – doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo(s) não descido(s), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estaturo-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações neurológicas, alterações do comportamento e

do foro emocional e relacional.

- Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.

- Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças.

- Assegurar a realização do aconselhamento genético, sempre que tal esteja indicado, quer para os progenitores, quer para os adolescentes, se necessário, através da referenciação para serviços especializados.

- Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência, tais como: negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, bullying, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina.

- Promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido e promovendo a equidade de género.

- Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos."

Em cada consulta devem-se avaliar as "Preocupações dos pais, ou do próprio, no que diz respeito à saúde; Intercorrências desde a consulta anterior, frequência de outras consultas e medicação em curso; Frequência e adaptação ao infantário, ama, ATL e escola; Hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres; Dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial; Cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o PNV" (Direção-Geral de Saúde, 2013, p.12). Devem também ser efetuadas ações tendo em vista "a caracterização dos aspetos relacionais e a deteção precoce de situações rastreáveis, incluindo perturbações emocionais e do comportamento" (p.12) assim como a "avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar" (Direção-Geral de Saúde, 2013, p.12).

Nas consultas é também abordada a temática dos cuidados antecipatórios que, a meu ver, são a base dos cuidados de Enfermagem e influenciam diretamente o desenvolvimento da criança, pois são um fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, fornecendo aos pais e outros cuidadores os "conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em

particular no domínio dos novos desafios da saúde" (Direção-Geral de Saúde, 2013, p.7).

No decurso do estágio tive oportunidade de realizar diversas consultas de Saúde Infantil e Juvenil, em diferentes faixas etárias, o que me permitiu adquirir diversos conhecimentos, particularmente ao nível do desenvolvimento infantil e da diversificação alimentar no lactente, que identifiquei como necessidades formativas pessoais. Para colmatar estas necessidades realizei alguma pesquisa bibliográfica para assim obter novos conhecimentos e poder realizar as consultas de saúde infantil. Estas consultas também me permitiram aprofundar a temática da autoestima e do sono, particularmente na faixa etária da adolescência. Para poder trabalhar estes temas foi fundamental a pesquisa teórica e todo o estudo efetuado ao longo do estágio.

Outro aspeto interessante que foi observado durante as consultas foi o absentismo dos adolescentes à consulta de Enfermagem. Até aos 10 anos as crianças raramente faltam às consultas. A partir dos 10 anos, quando entram na fase da adolescência, a taxa de absentismo às consultas começa a aumentar. Talvez se possa relacionar esta situação com o facto de que ao entrar na adolescência o adolescente começa a ganhar autonomia para realizar as suas escolhas. Branje (2018) refere que as alterações hormonais relacionadas com a puberdade levam os adolescentes a lutar pela autonomia. Também nesta fase os pais começam a incutir nos filhos adolescentes algum sentido de responsabilidade e, como tal, supõe-se que deixem a obrigação de virem às consultas nas suas mãos. Apesar de este sentido de responsabilidade ser importante para o desenvolvimento dos adolescentes, os pais ainda são responsáveis pelos mesmos e como tal deveriam incentivar o adolescente a vir às consultas explicando-lhes a importância das mesmas. Penso que será importante reforçar este tema junto dos pais quando o filho se começa a aproximar da idade da adolescência de forma a reverter esta tendência. Ainda na faixa etária dos adolescentes foi interessante observar a dinâmica relacional entre pais e filhos que, se nuns casos é saudável e equilibrada, noutros é conflituosa necessitando de mediação por parte do Enfermeiro e o desenvolvimento de intervenções que possibilitem um relacionamento mais harmonioso. De forma a aprofundar este tema realizei uma reflexão acerca da situação o que me permitiu obter novos conhecimentos que me serão úteis para o meu futuro, enquanto Enfermeira Especialista.

Outro problema que se observa nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil é a dependência que os adolescentes apresentam em relação às novas tecnologias (telemóveis, redes sociais e internet) atribuindo-lhes uma grande importância para a sua vida. De acordo com Trumello, Babore, Candelori, Morelli, & Bianchi (2018) as novas tecnologias são uma

forma de o adolescente promover as relações sociais e explorar livremente um "mundo mais amplo". O estudo realizado por Feijão (2015) a adolescentes portugueses, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, revelou que a prevalência de uso da Internet nos últimos 7 dias variou entre os 92% aos 13 anos e os 98% aos 18 anos o que revela que a utilização da internet por parte dos adolescentes é constante, demonstrando um padrão de dependência. A maioria dos adolescentes utiliza a internet para aceder a redes sociais, como refere o mesmo estudo, sendo que nos últimos 7 dias 82% dos jovens com 13 anos e 92% dos jovens com 18 anos utilizaram a internet para aceder às redes sociais (Feijão, 2015).

Estudos recentes encontraram associações entre o uso de novas tecnologias e as necessidades típicas dos adolescentes, como a autoafirmação, a pertença e a construção da identidade. Apesar de as novas tecnologias poderem ter efeitos benéficos no adolescente o seu uso excessivo pode tornar-se problemático, podendo resultar numa grave disfunção psicossocial, que se pode tornar evidente em discussões e mentiras para parentes e amigos, mau desempenho, isolamento social e mesmo dependência. Os adolescentes estão mais vulneráveis a desenvolver comportamentos de adição em relação às novas tecnologias pois têm menor capacidade de autocontrole emocional (Trumello, Babore, Candelori, Morelli, & Bianchi, 2018).

Perante o exposto, a intervenção do Enfermeiro torna-se essencial para promover uma utilização saudável e adequada destas tecnologias de forma a evitar, no futuro, dependências assim como também comportamentos de risco que poderão estar associados ao mesmo.

Ainda no contexto da realização de consultas de saúde infantil e juvenil tive a oportunidade de realizar uma visita domiciliária a um recém-nascido onde pude observar os cuidados prestados e verificar o quão importante é a realização desta visita. A visita ao recém-nascido constitui-se um "elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade" (Direção-Geral de Saúde, 2013, p.7), porque os pais, especialmente os de primeiros filhos, têm muitas dúvidas acerca dos cuidados ao recém-nascido, sentindo-se perdidos e apresentando dificuldade na adaptação ao papel parental. A realização desta visita permite fazer a observação do recém-nascido, avaliar a amamentação, realizar o diagnóstico precoce, avaliar a vinculação, esclarecer todas as dúvidas relatadas pelos pais e desmistificar alguns mitos.

A importância destas consultas e deste acompanhamento justifica-se, porque proporciona um apoio objetivo de esclarecimentos sobre os recém-nascidos e serve de orientação no reconhecimento dos cuidados apropriados à maior estimulação possível do

potencial do desenvolvimento dessas crianças.

Estas consultas podem considerar-se também uma forma eficaz na deteção precoce de alterações no desenvolvimento, e assim poder intervir cedo nos fatores de risco, aumentando as possibilidades de sucesso dessas mesmas consultas.

Durante o decorrer do estágio tive também a oportunidade de prestar cuidados na sala de vacinação onde pude aprofundar conhecimentos ao nível do plano nacional de vacinação, mas também aplicar alguns dos meus conhecimentos acerca da utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor e algumas técnicas de distração para a realização da vacina.

Para que o trabalho do Enfermeiro Especialista tenha as maiores probabilidades de sucesso é necessário que haja uma boa comunicação com a criança/adolescente e a família, assim como uma boa gestão de cuidados primários. Ao refletir-se sobre as intervenções efetuadas abre-se uma discussão sobre o percurso realizado com o objetivo de alcançar metas propostas, com vista a um desenvolvimento harmonioso contribuindo de forma efetiva para uma boa evolução onde todos saiam a ganhar.

Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem como missão prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporcionar educação para a saúde em qualquer contexto em que essa se encontre e de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível e tem como competências gerais assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica atua em diversas áreas, tais como "a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco (…); a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

O Enfermeiro Especialista presta cuidados diferenciados à criança em parceria com a sua família desenvolvendo intervenções especializadas e individualizadas de forma a

prestar cuidados de excelência. Desta forma, ajuda a uma melhoria persistente da qualidade dos cuidados de Enfermagem assim como uma maior satisfação das crianças e adolescentes. A criança/adolescente, enquanto ser em desenvolvimento e crescimento, exibe uma necessidade de rever os processos de vida.

A realização deste estágio permitiu-me adquirir novos conhecimentos ao nível do desenvolvimento da criança e da organização dos cuidados de saúde primários e a sua importância, assim como novas competências, mas acima de tudo fez-me refletir sobre os cuidados que prestamos, especialmente enquanto futura Enfermeira Especialista, proporcionando-me uma perspetiva nova da Enfermagem.

Esta análise reflexiva, resulta de uma vivência das práticas de Enfermagem, possibilita o desenvolvimento de muitas competências na medida em que é de extrema importância, não existe apenas para conhecer por conhecer, facilita a aquisição de saberes e competências. Assim, o papel fundamental do Enfermeiro Especialista é mediar a relação entre indivíduos. Também é um procedimento educacional, posto que visa propiciar os meios para a formação de atitudes e convicções, no decorrer de um processo competente e verdadeiro, que usa as práticas do ensino da Enfermagem como atividade própria.

Deve ter especial atenção e preocupação em informar os pais sobre a importância das consultas dos filhos estabelecendo uma parceria de cuidados, criando um princípio de que os pais são os melhores aliados nos cuidados à criança e ao adolescente.

Enquanto futura Enfermeira Especialista trabalhei através da observação e da entrevista. Houve uma pretensão na área da comunicação com o adolescente, por forma a desenvolver competências de apoio às famílias, para que os objetivos propostos sejam alcançados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise reflexiva do meu percurso de estágio permitiu-me fazer um balanço da minha prestação enquanto futura Enfermeira Especialista, analisando e refletindo sobre a mesma. Permitiu-me também compreender qual o papel do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil e a diferença que este faz nos cuidados e permitiu-me também desenvolver algumas das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil fundamentais para este percurso académico onde me encontro.

Refletir permite-nos analisar e modificar as nossas intervenções de forma a melhorar os cuidados, permite-nos olhar a realidade de outra perspetiva, faz-nos pensar de outra forma e é fundamental para o nosso crescimento pessoal.

Oluwatoyin (2015) refere que as enfermeiras que dedicam tempo para refletir sobre as suas experiências quotidianas fornecem cuidados de Enfermagem aprimorados, têm melhor compreensão das suas ações, desenvolvendo as suas habilidades profissionais. Segundo Pereira-Mendes (2016, p.3) "o exercício reflexivo emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro" permitindo que "o saber experienciado e construído, sustente cautelosamente o futuro e o seu entendimento".

O exercício profissional de Enfermagem, assim como a sua reflexão, leva-nos a procurar um caminho que permita conseguir chegar aos problemas de saúde da criança/adolescente. Para se atingir um salto de qualidade, é necessário procurar a evolução e o alargamento de competências, nomeadamente uma renovação importante na formação e identidade profissionais. Isso implicará apreender a aprendizagem como um processo contínuo, redimensionando conceitos apoiados em novas ideias e valores, projetando-se no futuro, aliando teoria e experiência a uma atitude reflexiva permanente.

A reflexão funciona como uma ferramenta bastante útil e pode ser considerada como uma importante estratégia, a qual irá fortificar a sua autonomia profissional, direcionando-a às questões de saúde da população alvo.

Estas práticas tornam-se uma estratégia relevante para os enfermeiros que queiram fazer a diferença na sua trajetória profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Branje, S. (2018). Development Of Parent-Adolescent Relationships: Conflict Interactions as a Mechanism fo Change. Child Development Perspectives, 0(0), 1-6. doi: 10.1111/cdep.12278

Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Feijão, F. (2015). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências - 2015*. (s.l.): Serviço de Intervenção nos Comportamentos Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos Aditivos e nas Dependências e nas Dependências. Acedido maio 17, 2018 em http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Documents/2016/SICAD_ECATD_15_Sum%C3%A1rio_Executivo.pdf

Lia, P. (2016). Using Gibbs' Reflective Cycle. Obtido de https://www.kcl.ac.uk/campuslife/services/disability/onlineresources/StudyGuides/USING-GIBBS-REFLECTIVE-CYCLE-IN-COURSEWORK-DEC-2016-P-LIA.pdf

Oluwatoyin, F. E. (2015). Reflective Pratice: Implication for Nurses. IOSR Journal of Nursging and Health Science, 4(4), 28-33. doi:10.9790/1959-04432833

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Trumello, C., Babore, A., Candelori, C., Morelli, M., & Bianchi, D. (2018). Relationship with Parents, Emotion Regulation, and Callous Unemotional Traits in Adolescents' Internet Addiction. BioMed Research International, 2018, 1-10. doi:https://doi.org/10.1155/2018/7914261

APÊNDICE X

Diversificação Alimentar

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Diversificação Alimentar

Unidade Curricular:

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, junho de 2018

O presente documento foi elaborado para dar resposta a uma necessidade identificada por mim no decurso do estágio e durante a realização das consultas de saúde infantil e juvenil. O objetivo deste documento é realizar uma atualização de conhecimentos, na área da diversificação alimentar, de forma a poder fornecer orientações acerca da diversificação alimentar aos pais de lactentes observados na consulta.

Diversificação alimentar e desenvolvimento

O início da diversificação alimentar deve ter em conta não só a idade cronológica, mas também o desenvolvimento da criança. Nesta fase o lactente deve ser capaz de se sentar, deve ter controlo da cabeça e pescoço, deve demonstrar prontidão para texturas variadas de alimentos suplementares colocando as mãos ou brinquedos na boca, assim como inclinar-se para frente e abrir a boca quando estiver interessado em comida, e inclinar-se para trás e virar para longe quando não estiver interessado na comida ou não estiver com fome (Duryea & Fleischer, 2018). Aos 4 meses o lactente apresenta maior estabilidade maxilar e do pescoço e o padrão de sucção começa a modificar-se. Entre os 5 e os 8 meses ocorre uma transição progressiva das funções oromotoras com a passagem da sucção para a mastigação, desenvolvendo então a capacidade de mastigação devendo esse processo ser estimulado de modo a facilitar a integração na alimentação familiar (Guerra, et al., 2012).

Também é importante a criança apresentar competências motoras adequadas de forma a aceitar e engolir a comida de uma colher com segurança. Esta competência aparece entre os 4 e os 6 meses de idade, enquanto que aquelas requeridas para manusear alimentos irregulares (semi-sólidos) ou para se auto-alimentar (como defendido pelo "baby-led weaning") aparece mais tarde durante o primeiro ano. A partir dos 9 meses, a maioria dos lactentes é capaz de se alimentar, beber de um copo com as duas mãos e comer alimentos familiares com algumas adaptações (cortadas em pedaços e comidas com uma colher, ou "finger-food") (Fewtrell, et al., 2017)

Outra razão para se iniciar a diversificação alimentar está relacionada com a maturação da função renal e gastrointestinal que se encontraram suficientemente maduras aproximadamente aos 4 meses de forma a permitir que os lactentes consigam processar os alimentos (Fewtrell, et al., 2017).

Por outro lado, os lactentes apresentam até aos 4/5 meses de idade o reflexo de extrusão o que faz com que eles levantem a língua e a empurrem contra qualquer objeto colocado entre os lábios. Tentar dar comida a uma criança que ainda tem o reflexo de extrusão pode ser uma experiência frustrante e difícil, sendo que é uma das razões pela qual

se protela a introdução alimentar para depois dos 4/5 meses (Duryea & Fleischer, 2018).

Por estes motivos supracitados é que o início da diversificação alimentar deve acontecer entre os 4 e os 6 meses de idade. Duryea & Fleischer (2018) referem também que a introdução de alimentos sólidos antes dos 4/6 meses de idade pode interferir com a sua capacidade de ingerir um número adequado de calorias ou nutrientes e aumenta o risco de desenvolver alergias alimentares (Duryea & Fleischer, 2018; Fewtrell, et al., 2017).

Há um período crítico para a introdução de sólidos na alimentação do lactente. Se a sua introdução não ocorrer até aos 10 meses, aumentará o risco de dificuldades na alimentação com impacto negativo nos hábitos dietéticos em idades posteriores.

Método de Alimentação e consistência dos alimentos

A introdução dos alimentos é feita, tendencialmente, começando pela forma de puré e gradualmente acrescentando-se textura e consistência. Juntamente com as recomendações para atrasar a introdução de alimentos sólidos até aos 6 meses, tem surgido uma tendência para evitar o estágio inicial do "puré" e progredir diretamente para a “finger-food”. No método “baby-led weaning’’, o lactente alimenta-se sozinho com as suas mãos em vez de ser alimentado por um adulto, compartilhando os alimentos da família e as refeições. Essa abordagem pode fornecer ao lactente maior controle sobre a sua ingestão e encorajar pais mais responsivos. Tem se sugerido que este método melhora os padrões alimentares e reduz o risco de excesso de peso e obesidade. No entanto, ainda não existe muita evidência científica acerca desta temática, faltando dados sobre se os lactentes alimentados com este método obtêm os nutrientes suficientes, incluindo energia e ferro, ou se ingerem alimentos mais diversos. Essas questões precisam ser testadas em um RCT (Fewtrell, et al., 2017).

Os alimentos oferecidos ao lactente devem ter uma textura e consistência adequadas para o estádio de desenvolvimento do mesmo, de forma a estimular o desenvolvimento do movimento de báscula mandibular, precursor da mastigação, e garantindo a progressão para os alimentos do tamanho de um dedo e a autoalimentação (Guerra, et al., 2012; Fewtrell, et al., 2017).

O uso prolongado de alimentos em forma de puré deve ser desencorajado e os lactentes devem comer alimentos partidos em pequenos pedaços aos 8-10 meses, no máximo. Aos 12 meses, os lactentes devem conseguir beber por um copo (adaptado) (Fewtrell, et al., 2017)

Aleitamento materno

Quando o lactente faz aleitamento materno exclusivo significa que recebe apenas

leite materno e mais nenhum líquido, à exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou fármacos. O aleitamento materno exclusivo deve ser mantido durante os primeiros 6 meses de vida apresenta grandes benefícios para a saúde, constituindo-se a mais importante ação preventiva relativamente à ocorrência de doença alérgica e como tal deve ser mantido até esta idade, se possível (Guerra, et al., 2012). Está também associado à redução do risco de infeções gastrointestinais e respiratórias e à hospitalização por infeções (Fewtrell, et al., 2017).

A partir dos 6 meses de vida o volume de leite ingerido é insuficiente e não suprime adequadamente as necessidades nutricionais do lactente, nomeadamente energia, proteínas, ferro, zinco e algumas vitaminas lipossolúveis (A e D). Deve-se então iniciar a diversificação alimentar a partir dos 5/6 meses de vida para permitir o fornecimento adequado de nutrientes ao lactente e permitir uma transição entre a alimentação láctea exclusiva e a alimentação familiar. A inserção na dieta familiar deverá ocorrer a partir dos 12 meses de idade (Guerra, et al., 2012).

Caso o lactente não se encontre a fazer aleitamento materno exclusivo a introdução dos alimentos deverá iniciar-se aos 4 meses. Resumindo, a introdução de novos alimentos não deverá ocorrer nunca antes dos 4 meses de vida e preferivelmente cerca dos 6 meses de vida (Guerra, et al., 2012).

Papas (Guerra, et al., 2012)

Devem ser introduzidas a partir dos 4 meses sendo que até aos 6 meses devem ser isentas de glúten (milho, arroz ou frutos) e a partir dos 6 meses devem conter glúten.

Podem ser:

- Lácteas – devem ser reconstituídos com água

- Não lácteas – devem ser reconstituídas com leite materno ou com o leite que o lactente está a efetuar.

As papas fornecem hidratos de carbono, proteínas de origem vegetal, ácidos gordos essenciais, minerais e vitaminas. Uma refeição deve corresponder a 35/50g de farinha de forma a evitar o suprimento energético-proteico excessivo.

Glúten

As recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) referem que o glúten deve ser introduzido depois dos 4 meses e até aos 7 meses, devendo a sua introdução ser gradual e preferencialmente acompanhada pela manutenção do aleitamento materno,

visando uma redução do risco de diabetes mellitus tipo 1, de doença celíaca e de alergia ao trigo. Os alimentos com glúten podem ser introduzidos nesta janela temporal (Guerra, et al., 2012).

No entanto, as novas recomendações da ESPGHAN aconselham a introdução do glúten a qualquer momento entre 4 e 12 meses de idade, no entanto o consumo de grandes quantidades de glúten deve ser evitado durante as primeiras semanas após a introdução do glúten e durante a infância. No entanto, estas quantidades ainda não foram definidas. As mesmas recomendações referem que nem a amamentação por si só, nem a amamentação durante a introdução do glúten demonstraram reduzir o risco de desenvolver doença celíaca e de diabetes tipo1, o que vem contrariar as recomendações da SPP (Fewtrell, et al., 2017). No entanto, a informação que ainda se encontra em vigor na USF é a da SPP e foi essa a que foi fornecida aos pais.

Sopa (Guerra, et al., 2012)

O sabor doce é inato pelo que é apenas necessário treiná-lo e não estimulá-lo, o que não acontece com os outros sabores. Desta forma recomenda-se o início da diversificação com um caldo ou puré de legumes entre o 5º e o 6º mês de vida, em vez das papas, de forma a estimular precocemente o treino do paladar para sabores não doces.

A batata, a cenoura, a abóbora, a cebola, o alho, o alho francês, a alface, a curgete, o brócolo e a couve branca, agrupados 4 a 5, são os mais utilizados para se iniciar este alimento. Espinafres, nabo, nabiça, beterraba e aipo só deverão ser introduzidos a partir dos 12 meses de idade pois contêm elevado teor de nitrato e de fitato.

Os legumes devem ser cozidos em água sem sal e no fim triturados.

Os produtos hortícolas e os tubérculos têm baixo valor energético, mas são importantes fontes de macronutrientes e micronutrientes (batata: vit B1; abóbora: zinco, magnésio e potássio; alface: cobre e ácido fólico; agrião: vit C, fósforo, cálcio e ferro, etc.). Uma vez que não têm gordura, e atendendo à importância da mesma, na estruturação das membranas celulares e na maturação do sistema nervoso central, retina e sistema imunológico, devem ser adicionados 5 – 7,5 ml (1 colher de chá) de azeite em cru a cada dose de puré ou caldo de legumes.

Carne (Guerra, et al., 2012)

Fonte nutricional de minerais de elevada biodisponibilidade (zinco e ferro) e ácido araquidónico.

Aconselha-se a introdução de carne aos 6 meses de idade e devem ser preferidas as carnes de aves ou de coelho devido às características quantitativas e qualitativas em ácidos gordos.

Peixe (Guerra, et al., 2012)

O peixe é rico em aminoácidos, ácidos gordos polinsaturados, iodo e ferro. A sua introdução deverá iniciar-se depois do 6º mês inicialmente com peixes magros (pescada, linguado, solha ou faneca). O salmão deverá ser introduzido a partir dos 10 meses. O peixe pode ser fresco ou congelado.

A carne e o peixe devem ser introduzidos no caldo/puré de legumes inicialmente em porções de 10g e aumentando progressivamente até atingir a dose de 25-30g. A dose de carne ou peixe pode ser toda oferecida numa refeição ou repartida por duas refeições principais. Carne 4 vezes por semana e peixe 3 vezes por semana. A partir dos 8-9 meses de idade a dose de carne ou peixe pode ser adicionada a arroz branco ou massa, cozidos sempre com legumes.

Ovo (Guerra, et al., 2012)

Rico em proteínas, lípidos e ferro.

Pode introduzir-se a gema a partir do 9º mês de idade, de forma progressiva e lenta (1/2 gema /refeição/ semana durante 2-3 semanas seguida de 1 gema refeição semana 2-3 semanas). Deverá ser consumida apenas até 1 gema de cada vez e não deve ser excedido o número de 2-3 gemas por semana. Não esquecer que a utilização de gema numa refeição obriga à ausência de oferta de qualquer outra fonte de proteína animal (carne ou peixe), mesmo na fase inicial de introdução. A clara poderá ser introduzida a partir dos 11 meses, devendo ser protelada a sua introdução para os 24 meses caso haja história individual de atopia.

Fruta (Guerra, et al., 2012; Duryea & Fleischer, 2018)

Importante fornecedor de vitaminas, minerais e fibras.

Introdução a partir do 6º mês e deverá acompanhar a refeição e não substituir.

Começar com maçã, pêra (cozidas ou assadas com casca e caroço ou em vapor) e banana. Evitar durante o primeiro ano frutos potencialmente alergénios ou libertadores de histamina (morango, amora, kiwi, maracujá).

Os frutos tropicais (papaia, pêra-abacate e manga) poderão ser introduzidos a partir dos 6-7 meses.

Os frutos devem ser oferecidos individualmente e não sob a forma de puré de vários frutos, de forma a permitir o treino do paladar. Devem ser consumidos inteiros e não sob a forma de sumo, quer pela elevada osmolaridade, quer pela acidez, pelo efeito laxante, anorexiante e cariogénico, quer finalmente pelo efeito de deseducação do paladar, condicionando a procura do sabor doce associado à bebida, com consequente rejeição da água, que deverá ser a única bebida a ser oferecida. Os sumos de frutas devem ser introduzidos apenas quando a criança tiver mais de 12 meses.

Deve oferecer-se em cada dia frutos de cor variada de forma a garantir a mais completa variedade nutricional.

Leguminosas secas (Guerra, et al., 2012)

Feijão, ervilha, fava, lentilha, grão. São fontes de proteína vegetal, hidratos de carbono completos, são muito ricos em minerais (cobre e selénio a lentilha; magnésio e fósforo o feijão; cálcio Vit B1 e fósforo a soja) e em fibra. Poderão ser introduzidas cerca dos 9 - 11 meses de idade (inicialmente o feijão fradinho, branco ou preto e a lentilha) sempre previamente bem demolhadas e inicialmente sem casca e em pequenas porções.

Iogurte (Guerra, et al., 2012)

É um alimento completo, com proteínas de alto valor biológico, vitaminas e minerais de entre os quais se destaca o cálcio. As suas particularidades condicionam uma melhor absorção deste mineral bem como uma ausência dos efeitos adversos característicos do leite em crianças com intolerância à lactose. Tem um importante papel pré e probiótico, é um alimento bem tolerado, protetor de infeções intestinais e regularizador e protetor da flora cólica.

Devido às suas características, a pequena porção em que deve ser consumido diariamente (150 - 200 ml), a facilidade de utilização e as vantagens para a flora intestinal permitem a sua introdução cerca dos 9 meses num lanche, em alternativa ao leite ou papa. Deve ser natural, sem aromas nem quaisquer aditivos de açúcar (adocicados) ou de natas (cremoso).

Leite de Vaca (Fewtrell, et al., 2017; Guerra, et al., 2012)

Deve ser introduzido a partir dos 12 meses, preferencialmente aos 24-26 meses. O

leite de vaca é uma fonte pobre de ferro e fornece excesso de proteína, gordura e energia quando usado em grandes quantidades.

Sal (Guerra, et al., 2012)

Não se recomenda a sua inclusão na alimentação do lactente no primeiro ano de vida. Assume-se que o sódio intrínseco dos alimentos é suficiente e respeita a maturação renal nesta fase.

Água (Guerra, et al., 2012)

Deverá ser oferecido ao lactente várias vezes ao dia. Está contraindicado o uso de outras bebidas (chás ou sumos)

É importante referir aos pais que a introdução de um novo alimento deve ser feita com um intervalo de 4-5 dias de forma a despistar reações alérgicas.

Recomendações acerca da comida de boião (Duryea & Fleischer, 2018):

- Depois de abrir um frasco ou recipiente de comida para lactente, guarde-o cuidadosamente para evitar a deterioração.
- Os frascos de alimentos infantis, uma vez abertos, devem ser descartados após dois a três dias, de acordo com a maioria dos fabricantes.
- Os alimentos comprados em loja devem ser servidos numa tigela, e não fora do frasco, para evitar a contaminação da porção não utilizada. Alimentos deixados na tigela devem ser descartados.
- Os alimentos podem ser servidos frios, temperatura ambiente ou aquecidos
- Reforçar que é preferível a alimentação cozinhada em cada dia em vez da já feita.

É importante mencionar aos pais que a "capacidade do bebé aceitar novos sabores, principalmente se amargos ou ácidos (vegetais e frutas) vai aumentando gradualmente à medida que se vai familiarizando com esse sabor e muitas vezes são precisas em média 11 tentativas para finalmente ter sucesso, pelo que se deve encorajar a persistência na oferta alimentar" (Plinner, 2008 citado por Guerra, et al, 2012, p. S20). Outra estratégia de aceitação de sabores consiste em variar precocemente os alimentos oferecidos, sobretudo no campo dos vegetais, o que induz no lactente uma maior capacidade de gostar à primeira de alimentos que nunca haviam experimentado (Guerra, et al., 2012).

Os pais devem ser encorajados a responder à fome e saciedade dos seus filhos e a evitar oferecer alimentos como conforto ou recompensa (Fewtrell, et al., 2017)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Duryea, T. K., & Fleischer, D. M. (Maio de 2018). *Patient education: starting solid foods durtin infancy (Beyond the Basics).* Obtido em 1 de junho de 2018, de UpToDate: https://www.uptodate.com/contents/starting-solid-foods-during-infancy-beyond-the-basics

Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Mis, N. F., . . . Molgaard, C. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Socieaty for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutritions (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 64*(1), 119-132. doi:10.1097/MPG.0000000000001454

Guerra, A., Rêgo, C., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (Setembro/Outubro de 2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa, 43*(5), S17-S41. Obtido em 13 de maio de 2018, de http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf

APÊNDICE XI

Reflexão:

Relação adolescentes e pais

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Reflexão

Relação adolescentes e pais

Unidade Curricular:

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, junho de 2018

INTRODUÇÃO

A presente reflexão foi elaborada no âmbito do estágio da Unidade Curricular "A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica" realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF).

A situação relatada surgiu na consulta de saúde infantil e juvenil aquando da realização de uma consulta a uma adolescente, estando esta acompanhada pela mãe, e onde se observou que a relação entre ambas era conflituosa e na qual a intervenção do Enfermeiro Especialista, através do fornecimento de estratégias e do uso da negociação, foi importante para a melhoria da relação.

A adolescência define-se como um período maturacional que se inicia com a puberdade e termina com a transição para o papel de adulto na sociedade, através do assumir de responsabilidades sociais, correspondendo a um período de grande aprendizagem, exploração e oportunidades (Ledford, 2018; Yeager e Dweck, 2018). É um período de grandes transformações psicológicas e físicas, abertura a novas experiências e construção de uma identidade pessoal (Trumello, Babore, Candelori, Morelli, & Bianchi, 2018). É um período de rápidas mudanças que tem impacto saliente no funcionamento psicossocial e nas relações (Branje, 2018).

O exercício reflexivo assume-se como uma "resposta humana da pessoa à experiência, onde o aprendente recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e a avalia" (Boud et al., 1985, citado por Peixoto & Peixoto, 2016, p.122). Refletir sobre os cuidados e as intervenções permite não só colmatar lacunas existentes entre a teoria e a prática como ampliar os conhecimentos de Enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016). Obriga o Enfermeiro a refletir sobre o sentido do que faz e como faz (Peixoto & Peixoto, 2016) e é "um suporte importante, na aprendizagem, para lidar com as situações mais difíceis que emergem na prática de cuidados" (Wilkin e Slevin, 2004, citado por Pereira-Mendes, 2016, p. 15).

De acordo com Peixoto & Peixoto (2016, p.3) "O exercício reflexivo emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro. Permite-se, que o saber experienciado e construído, sustente cautelosamente o futuro e o seu entendimento."

A análise reflexiva assume-se então como uma ferramenta indispensável para a aquisição de novos conhecimentos e para a melhoria dos cuidados.

A presente reflexão foi elaborada com base no ciclo de Gibbs (1998) (Lia, 2016).

REFLEXÃO

A situação sobre a qual irei refletir aconteceu aquando da realização de uma consulta de saúde infantil e juvenil a uma adolescente que se encontrava acompanhada pela sua mãe. Durante a realização da consulta foi possível constatar que a relação entre ambas era tensa e conflituosa, sendo que a adolescente referiu que a mãe não a compreendia e exagerava. A mãe, por seu lado, referiu estar a sentir muitas dificuldades em lidar com a sua filha, mencionando que não sabia o que fazer, e que desde que a jovem tinha tido a menarca a situação tinha piorado. A mãe chegou inclusive a verbalizar que aquela não era a sua filha e que já nada era igual. Após ambas as partes terem sido escutadas foram fornecidas, pela enfermeira, estratégias para lidarem uma com a outra e que contribuíssem para uma relação mais saudável entre as duas. Foram também negociadas cedências entre as duas e sugeriu-se a realização de atividades em conjunto. Tanto a adolescente como a mãe acordaram esforçarem-se para melhorar a sua relação.

O facto de lidar com adolescentes com frequência, quer em contexto profissional e hospitalar, quer em contexto pessoal, e apesar de saber que a adolescência é uma fase complexa de grandes transformações onde geralmente ocorre este tipo de conflitos, nunca me tinha deparado com um caso destes. Esta situação fez-me perceber que a temática das relações entre pais e filhos adolescentes é uma área sobre a qual necessito aprofundar conhecimentos para, no futuro, caso ocorra uma situação semelhante, saber que estratégias posso utilizar.

Considero que a atuação da enfermeira nesta situação foi eficaz e positiva, pois possibilitou um entendimento entre a mãe e a filha adolescente e forneceu-lhes ferramentas para o futuro. Da minha parte considero que a minha prestação acabou por ser "neutra" pois não intervim na situação, uma vez que considerei não possuir conhecimentos suficientes para aplicar uma intervenção eficaz. Apesar disso considero que a situação em si teve um impacto positivo em mim já que me levou a refletir sobre a temática e a aprofundar o tema e porque considero que é uma forma de me inteirar sobre os cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista.

Considero que nada correu mal nesta situação, no entanto, penso que, caso houvesse disponibilidade de tempo, se poderia ter aprofundado mais e trabalhado melhor a relação mãe-filha. Infelizmente tempo é algo que o Enfermeiro não possui pois vive numa correria diária, onde todos os minutos contam e onde os cuidados que presta são realizados de forma rápida para poder chegar a todos e responder a todas as necessidades e solicitações. Esta correria faz com que os nossos cuidados sejam pobres e desprovidos de qualidade não

deixando espaço para podermos criar uma relação mais eficaz com o nosso utente.

Pese embora as dificuldades apresentadas, não se deve esquecer que a adolescência não é apenas e só uma simples fase de transição entre a infância e a idade adulta, mas é também uma área onde é necessário que haja uma atenção e um foco especiais, por nela ocorrerem aquisições e modificações bastante importantes.

Como referido inicialmente a adolescência é um período de grandes transformações psicológicas e físicas, de rápidas mudanças que tem um grande impacto saliente no funcionamento psicossocial e nas relações (Branje, 2018; Trumello, Babore, Candelori, Morelli, & Bianchi, 2018). Durante a adolescência surge a necessidade de autonomia e individualização do adolescente em relação aos seus pais o que leva a conflitos entre ambos e as relações entre pais e filhos mudam de proteção-dependência para afeição e igualdade mútuas (Hockenberry & Wilson, 2011; Branje, 2018). Este processo de aquisição de autonomia e consequente independência envolve ambiguidade e tumulto pois quer os pais quer os adolescentes adquirem novos papeis com os quais têm dificuldade em lidar. Muitos dos conflitos observados na adolescência estão relacionados com a luta pela independência e contra as restrições e repressões externas impostas pelo processo amadurecimento (Hockenberry & Wilson, 2011).

Segundo Branje (2018) as alterações nas relações entre pais e filhos adolescentes têm sido atribuídas ao processo de maturação biológica e cognitiva que acontece na adolescência. Este desenvolvimento biológico e cognitivo facilita a reorganização da relação pais-adolescente a partir de uma relação vertical, na qual os pais têm mais conhecimento e poder social do que os seus filhos, e espera-se que forneçam segurança e cordialidade, em direção a um relacionamento mais horizontal, caracterizado por igualdade, simetria e interações recíprocas. Este processo de horizontalidade pode criar conflito e restringe a proximidade. Estes conflitos surgem também devido às diferenças de expetativas referidos pelos adolescentes e pais quanto ao comportamento apropriado, em particular relativamente ao tempo de transições de autoridade, autonomia e responsabilidades (Branje, 2018).

Apesar disto os conflitos são essenciais para se renegociar a autoridade dos pais e as crescentes necessidades de autonomia dos adolescentes, pois assim que as expectativas sobre o relacionamento sejam renegociadas de uma maneira mutuamente satisfatória e os pais reduzam o seu controle, o conflito diminui e pais e adolescentes podem restabelecer a proximidade (Branje, 2018).

Com base no citado podemos concluir que as relações conflituosas entre pais e adolescentes têm uma explicação biológica e como tal as intervenções planeadas devem ter

em conta estes pressupostos. Podemos também considerar que estes conflitos desempenham um papel importante nas mudanças da qualidade do relacionamento entre pais e filhos e são essenciais para o crescimento e desenvolvimento do adolescente.

Uma das formas utilizada para resolver estes conflitos é a mediação. Esta define-se como um método voluntário de resolução de problemas no qual um terceiro elemento neutro ajuda os indivíduos em conflito a chegar a um acordo. No caso dos pais e filhos a mediação é útil para resolver ou gerir disputas familiares, melhorar o funcionamento familiar, manter a família intacta e melhorar os resultados dos jovens (Tucker, Edelen, & Huang, 2017).

Os programas de mediação incentivam negociações estruturadas sobre questões concretas da vida familiar e ajudam os membros da família a trabalhar juntos em direção a um acordo específico para resolver ou gerir esses problemas, que todas as partes consideram justo e realista. O processo de mediação baseia-se na premissa de que o cumprimento desses acordos de vida diária aumenta a confiança entre pais e filhos e facilita a comunicação e a negociação de questões maiores no futuro. A mediação destina-se a ter efeitos positivos duradouros sobre os participantes individuais, melhorando as suas habilidades, conhecimentos e disposições. No caso da mediação entre pais e filhos, o objetivo é produzir mudanças fundamentais na dinâmica familiar e fornecer aos membros da família habilidades concretas que possam ter um efeito positivo sustentado no funcionamento familiar e no comportamento de problemas juvenis ao longo do tempo (Tucker, Edelen, & Huang, 2017).

O Enfermeiro deve também orientar os pais para adotarem um estilo clássico de educação no qual a autoridade é usada para guiar o adolescente ao mesmo tempo que permitem níveis de liberdade apropriados ao desenvolvimento e fornecendo mensagens claras e consistentes a respeito das expectativas (Hockenberry & Wilson, 2011).

Analisando novamente a situação vivenciada, e de acordo com a literatura encontrada, penso que as intervenções realizadas são as mais indicadas neste tipo de situações. Considero que esta situação e a realização desta reflexão me permitiram aprofundar conhecimentos sobre a adolescência, que é a minha faixa etária de eleição pelos inúmeros desafios que nos coloca. Se tivesse que passar novamente pela mesma situação sinto que já seria capaz de intervir de forma autónoma fornecendo estratégias, mediando o conflito e negociando soluções e cedências.

Considero que neste tipo de situações o papel do Enfermeiro Especialista é fundamental, pois para além de ser o perito na área, possui conhecimentos aprofundados acerca do desenvolvimento infantil que lhe permitem prestar "cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem"

(Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

Sinto que o facto de ter vivenciado esta experiência e de ter tido oportunidade de refletir sobre a mesma me deu o ensejo de adquirir novos conhecimentos e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mas também me fez crescer enquanto enfermeira e deu-me várias ferramentas, que me irão ser úteis não só no futuro, mas também no presente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde sempre que a relação entre pais e filhos adolescentes foi conflituosa e geradora de grandes problemas familiares. Sempre se considerou que estes conflitos eram apenas "birras" dos adolescentes, mas o que a literatura nos diz é que alguns conflitos com os pais podem ser considerados como uma parte normal das relações familiares durante a adolescência, e acredita-se que estes conflitos afetam o desenvolvimento de autonomia e individualização dos adolescentes (Branje, 2018).

As intervenções realizadas neste âmbito devem ser direcionadas à família e não apenas ao adolescente, tal como referem Tucker, Edelen, & Huang (2017). Ensinar às famílias competências comunicacionais e de gestão familiar pode produzir efeitos positivos no funcionamento familiar e nos resultados comportamentais dos jovens. Uma das intervenções a desenvolver neste tipo de casos é a mediação de conflitos. A literatura faz referência à evidência de que a maioria dos pais e adolescentes que participaram nestes processos de mediação da relação entre pais e filhos acredita que a mesma apresentou diferenças positivas na forma como se relacionaram e consideraram-na como bem sucedida (Tucker, Edelen, & Huang, 2017).

Cada vez mais se torna importante refletir sobre a prática e sobre as situações vivenciadas pois é uma forma de subsidiar a construção do pensamento em Enfermagem (Pereira-Mendes, 2016). A prática reflexiva na Enfermagem assume uma grande "importância ao nível da aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho dos enfermeiros" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.121) constituindo-se uma "premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.131).

O exercício reflexivo "emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro" (Pereira-Mendes, 2013, p.3) permitindo que o "saber experienciado e construído, sustente cautelosamente o futuro e o seu entendimento" (Pereira-Mendes, 2013, p.3).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Branje, S. (2018). Development Of Parent-Adolescent Relationships: Conflict Interactions as a Mechanism fo Change. Child Development Perspectives, 0(0), 1-6. doi: 10.1111/cdep.12278

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 4(11), 121-132. Obtido em 9 de junho 2019 de doi:http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construçao do pensamento em Enfermagem. Revista Electrónica Educare, 20(1), 1-23. doi:http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9

Trumello, C., Babore, A., Candelori, C., Morelli, M., & Bianchi, D. (2018). Relationship with Parents, Emotion Regulation, and Callous Unemotional Traits in Adolescents' Internet Addiction. BioMed Research International, 2018, 1-10. doi:https://doi.org/10.1155/2018/7914261

Tucker, J. S., Edelen, M. O., & Huang, W. (2017). Effectiveness of Parent–Child Mediation in Improving Family Functioning and Reducing Adolescent Problem Behavior: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial. J Youth Adolescence, 45, 505-513. doi:10.1007/s10964-015-0412-z

Ledford, H. (2018). Who exactly counts as an adolescent?. *Nature*, 554(7693), 429-431.

Yeager D. S., Dahl R. E., Dweck C. S. (2018). Why Interventions to Influence Adolescent Behavior Often Fail but Could Succeed. *Perspect Psychol Sci*, 13(1), 101-122.

APÊNDICE XII

Reflexão:

"II Semana da Saúde Oral"

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Reflexão

"II Semana da Saúde Oral"

Unidade Curricular:

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, junho de 2018

INTRODUÇÃO

A presente reflexão foi elaborada no âmbito do estágio da Unidade Curricular "A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica" realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF). Esta surgiu após a conclusão da atividade da II Semana da Saúde Oral onde se realizou um rastreio à cavidade oral das crianças com sete e dez anos e uma ação de promoção da saúde sobre higiene oral, alimentação saudável e promoção da autoestima. Das 353 crianças inscritas na USF com sete e dez anos apenas 6 crianças compareceram à atividade revelando uma fraca adesão à mesma, o que me levou a refletir sobre o porquê desta situação.

A reflexão tem como objetivo "superar a lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem e expandir o corpo de conhecimentos da enfermagem integrada na prática" (Johns, 2002, citado por Peixoto & Peixoto, 2016, p.122), sendo "um suporte importante, na aprendizagem, para lidar com as situações mais difíceis que emergem na prática de cuidados" (Wilkin e Slevin, 2004, citado por Pereira-Mendes, 2016, p. 15)

O exercício reflexivo assume-se como uma "resposta humana da pessoa à experiência, onde o aprendente recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e a avalia" (Boud et al., 1985, citado por Peixoto & Peixoto, 2016, p.122). É uma ferramenta essencial para a aprendizagem do estudante (e também do enfermeiro) pois permite-lhe analisar as experiências vividas de forma aprofundada e a partir de aí desenvolver novos conhecimentos e melhorar os cuidados de Enfermagem.

A presente reflexão foi elaborada com base no ciclo de Gibbs (1998) (Lia, 2016).

REFLEXÃO

A II Semana da Saúde Oral foi uma atividade realizada em conjunto com a equipa multiprofissional da USF, a partir do projeto da Semana Saúde Oral, realizado em janeiro de 2018 na USF, em contexto de Estágio da Unidade Curricular "A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica" e tinha como objetivos:

- Realizar prevenção primária na área da saúde oral às crianças da USF em idade prioritária de cheque-dentista (7 e 10 anos);

- Realizar prevenção secundária da patologia oral, com especial enfoque na cárie dentária, a todas as crianças da USF em idade prioritária de cheque-dentista

- Sensibilizar as famílias para a importância da utilização do cheque-dentista/cheque-higienista;

- Promover a autoestima da criança através da promoção do autoconceito, autoimagem e importância de um sorriso saudável.

A atividade era dirigida a todas as crianças nascidas em 2007 e 2010 (7 e 10 anos) inscritas na USF (total 353), ou seja, as crianças em idade de cheque dentista. As crianças foram convocadas via e-mail, tendo sido enviado e-mail a 191 crianças, pois eram os contactos de correio eletrónico disponíveis. Foram também colocados dois cartazes-convite nas salas de espera da USF, em locais visíveis.

Compareceram à atividade 17 crianças, seis pertenciam ao grupo que recebeu a convocatória via e-mail e as restantes tiverem conhecimento da atividade através dos cartazes convite ou encontravam-se na unidade de saúde para realizar consultas médicas/enfermagem. De referir que na mesma atividade realizada em janeiro a afluência de crianças foi baixa, apenas 32 crianças (das 191 convocadas) compareceram.

A baixa adesão a esta atividade despertou vários sentimentos em mim. Se, por um lado, o facto de a preparação da atividade ter exigido bastante de mim em termos de estudo e criatividade e me ter deixado satisfeita comigo mesma, por outro lado o facto de poucas crianças terem comparecido criaram em mim um sentimento de desânimo por não ter conseguido cativar mais crianças para participarem na atividade.

No entanto e apesar de poucas crianças terem comparecido o balanço da atividade foi positivo. As crianças referiram ter aprendido mais sobre a higiene oral e os pais mencionaram que este tipo de iniciativas é muito importante, pois para além de permitir verificar a existência de algum tipo de problema de saúde é também importante para esclarecer dúvidas. A equipa multiprofissional fez também um balanço positivo da atividade no geral e considera importante este tipo de atividades para a sua população e que é uma

forma de realizar a promoção para a saúde e prevenção primária. O único aspeto negativo relatado pela equipa e por mim foi a baixa adesão ao rastreio, seguindo a tendência de janeiro.

A questão que se coloca é: Porque compareceram poucas crianças à atividade quando a temática da promoção da saúde oral é de extrema importância e quando existem várias dúvidas acerca da utilização e obtenção do cheque dentista?

Poderíamos em primeiro lugar apontar como causa para este problema a divulgação da atividade, que esta foi feita apenas via e-mail, cartazes e convite nas consultas de saúde Infantil e Juvenil. Apesar de existir a via do correio "normal", a mesma não foi feita por essa via por questões financeiras. No entanto, e apesar de só se ter usado a via eletrónica, foram convocadas 191 crianças, o que corresponde a aproximadamente metade da população alvo da atividade e o que seria um número bastante elevado de crianças abrangidas pela atividade.

O horário escolhido também poderia ser apontado como uma causa para esta situação se o mesmo tivesse coincidido com o horário da escola, o que não aconteceu. A atividade realizou-se das 17h00 às 20h00 em dois dos três dias e entre as 8h00 e as 19h00 num dos três dias, portanto não se pode considerar o horário como causa da baixa adesão. Ainda em relação ao horário há que ter em conta que as crianças hoje em dia frequentam diversas atividades extracurriculares, que se realizam geralmente ao fim do dia e quase todos os dias. Talvez o facto de as crianças frequentarem este tipo de atividades tenha contribuído para a baixa adesão.

Outro tópico a ter em conta é o facto de muitas crianças recorrerem a consultas de médico dentista ao nível privado para realizarem vigilância da saúde oral. Algumas recorrem por opção da família, outras por desconhecimento da existência do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral ou por terem dúvidas acerca da utilização/obtenção do cheque dentista. Penso que neste campo a falha talvez seja dos profissionais de saúde, pois este programa não é muito divulgado, resultando então neste desconhecimento por parte da população. Cabe nesse caso aos profissionais de saúde (enfermeiros em especial) apostarem na sua divulgação junto da população e reforçar a importância da sua utilização, por forma a melhorarem a saúde oral da população.

De acordo com o referido anteriormente podemos considerar que as variáveis controladas pelos profissionais de saúde que poderiam influenciar a adesão à atividade foram na sua maioria eficazes. Faltará ainda analisar o fator relacionado com a importância/relevância que a família, mais concretamente os pais, dá a este tipo de atividades de promoção da saúde e mais concretamente à promoção da saúde oral.

A Organização Mundial de Saúde (1986) na Carta de Ottawa define a promoção da saúde como "o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio." (p.1). O mesmo documento refere que intervir na promoção da saúde significa construir políticas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária "através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde" (Organização Mundial de Saúde, 1986, p.3) desenvolver competências sociais "através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável" (Organização Mundial de Saúde, 1986, p.4) e reorientar os serviços de saúde, sendo que os serviços de saúde devem partilhar a responsabilidade da promoção da saúde com os indivíduos, grupos comunitários, profissionais e instituições de saúde e com os governos, "todos devem trabalhar em conjunto pela criação de um sistema de cuidados de saúde que contribua para a prossecução da saúde" (Organização Mundial de Saúde, 1986, p.4). Portanto, a promoção da saúde é uma responsabilidade partilhada entre os profissionais de saúde e os indivíduos, apesar de se continuar a acreditar que os profissionais são os únicos responsáveis pela mesma.

A promoção da saúde oral não é a exceção. A prevalência das doenças orais na população portuguesa ainda é muito elevada, constituindo-se um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil (Direção Geral de Saúde, 2005). Segundo a Direção Geral de Saúde (2005) aos 6 anos de idade a percentagem de crianças livres de cárie dentária é de 54%; aos 12 anos, 51,8% dos adolescentes apresentam gengivas saudáveis e cerca de 78,7% e 89,5%, aos 6 e 12 anos respetivamente, referem lavar os dentes pelo menos uma vez por dia. Estes valores, apesar de apresentarem uma melhoria relativamente a estudos anteriores continuam a revelar que a saúde oral é uma área negligenciada pela população em geral, especialmente pelos pais. Talvez isto explique o facto de poucas crianças terem comparecido à atividade da Semana da Saúde Oral.

Um estudo realizado por Roberts & Condon (2014), que tinha como objetivo explorar as atitudes dos pais em relação à saúde oral dos fillhos em idade pré-escolar, revelou que os mesmos consideraram que os cuidados com a saúde oral eram simples, de senso comum, que todos conhecem, desvalorizando a necessidade de receberem orientação especializada, o que poderá justificar a sua não adesão a atividades de promoção da saúde oral.

Apesar da pouca adesão a esta atividade o balanço feito é bastante positivo e os objetivos traçados foram alcançados. Considero que a realização deste tipo de atividades, onde se incluem ações de promoção da saúde e rastreios, são de extrema importância para a população em geral e são uma excelente forma de se promoverem hábitos de vida saudáveis e desta forma contribuir para a melhoria e manutenção da saúde das pessoas.

Penso que este tipo de atividades deve continuar a ser realizado, nos mesmos moldes ou não - o aspeto negativo da atividade não foi o conteúdo, mas a sua divulgação – pois são importantes para a população. Se voltasse a repetir a atividade mudaria então a forma de divulgação, apostaria no envio de cartas por correio e, se possível, apostaria também no envio de mensagens escritas para o telemóvel.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática dos cuidados de Enfermagem continua a ser uma área fértil em situações merecedoras de algum tipo de reflexão da nossa parte, enquanto profissionais de saúde e que, de alguma forma, têm o potencial de mudar a forma como prestamos os nossos cuidados ou olhamos o nosso utente.

Ao longo dos anos a reflexão tem adquirido um grande reconhecimento na prática de enfermagem pois permite aos enfermeiros reconhecerem as suas forças e fraquezas, assim como "superar a lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem e expandir o corpo de conhecimentos da enfermagem integrada na prática" (Johns, 2002, citado por Peixoto & Peixoto, 2016, p.122).

Cada vez mais a prática reflexiva assume, na enfermagem, uma grande "importância ao nível da aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho dos enfermeiros" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.121) constituindo-se uma "premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.131).

Pode considerar-se que a reflexão é um processo mental básico, realizado com uma intenção, por forma a percebermos que a sua finalidade poderá passar pela sensibilização para um trabalho positivo, que vise uma atenção e um enfoque multidisciplinar (Peixoto & Peixoto, 2016)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Circular Normativa n.º 01/DSE de 18/01/05 da Direção-geral da Saúde

Despacho Ministerial n.º 153/2005 de 5 de janeiro de 2005. Diário da República nº3/05 – 2.ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa

Lia, P. (2016). Using Gibbs' Reflective Cycle. Obtido de https://www.kcl.ac.uk/campuslife/services/disability/onlineresources/StudyGuides/USING-GIBBS-REFLECTIVE-CYCLE-IN-COURSEWORK-DEC-2016-P-LIA.pdf

Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde.

Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexica em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 4(11), 121-132. doi: http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construçao do pensamento em Enfermagem. Revista Electrónica Educare, 20(1), 1-23. doi: http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9

Roberts, K., & Condon, L. (2014). How do parents look after children's teeth? A qualitative study of attitudes to oral health in the early years. Community Practitioner, 4, 32-35. Obtido em 13 de junho de 2018

APÊNDICE XIII

Ficha Leitura

FICHA DE LEITURA

Título:

Autor(es):

Ano de Publicação:

Localização (URL/DOI):

Palavras chave:

Objetivos:

Metodologia:

Resumo:

Conclusões:

Data da Leitura:

Elaborado a partir de:

Cerqueira, A. F., Gomes da Costa, F., Leal, F. P., & Nunes, L. (2014). *Didática em Enfermagem - Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem.* (D. d. ESS|IPS, Ed.) Obtido em 09 de setembro de 2018, de Repositório Comum: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14207/1/Didatica_em_Enfermagem._Documento_Orient.pdf

Instituto Superior Técnico. (n.d). *Ficha de leitura GT2.* Obtido em 09 de setembro de 2018, de Área de Estudos, Planeamento e Qualidade - Instituto Superior Técnico: http://aep.tecnico.ulisboa.pt/files/sites/22/ficha_leitura-gt2_2014_6cs.pdf

APÊNDICE XIV

Relatório de atividade:

Guia de Acolhimento para a Criança em Idade Escolar Internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de atividade

Guia de Acolhimento para a Criança em Idade Escolar Internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Unidade Curricular:

Estágio Final e Relatório

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, outubro de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 3

1 - DESENVOLVIMENTO DO GUIA DE ACOLHIMENTO 6

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 10

3 – GUIA DE ACOLHIMENTO 22

4 – AVALIAÇÃO 32

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 33

INTRODUÇÃO

O presente relatório de atividades foi elaborado em contexto de estágio da unidade curricular "Estágio Final e Relatório" realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

No decorrer da primeira semana de estágio tive a oportunidade de observar os cuidados prestados na Unidade de Cuidados Intensivos e a partir daí elaborar o diagnóstico de necessidades e respetivas atividades que dessem resposta às necessidades observadas/relatadas.

Durante a observação feita foi possível observar que a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos é um local gerador de ansiedade, não só na criança, mas também em toda a sua família, uma vez que é um ambiente impessoal, hostil, ruidoso e desconhecido, e possui uma grande variedade de material desconhecido (ventiladores, monitores, seringas e bombas de infusão) usado na criança. Na unidade, realizam-se diversos procedimentos invasivos na criança, tornando assim a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, e o internamento na mesma, assustador para a criança e levando a alterações ao nível psicológico a longo prazo. Foi possível observar, na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, que a criança é submetida a diversos procedimentos invasivos ao longo do internamento. Estes, devido ao seu carácter invasivo, alteram a imagem corporal da criança, que, quando se encontra acordada, se vê com "algo a mais" no seu corpo, que não lhe pertence e que desconhece, o que é e para que serve. A maioria das crianças que é internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos é sedada à entrada e quando lhe é suspendida a sedação, e fica consciente, apercebe-se que algo mudou no seu corpo, que está num sítio diferente e desconhecido, e isso pode ser causador de stress, ansiedade e agitação. Pode-se então afirmar que o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos causa alterações na autoimagem da criança e pode ser causador de ansiedade e stress na mesma, e como tal deverá ser alvo de intervenção por parte do Enfermeiro.

Foi também realizada uma revisão de literatura acerca desta temática que revelou que o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos expõe a criança a diversos stressores - físicos, ambientais, psicológicos e sociais, que têm impacto na criança ao nível psicológico (Dow, Kenardy, Long, & Le Brocque, 2012; Gequelin, Fernandes, Oliveira, & Dyniewicz, 2014).

O internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos coloca as crianças em risco aumentado de desenvolver problemas psicológicos e comportamentais, que

persistem após a alta, podendo provocar défices físicos, psicossociais e neuro-cognitivos substanciais na criança, interferindo no seu desenvolvimento, e que podem persistir com o tempo (Dow, Kenardy, Long, & Le Brocque, 2012; Rennick, et al., 2014; Aspesberro, Mangione-Smith, & Zimmerman, 2015). Os pais descrevem alterações na autoestima e no bem-estar emocional das crianças, aumento da ansiedade e mudanças comportamentais negativas (distúrbios do sono, isolamento social), alterações da memória, atenção, funcionamento cognitivo e autoconfiança após a alta da unidade, assim como mudanças comportamentais e medos contínuos nos seus filhos vários anos após a alta da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (Rennick, et al., 2014).

Pode-se então concluir que o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos é gerador de stress na criança e pode contribuir para perturbações no seu desenvolvimento.

De acordo então com os dados recolhidos foram levantados como problemática de intervenção as alterações da imagem corporal da criança associadas ao internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, e a ansiedade relacionada com o mesmo internamento. Estando a imagem corporal da criança internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos alterada, e vivendo a criança uma crise situacional (o internamento), considerou-se pertinente a realização de uma atividade que permitisse diminuir os stressores a que a criança está sujeita durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, e que pudesse contribuir para a diminuição das sequelas psicológicas negativas que o internamento acarreta. Pretende-se também com esta atividade, a longo prazo, poder contribuir para a promoção da autoestima da criança/adolescente (temática escolhida para desenvolver ao longo do estágio).

Definiu-se como objetivo "Desenvolver um guia de acolhimento dirigido à criança internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos sobre a mesma e sobre as alterações à sua imagem corporal que podem ocorrer durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos". Selecionaram-se como atividade:

- Realização de um guia de acolhimento dirigido às crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos explicando o que é, o ambiente da mesma, o material utilizado, rotinas, entre outros; e sobre as alterações à sua imagem corporal que podem ocorrer durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Estava definido inicialmente no projeto individual a realização do guia de acolhimento para crianças em idade pré-escolar, escolar e adolescentes, mas, após discussão com a professora da escola e posteriormente com a enfermeira orientadora,

decidiu-se selecionar apenas uma faixa etária de forma a poder realizar-se um trabalho mais completo e aprofundado.

Selecionou-se a faixa etária da criança em idade escolar por ter sido identificado pela estudante como uma lacuna no seu conhecimento e por determinadas características associadas à mesma. É na idade escolar, a partir dos 8 anos de idade, que a criança apresenta capacidade de verbalizar um sentimento global como pessoa e desenvolve a capacidade cognitiva de verbalizar as avaliações globais do self, ou seja, desenvolve a sua autoestima. Antes dos 8 anos as crianças só conseguem formular auto-perceções dentro de domínios específicos (Harter, 2012). Na idade escolar as crianças avaliam-se a si próprias mais pela aparência, sendo a cabeça a parte mais importante do seu corpo (Papalia , Olds, & Feldman, 2001; Hockenberry & Wilson, 2014b). A criança em idade escolar é conhecedora do corpo humano e o desenvolvimento social durante este período é sobretudo centrado no corpo e nas suas capacidades, portanto pode-se considerar que a imagem corporal é muito importante para a criança em idade escolar, justificando-se assim a escolha desta faixa etária para a elaboração do guia (Hockenberry & Wilson, 2014b).

É também na idade escolar que a criança adquire autoconfiança e autonomia, e adquire também a capacidade de ler, que é a sua ferramenta mais preciosa e que lhe permite obter a tão desejada independência, razão pela qual também se optou pela faixa etária da idade escolar para realizar o guia de acolhimento (Papalia , Olds, & Feldman, 2001; Hockenberry & Wilson, 2014a).

1 - DESENVOLVIMENTO DO GUIA DE ACOLHIMENTO

O diagnóstico de situação elaborado concluiu que a Unidade de Cuidados Intensivos é um local hostil gerador de stress e ansiedade para a criança e que expõe a mesma a diversos stressores, com influência ao nível da sua autoestima (Dow, Kenardy, Long, & Le Brocque, 2012; Gequelin, Fernandes, Oliveira, & Dyniewicz, 2014; Rennick, et al., 2014).

A admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos pode ser traumática quer para criança quer para a sua família, e como tal é necessário prepará-los para a admissão, focando principalmente os aspetos sensoriais da experiência e as preocupações habituais da família (Hockenberry & Wilson, 2014b). A lógica da preparação para a hospitalização e procedimentos em crianças baseia-se na premissa de que o medo do desconhecido supera o medo do conhecido (Hockenberry & Wilson, 2014b, p.1047). Assim uma das principais estratégias para diminuir o stress da hospitalização passa por diminuir os elementos desconhecidos. Segundo a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2008) as crianças e pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão, têm direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde e deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. Foi baseado nestas premissas que se optou por realizar um instrumento com carácter informativo que pudesse ser facultado à criança no início do internamento e que pudesse contribuir para a diminuição do medo associado à hospitalização.

Por outro lado, o acolhimento é um cuidado de Enfermagem por excelência (Tavares, 2011), e como tal, um "acolhimento personalizado, onde também são tidos em consideração aspectos tais como a apresentação da equipa e do equipamento, contribui para uma maior confiança e, consequentemente, diminui o medo/ansiedade" (Neira Huerta, 1996, Ordem dos Enfermeiros, 2001, Ordem dos Enfermeiros, 2003, Hockenberry & Winkelstein, 2006, Machado & Sousa; 2007, citados por Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.22). Livros, álbuns de fotografias, vídeos ou filmes, ou simples descrição dos principais aspetos de um internamento hospitalar podem ser estratégias de preparação para a hospitalização úteis e eficazes (Hockenberry & Wilson, 2014b).

As crianças em idade escolar gostam também que lhes expliquem os procedimentos que vão realizar, a procura de informação é uma maneira delas manterem uma sensação de controlo, apesar do stress e da incerteza da doença (Hockenberry & Wilson, 2014a).

De acordo então com o referido optou-se pela realização de um guia de acolhimento para a criança internada, em detrimento de outros instrumentos, por se considerar que seria o mais adequado à faixa etária e aos objetivos de estágio. O guia de acolhimento permite também que as crianças e a família possam relembrar o que lhes foi transmitido durante o acolhimento, pois muitas vezes não conseguem apreender todas as informações dadas devido à ansiedade que existe no momento da entrada no serviço (Tavares, 2011).

O guia de acolhimento foi elaborado para crianças em idade escolar, tendo os seus conteúdos sido adequados à faixa etária, de acordo com o que preconizam as teorias de desenvolvimento infantil. Para a elaboração deste guia de acolhimento foram utilizadas a Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget e Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson (Hockenberry & Wilson, 2014a), que influenciaram a seleção dos conteúdos assim como a linguagem a utilizar. Foi também consultada literatura acerca do impacto da hospitalização na criança em idade escolar assim como literatura a cerca da preparação para a realização de procedimentos, que também serviram de base para a elaboração do guia e que se apresentam no capítulo seguinte de forma resumida. Para a elaboração dos conteúdos foi também consultada literatura referente a Cuidados Intensivos, literatura sobre técnicas, procedimentos e materiais utilizados nos cuidados de Enfermagem e que se apresentam resumidas no capítulo seguinte.

Os conteúdos do guia foram escolhidos de acordo com a observação realizada no diagnóstico de situação, a literatura consultada e sugestões da enfermeira orientadora.

Após a leitura da literatura acerca do desenvolvimento da criança, do impacto da hospitalização e preparação para procedimentos foi iniciado o esboço do guia de acolhimento com os tópicos que iriam ser abordados no guia de acolhimento e que se descreve de seguida:

- Apresentação do guia à criança;
- O que é a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos;
- Quem é internado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos;
- Duração do internamento;
- Quem cuida das crianças internadas;
- Possibilidade de trazer brinquedos;
- Visitas;
- Luz e ruído;
- Alterações da autoimagem;

- Material da unidade e materiais utilizados para a realização dos procedimentos.

Foi incluído no final do guia um espaço para a criança poder relatar através do desenho ou escrita a sua vivência na Unidade de Cuidados Intensivos, como forma de promover a sua autonomia, potenciar o desenvolvimento e por a criança se encontrar num estádio de desenvolvimento em que a escrita tem um papel importante para si.

Estes tópicos foram apresentados à enfermeira orientadora, que fez algumas alterações, e sugeriu a introdução da temática da imobilização na cama, que é uma questão frequentemente colocada pelas crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Assim os conteúdos escolhidos para o guia de acolhimento foram:

O que é a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos?

Quem é internado na Unidade de Cuidados Intensivos pediátricos?

Quem é que cuida das crianças internados?

Os meus pais podem ficar comigo?

E se eu tiver irmãos, eles podem visitar-me?

Posso ter os meus brinquedos comigo?

Há muita luz e barulho na sala…

Posso levantar-me da cama?

Que material é este que me rodeia? (Monitor, Ventilador, Seringas e bombas infusoras, sistema de aspiração)

O meu corpo poderá ficar diferente enquanto estiver internado?

Para que serve…

… os elétrodos?

… um oxímetro?

… uma braçadeira tensão arterial?

… uma sonda nasogástrica?

… uma sonda de aspiração?

… uma algália?

… um cateter Venoso central?

… um cateter venoso periférico?

… uma Linha arterial?

… óculos nasais/máscara de oxigénio?

… tubo endotraqueal?

… um dreno?

… um dreno torácico?

Os conteúdos foram elaborados em forma de questão de forma a estimular a curiosidade da criança e tornar o guia mais atrativo para a mesma, reforçando a sua capacidade para a exploração, imaginação e expansão do conhecimento através da capacidade de leitura (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Para responder a estas questões, e dar-lhes suporte teórico e fundamentado, foi consultada literatura referente a Cuidados Intensivos Pediátricos e Cuidados Intensivos (materiais, técnicas, procedimentos). Foram adicionados desenhos ao guia de forma a torna-lo mais atrativo para criança. Foi pedido a um ilustrador que fizesse o desenho da capa para o desenho ser original, tornando mais pessoal o guia.

Após a conclusão do guia foi solicitada colaboração à educadora do hospital para que avaliasse se a linguagem utilizada no guia estava adequada à faixa etária. A educadora apenas corrigiu algumas questões de ortografia, referindo que a linguagem utilizada e os conteúdos abordados se encontravam adequados à faixa etária.

Inicialmente estava prevista a realização de um pré-teste do guia de acolhimento, o que acabou por não se realizar porque no local da prática profissional da estudante não estiveram internadas crianças em idade escolar. No entanto foi solicitado a uma mãe de uma criança em idade escolar internada no local de estágio a sua opinião acerca do guia de acolhimento.

O guia foi apresentado de forma informal numa passagem de turno tendo ficado alguns exemplares no serviço para que os enfermeiros o utilizassem no futuro na sua prática de cuidados.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson

Entre os 6 anos e os 12 anos a criança encontra-se no estádio da Indústria VS Inferioridade. O objetivo deste estádio é permitir que a criança alcance um sentimento de competência pessoal e interpessoal, através da aquisição de capacidades tecnológicas e sociais (Hockenberry & Wilson, 2014a). É neste estádio que a criança adquire, através da aprendizagem, competição, desempenho bem-sucedido, reconhecimento de pessoas significativas, pares e conhecidos, a autoconfiança (Townsend, 2011).

As crianças em idade escolar estão desejosas de desenvolver aptidões e participar em trabalhos com significado e socialmente úteis, desejando envolver-se em atividades que consigam terminar. Existe um crescimento do sentimento de independência neste estádio, sendo que as "crianças obtêm grande satisfação através do seu comportamento de independência na exploração e manipulação do seu ambiente e através da interação com os pares. O reforço de fontes exteriores, quer através de notas, recompensas materiais, privilégios adicionais e reconhecimento, fornecem incentivo e estímulo. Muitas vezes a aquisição de competências é um meio para alcançar o sucesso em atividades especiais. A aprovação dos pares é um fator de motivação" (Hockenberry & Wilson, 2014a, p. 686).

Quando as crianças têm acesso a tarefas que precisam de ser realizadas, demonstram um bom desempenho nas mesmas, e quando são devidamente recompensadas, elas desenvolvem um sentimento de indústria e de realização que as prepara para o estabelecimento de uma identidade estável mais tarde no seu percurso de vida (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Quando as etapas anteriores não foram ultrapassadas com sucesso, ou quando uma criança é incapaz ou não está preparada para assumir as responsabilidades associadas ao desenvolvimento de um sentimento de realização ela pode desenvolver um sentimento de inadequação ou inferioridade (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget

De acordo com a Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget as crianças entre os 7 e os 11 anos encontram-se no estádio das operações concretas. É neste estádio de desenvolvimento que a criança começa a ser capaz de utilizar os seus processos de pensamento para experimentar eventos e ações, adquire a capacidade de relacionar uma série de acontecimentos e ações (Hockenberry & Wilson, 2014a). Durante este estádio a

criança consegue a capacidade de realizar operações cognitivas e de aplicar as suas novas capacidades quando pensam em objetos, situações e acontecimentos. “A sua visão rígida e egocêntrica é substituída por processos de pensamento que lhes permitem ver as coisas de outro ponto de vista. Elas tornam-se conscientes de uma variedade de perspetivas e ficam mais sensíveis ao facto dos outros nem sempre perceberem os acontecimentos exatamente como elas. A diminuição do egocentrismo contribui para a formação das bases do pensamento lógico e do desenvolvimento e maturação da moralidade” (Hockenberry & Wilson, 2014a, p. 688)

Neste estádio as crianças desenvolvem uma compreensão das relações entre as coisas e as ideias, deixam de fazer julgamentos com base no que veem (pensamento percetivo) para fazer julgamentos com base no que pensam (pensamento conceptual). É também neste estádio que elas aprendem o conceito de conservação (certas propriedades do ambiente não são alteradas simplesmente porque se altera a sua disposição no espaço) (Hockenberry & Wilson, 2014a). Nesta fase também têm a capacidade de pensar sobre uma sequência de ações e antecipar as consequências, de classificar e agrupar objetos de acordo com os tributos que eles têm em comum, assim como ordená-los de forma percetível e por ordem lógica e são capazes de seriar ou organizar os objetos de acordo com uma escala ordinal ou dimensão quantificada, como o tamanho, o peso, ou a cor. É também neste estádio que surge a reversibilidade, ou seja, a criança consegue desmontar e montar certos tipos de coisas nos seus pensamentos (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Neste estádio as crianças desenvolvem capacidades combinatórias – a capacidade de manipular números e de aprender as habilidades da adição, subtração, multiplicação e divisão (Hockenberry & Wilson, 2014a). “Elas aprendem as operações básicas a qualquer objeto ou quantidade; aprendem o alfabeto e o mundo cada vez maior e símbolos com a designação de palavras, que podem ser organizadas em termos de estrutura e da sua relação com o alfabeto; aprendem a dizer as horas e a reconhecer o tempo, para verem a relação dos acontecimentos no tempo (história) e os lugares no espaço (geografia) e para combinar o tempo e as relações espaciais (geologia e astronomia)” (Hockenberry & Wilson, 2014a, p.689). No entanto a habilidade mais importante que aprendem neste estádio á a capacidade de ler, tornando-se a ferramenta mais valiosa que ela pode ter para a pesquisa independente. A sua capacidade para a exploração, imaginação e expansão do conhecimento é reforçada pela capacidade de leitura (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Hospitalização e Preparação para procedimentos

A doença e a hospitalização são as primeiras crises que as crianças enfrentam, sendo os principais stressores da hospitalização a separação dos pais e entes queridos, o medo do desconhecido, a perda de controlo e autonomia, a lesão corporal, que resulta em desconforto, dor e mutilação, e o medo da morte (Hockenberry & Wilson, 201ba). Também a "idade de desenvolvimento das crianças; a experiência anterior com a doença, separação ou hospitalização; os seus mecanismos de defesa inatos e adquiridos; a gravidade do diagnóstico; e o sistema de apoio disponível" (Hockenberry & Wilson, 2014b, p. 1026) influenciam a sua reação à hospitalização.

O hospital é um ambiente hostil para a criança, "A primeira impressão que lhes é dada é a de um ambiente estranho, com material assustador e muita gente, e todas com caras desconhecidas (…). É um local onde não se pode brincar nem gritar, onde normalmente se praticam procedimentos dolorosos, com poucos elos a casa" (Tavares, 2011, p. 41)

A hospitalização é potenciadora de ansiedade, medos e de ideias pré-concebidas podendo resultar numa experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes e alterações ao nível do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014b)

A criança em idade escolar encara a hospitalização como uma ameaça à sua independência, pois a hospitalização conduz a sentimentos de perda de controlo, aos quais a criança em idade escolar é vulnerável (Hockenberry & Wilson, 2014b). "A percepção da capacidade de controlo que as crianças têm em ambiente hospitalar influencia, directamente, a quantidade de stress imposta pela hospitalização. A falta de controlo aumenta a percepção da ameaça e pode afetar os mecanismos de coping das crianças. Muitas situações hospitalares diminuem a capacidade de controlo que uma criança sente (Hockenberry & Wilson, 2014a, p.1028). As atividades dependentes constituem-se também como uma ameaça direta à sua segurança, pois não permitem liberdade de escolha para a criança, limitando a sua autonomia (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Outro dos grandes medos que as crianças em idade escolar expressam aquando da hospitalização é o medo de serem informadas de que alguma coisa está mal com elas. As crianças nesta idade interessam-se pela saúda e a doença, procurando informações acerca disso, e gostam também que lhes expliquem os procedimentos que vão realizar. A procura de informação é uma maneira delas manterem uma sensação de controlo, apesar do stress e da incerteza da doença (Hockenberry & Wilson, 2014b).

Os enfermeiros são responsáveis por diminuir o medo e ansiedade contribuindo para o restabelecimento/reforço da autoestima e autoconfiança da criança/adolescente/família durante o processo da hospitalização (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Por forma a minimizar o stress da hospitalização o Enfermeiro deve realizar intervenções que se centrem na eliminação/minimização dos stressores associados à hospitalização (separação, perda de controlo, lesão corporal e dor), e proporcionar estratégias especificas de apoio aos membros da família (Hockenberry & Wilson, 2014b). Estas intervenções podem passar por promover a participação dos pais, permitir que a criança tenha um objeto de referência junto de si (fotografias/brinquedos/jogo preferido/próprio pijama), avaliar os estímulos ambientais (luzes, sons, vistas) do ponto de vista da criança e tentar protegê-la de tal, dar explicações/preparar a criança para os procedimentos, promover a liberdade de movimentos, manter a rotina da criança, incentivar a independência (respeito pela individualidade e oferecer oportunidades para a tomada de decisão), promover a compreensão – proporcionar preparação e informação antecipada ajuda a diminuir o stress e prevenir mal-entendidos, prevenir ou minimizar o medo da lesão corporal, proporcionar atividades adequadas ao desenvolvimento, utilizar atividades lúdicas e expressivas para minimizar o stress (Hockenberry & Wilson, 2014b).

Uma boa preparação para a hospitalização acarreta diversos benefícios, permitindo que a criança lide melhor com a mesma e apresente menos problemas comportamentais, "as crianças respondem melhor quando estão devidamente informadas acerca do que lhes vai acontecer" (Tavares, 2011, p.37). Assim é importante "explicar à criança onde irá, o que lhe irá acontecer e porquê; ser sempre honesta com a criança, preferindo transmitir apenas as informações essenciais, pois informação a mais poderá ser prejudicial; empregar linguagem simples e facultar explicações claras, adequadas à idade e desenvolvimento da criança; encorajar a criança a fazer perguntas; fazer entender à criança que é normal ter medo e encorajá-la a falar acerca dos seus sentimentos." (Tavares, 2011, p.36-37). Particularmente, quando o internamento não é programado é também essencial que "sejam explicadas as regras e funcionamento do serviço, bem como os procedimentos médicos a que a criança será sujeita (Barros, 2003, citado por Tavares, 2011, p.39).

A hospitalização pode provocar na criança resultados negativos a curto e a longo prazo, que estão relacionados com a duração e o número de internamentos, procedimentos invasivos múltiplos e ansiedade dos pais. No entanto também pode representar uma

oportunidade para as crianças dominarem o stress e sentirem-se competentes, proporcionando-lhes novas experiências de socialização que podem ampliar as suas relações interpessoais (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Conteúdos Guia de acolhimento

O que é a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos?

A Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos é uma unidade concebida para o tratamento de clientes pediátricos graves que, devido a choque, trauma ou outras condições potencialmente letais, requerem cuidados intensivos e contínuos e observação. (Levin & Mast, 1990; Randolph, Gonzales, Cortellini, & Yeh, 2004; Cid, Rey, Galán, Núñez, & Baldotano, 2013**;** Oliva, et al., 2018)

"O objetivo da unidade de terapia intensiva pediátrica é dar assistência ideal para bebês e crianças em estado crítico". (Levin & Mast, 1990, p.3)

"Estas Unidades podem integrar as mais sofisticadas intervenções de carácter médico, de enfermagem e técnico. A sua finalidade é dar resposta a pessoas vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um elevado grau de risco de vida, em que as condições clínicas se podem alterar constantemente" (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011, p.42)

Quem é internado na Unidade de Cuidados Intensivos pediátricos?

Todos os meninos e meninas com idade entre os 0 e os 18 anos que estejam gravemente doentes e que precisem de cuidados especializados e vigilância constante.

Na Unidade de Cuidados intensivos são internados todos os clientes que precisem de um elevado nível de cuidados, que estão em estado instável ou potencialmente instável e que precisam de pessoal e equipamentos especializados (Levin & Mast, 1990; Cid, Rey, Galán, Núñez, & Baldotano, 2013). "Nas Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos ficam internadas as crianças que, pela gravidade da sua situação, necessitam de cuidados médicos e de enfermagem mais frequentes, e de mais intervenção terapêutica por vezes com a utilização de "máquinas" que ajudam ao funcionamento dos órgãos - ventiladores, máquinas de diálise, etc." (Sociedade Portuguesa de Pediatria, n.d.)

Quem é que cuida das crianças internados?

Enfermeiros, médicos, assistentes operacionais (auxiliares). Eles estão sempre disponíveis para o que precisares! (informação obtida a partir de documentos da UCIP)

Os meus pais podem ficar comigo?

Os teus pais podem ficar contigo durante todo o dia, durante a noite apenas um deles ficará contigo (informação obtida a partir de documentos da UCIP)

E se eu tiver irmãos, eles podem visitar-me?

Se tiveres irmãos muitos pequeninos eles não podem vir pois não queremos que eles também fiquem doentes (podem apanhar algum vírus/bactéria no hospital).

Se for mais crescido tens que perguntar primeiro aos enfermeiros se ele pode vir.

Mas no caso de não poder vir podes sempre pedir que ele te mande um desenho, uma carta, uma mensagem que podes guardar junto a ti.

(informação obtida a partir de documentos da UCIP)

Posso ter os meus brinquedos comigo?

Sim, se quiseres podes trazer um ou dois brinquedos para teres contigo durante o internamento.

(informação obtida a partir de documentos da UCIP)

Há muita luz e barulho na sala…

Infelizmente sim. As Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos são lugares com muito barulho e luz pois muitas vezes precisamos fazer vários procedimentos às crianças internadas e os materiais que usamos são barulhentos (Halm, 2016)

No entanto nós tentamos ao máximo diminuir o ruído e barulho, especialmente à noite, para que possas descansar.

Posso levantar-me da cama?

Não, pois tens muitos fios ligados a ti (mais à frente explicamos quais), que não podemos tirar, e porque estás mais fraco e ainda não consegues levantar-te e andar.

(informação obtida a partir de documentos da UCIP)

Que material é este que me rodeia?

Monitor: (Sem suporte teórico)

Ventilador:

A ventilação mecânica é uma ajuda artificial à respiração que introduz gases na via aérea do doente através de um sistema mecânico externo. (Cid, Rey, Galán, Núñez, & Baldotano, 2013)

A ventilação mecânica é um procedimento de suporte para a substituição temporária da função respiratória normal em doentes onde esta função está comprometida. Consiste em proporcionar uma ajuda externa artificial à respiração do doente, mobilizando gás dentro dos pulmões e assim assegurar uma correta oxigenação dos tecidos e evitar a retenção carbónica. O objetivo principal da ventilação mecânica é manter temporariamente o doente bem ventilado e oxigenado até que a patologia que originou a necessidade desta técnica tenha revertido. Portanto, um segundo objetivo é cessar o dito apoio respiratório assim que a fase aguda for superada (Gili, Sánchez , & Pons, 2009).

Um ventilador é um sistema capaz de controlar a pressão em um gás, de modo que um gradiente de pressão positiva possa aparecer entre ele e o doente. Esta entrada de gás é administrada intermitentemente como ventilação de pressão positiva intermitente. O gradiente de pressão que é gerado entre o ventilador e o alvéolo determinará um fluxo de gás que permitirá a entrega de um certo volume corrente para a troca gasosa, objetivo básico do ventilador. São, portanto, ventiladores de pressão que limitam a energia previamente armazenada na forma de alta pressão em cilindros ou entradas de gás centralizadas (ar ou oxigênio). Ao mesmo tempo, eles usam um misturador de gás para alcançar uma concentração de oxigênio entre 21 e 100% (Gili, Sánchez , & Pons, 2009).

Seringas e bombas infusoras:

"Os dispositivos infusores contribuem para manter o fluxo correcto, dos fluidos EV; muitos destes dispositivos electrónicos registam o volume de fluidos perfundidos (Potter & Perry, 2006, p.412). "As bombas de infusão podem ser úteis para assegurar a constância da taxa de infusão, como por ser necessária na administração de uma medicação (…), assegurar a constância do volume administrado por unidade de tempo" (Morriss & Burns, 1990, p.476)

Aspirador: (sem suporte teórico)

O meu corpo poderá ficar diferente enquanto estiver internado?

A Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos produz na criança alterações ao nível da

sua autoimagem (imagem corporal). Esta alteração encontra-se associada à realização de diversos procedimentos invasivos realizados na criança/adolescente, podendo ser encarado como fonte de stress e ansiedade para a criança que teme a lesão corporal, "Depois do primeiro ano de vida todas as crianças temem a lesão corporal ou a mutilação, intrusão, alteração da imagem corporal, incapacidade ou morte" (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 1040).

Os doentes internados na Unidade de Cuidados intensivos "referiram preocupação em relação à (..) às alterações na imagem corporal". (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011, p.42).

A alteração da imagem corporal da criança é um dos stressores mais significativos para os pais (Ramirez, Navarro, Clavería, Molina, & Cox, 2018)

Para que serve…

… os elétrodos? (sem suporte teórico)

… um oxímetro? É uma luz vermelha que nos ajuda a ver se os níveis de oxigénio do teu corpo estão bem. Coloca-se na ponta de um dos dedos da mão ou dos pés.

"A oximetria de pulso permite a medição indirecta da saturação de oxigénio (…). O oxímetro de pulso consiste numa sonda com um LED (díodo emissor de luz) e fotossensor ligado, por cabo, a um oxímetro. A luz emitida pelo LED é absorvida de forma diferente pelas moléculas de hemoglobina oxigenadas e desoxigenadas. O fotosenssor detecta as diferenças de absorção de luz entre cada tipo de hemoglobina e o oxímetro calcula a saturação de pulso (SpO2). A SpO2 é uma estimativa fidedigna da SaO2" (p. 238) (Potter & Perry, 2006, p.238)

… uma braçadeira tensão arterial? Permite-nos ver a força do teu coração e coloca-se no braço ou na perna.

"A pressão arterial consiste na força exercida sobre as paredes de uma artéria pelo pulsar do sangue, sobre pressão, do coração" (p. 224. (Potter & Perry, 2006)

… uma sonda nasogástrica? É um tubo de borracha, mole e flexível que vai desde o nariz/boca até ao teu estômago e serve para poderes comer quando não consegues ou para tirar líquidos que estejam no teu estômago e que não te estejam a fazer bem.

"Quando o utente não consegue digerir, mastigar ou deglutir alimentos, mas consegue digerir e absorver nutrientes, coloca-se uma sonda de alimentação pela narina até ao

estômago (…). Podem reduzir o risco de aspiração da fórmula para os pulmões durante a alimentação entérica e podem ser necessárias, quando há estase gástrica" (Potter & Perry, 2006, p. 833)

… uma sonda de aspiração? (sem suporte teórico)

… uma algália? É um tubo de borracha, mole e flexível, que se insere desde a entrada no pipi/pilinha até à tua bexiga para tirar o teu xixi. Colocamos esta sonda quando tu não consegues fazer xixi ou quando precisamos de saber exatamente quanto xixi tu fazes por dia.

"A algaliação consiste na introdução de um tubo de borracha ou plástico através da uretra, para dentro da bexiga. A algália permite um fluxo continuo de urina em utentes incapazes de controlar a micção ou com obstruções" (Potter & Perry, 2006, p869)

"A algaliação permanente está indicada para as seguintes situações:

1. Obstrução do fluxo urinário
2. Utentes submetidos a intervenções cirúrgicas, que envolvem o aparelho urinário ou as estruturas vizinhas
3. Para evitar a obstrução ureteral por coágulos de sangue
4. Para registar com exactidão o débito, em utentes em estado crítico ou em coma
5. Para evitar a ruptura da pele em utentes incontinentes e em coma
6. Para irrigação vesical contínua ou intermitente" (Potter & Perry, 2006, p.870)

… um Catéter Venoso central? É um tubo muito fininho que se coloca numa grande veia do teu corpo (pode ser no pescoço, na perna ou junto ao ombro) e por onde se dá a medicação que tu precisas ou tira-se sangue para análises. Pode ter duas ou três vias e como está numa grande veia pode ficar muito tempo lá e não é preciso trocar tantas vezes.

"Os cateteres endovenosos de grande calibre, colocados numa veia central, como a veia subclávia, são usados para administrar grandes quantidades de fluidos e APT ou fármacos irritantes" (Potter & Perry, 2006, p.412). São mais seguros e duráveis que uma via periférica, permite a administração de todo ou tipo de medicamentos, nutrição e fluidos parentais a uma taxa de infusão elevada, permite a monitorização hemodinâmica e permite realizar técnicas que necessitem de um fluxo sanguíneo elevado (Cid, Rey, Galán, Núñez, & Baldotano, 2013)

… um cateter venoso periférico? É parecido com o cateter venoso central mas é mais

pequeno e é colocado em veias mais pequenas. Só tem uma via, é colocado nas mãos ou nos braços e tem que se substituir mais vezes pois estraga-se mais depressa devido a estar numa veia pequena.

"A punção venosa destina-se a fazer colheita de amostras de sangue, administrar um fármaco, instituir perfusão de líquidos EV" (Potter & Perry, 2006, p.412). Os catéteres venosos periférios permitem a administração de fluidoterapia, hemoderivados e medicamentos intravenosos (em bólus ou perfusão continua) e colheitas de sangue (Cid, Rey, Galán, Núñez, & Baldotano, 2013)

… uma Linha Arterial? Tubo que se coloca numa artéria do teu corpo (geralmente no braço ou nas virilhas) e que permite ver a força do teu coração constantemente. Também se pode tirar sangue para análises daqui.

"A monitorização da pressão intra-arterial está indicada em qualquer situação médica ou cirúrgica que comprometa o débito cardíaco e o volume de líquidos (…). O sistema destina-se à medição continua de três parâmetros da pressão arterial: sístole, diástole, e pressão arterial média. Para além disso, o acesso direto a uma artéria é útil no tratamento de doentes com insuficiência respiratória aguda, que requerem frequentes medições dos gases no sangue arterial" (Thelan, Davie, & Urden, 1993, p.255). "são utilizados em pacientes que se encontram instáveis ou potencialmente instáveis para: coleta frequente de sangue (…), monitorização continua da pressão arterial (…), coleta rápida e atraumática de exames frequentemente requisitados." (p. 484) (Levin & Mast, 1990, p.484). Permitem o controlo continuo e registo gráfico da tensão arterial e o controlo gasométrico arterial frequente em casos de insuficiência respiratória grave (Cid, Rey, Galán, Núñez, & Baldotano, 2013)

… óculos nasais/máscara de oxigénio? Servem para te dar oxigénio quando os teus níveis de oxigénio estão baixinhos ou quando estás mais cansado.

A oxigenoterapia é um procedimento pelo qual é fornecido mais oxigénio do que o contido no ar ambiente (Cid, Rey, Galán, Núñez, & Baldotano, 2013). "O oxigénio pode ser fornecido ao utente através de cânula nasal, cateter nasal, máscara facial" (p. 755 (Potter & Perry, 2006, p.755).

"A oxigenoterapia pode ser administrada através de vários dispositivos. (…) as principais indicações para a administração de oxigénio são a hipoxemia e a hipoxia tecidular. (…) a finalidade da administração de oxigénio é fornecer ao ar inspirado uma concentração de

oxigénio que permita a utilização plena da capacidade transportadora de oxigénio do sangue artéria, e consequentemente assegurar uma oxigenação tecidular apropriada, considerando um débito cardíaco adequado e uma concentração e estrutura de hemoglobina normais" (Thelan, Davie, & Urden, 1993, p.506)

… tubo endotraqueal? É um tubo que se coloca na boca até à entrada do pulmão e que serve para te ajudar a respirar quando os teus pulmões estão muito cansados. Este tubo liga-se ao ventilador que te mostramos antes.
"A sonda endotraqueal é a via aérea artificial mais utilizada nas intervenções de suporte das vias aéreas durante um curto período de tempo. (…) pode ser introduzida por via orotraqueal ou nasotraqueal. (…) As indicações para a intubação endotraqueal são as seguintes: (1) insuficiência ou falência respiratória, (2) manutenção de uma via aérea em doentes com obstrução independentemente da presença de uma via aérea faríngea, (3) prevenção de aspiração massiva do conteúdo gástrico, num doente comprometido, (4) remoção das secreções da via aérea, e (5) necessidade de proporcionar uma fração de oxigénio inspirado (FiO2) > 60% (indicação relativa)" (Thelan, Davie, & Urden, 1993, p.514). Consiste na colocação de um tubo na traqueia, através do nariz ou da boca. A sua finalidade é estabelecer uma comunicação segura entre a traqueia e o exterior (Cid, Rey, Galán, Núñez, & Baldotano, 2013)

… um dreno? É um tubo de borracha que se coloca em qualquer parte do teu corpo, geralmente após uma cirurgia, e que serve para tirar líquidos que o teu corpo não precisa.
"Os aspiradores de drenagem são unidades práticas, portáteis, que se ligam a drenos tubulares dentro do leito de uma ferida e que exercem vácuo de baixa pressão seguro, constante, para retirar e recolher drenagem" (Potter & Perry, 2006, p.974)

… um dreno torácico? Tubo que se coloca no peito, de lado, e que fica junto ao pulmão. Serve para tirar líquido ou ar (que está fora do pulmão) e que faz com que o teu pulmão fique doente. Este tubo liga-se a um reservatório onde fica o ar/líquido.
"o dreno torácico é um cateter inserido através do tórax para retirar ar e líquidos do espaço pleural, e para restabelecer a pressão normal intrapleural e intrapulmonar. Os drenos são usados após cirurgia torácica, traumatismo do tórax e pneumotórax ou hemotórax, para promover a expansão pulmonar" (Potter & Perry, 2006, p.489)
"Os drenos torácicos são inseridos no espaço pleural para remoção de líquido e ar e,

consequentemente, reinstalar a pressão negativa intrapleural e permitir a reexpansão da totalidade ou parte do pulmão colapsado" (Thelan, Davie, & Urden, 1993, p.534).

A seguinte tabela também foi consultada para adequar alguns termos técnicos à linguagem da criança. A tabela foi extraída do Guia Orientador de Boas Práticas, Volume II (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.69)

TERMOS A EVITAR	TERMOS A UTILIZAR
Injecção, picada de abelha, agulha	Remédio por baixo da pele
Órgão	Lugar especial no corpo
Exame	Ver como (especificar a parte do corpo) está a funcionar
Incisão	Abertura especial, «risquinho na pele»
Edema	Inchaço
Maca	Cama com rodinhas
Fezes	Cocó, ou termo usual da criança
Contraste	Remédio especial
Dor	Magoado; «dói, dói»; desconforto
Sonolento	Dormente, com sono
Tirar (como em «tirar a sua temperatura»)	Ver se está quente
Medir (como em «medir sua pressão arterial»)	Pode apertar um bocadinho; encher com ar «a braçadeira, como a da praia»
Colocar para dormir, anestesia	Sono especial
Cateter	Tubo
Monitor	Televisão
Eléctrodos	Autocolantes
Espécime	Amostra; bocadinho

Adaptado de: HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN, W. – ***Wong* Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª ed. Mosby. Rio de Janeiro, 2006.

3 – GUIA DE ACOLHIMENTO

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA·PORTO·VISEU



Guia de Acolhimento para a criança internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Olá _____, o meu nome é _____, e sou enfermeira/o aqui na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.



Bem-vindo ao nosso serviço!

Este guia de acolhimento foi feito para ti e ele vai ajudar-te durante o teu internamento, aqui na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Vira a página para saberes mais sobre o nosso serviço.

O que é a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)?

A UCIP é um serviço do hospital que trata das crianças que estão muito doentes e que precisam de cuidados intensivos e de vigilância permanente. Aqui, são prestados cuidados muito especializados e que não podem ser feitos noutros serviços do hospital.

Quem é internado na UCIP?



Todos os meninos e meninas com idades entre os 0 e os 18 anos que estejam gravemente doentes e que precisem de cuidados especializados, vigilância constante e que precisem de ajuda de algumas "máquinas" para ficarem boas.

As crianças, aqui internadas, podem ter problemas respiratórios, cardíacos, infeções graves e/ou podem ter sido operadas recentemente, e podem vir da

urgência, do bloco operatório, da rua, de outro serviço do hospital ou de outro hospital.

Quanto tempo ficarei internado?



O tempo que for necessário até ficares melhor!

Os enfermeiros e médicos vão te pondo a par das tuas melhorias!

Quem é que cuida das crianças internados?

Enfermeiros e médicos especializados em cuidados intensivos pediátricos e assistentes operacionais (auxiliares). Eles estão sempre disponíveis para o



que precisares!

Posso ter os meus brinquedos comigo?



Sim, se quiseres podes trazer um ou dois brinquedos para teres contigo durante o internamento.

Os meus pais podem ficar comigo?



Os teus pais podem ficar contigo durante todo o dia, mas, durante a noite, apenas um deles ficará contigo.

E se eu tiver irmãos, eles podem visitar-me?

Se tiveres irmãos muitos pequeninos eles não podem vir pois não queremos que eles também fiquem doentes (podem apanhar algum vírus/bactéria no hospital).

Se for mais crescido tens que perguntar primeiro aos enfermeiros se ele pode vir.

Mas no caso de não poder vir podes sempre pedir que ele te mande um desenho, uma carta, uma mensagem que podes guardar na tua unidade.



Há muita luz e barulho na sala…

Infelizmente sim. A UCIP é um lugar barulhento e com muita luz pois muitas vezes precisamos de fazer vários procedimentos às crianças internadas e os materiais/"máquinas" que usamos são barulhentos.

No entanto nós tentamos ao máximo diminuir o ruído e barulho, especialmente à noite, para que possas descansar.

Posso levantar-me da cama?

Não, pois tens muitos fios ligados a ti (mais à frente explicamos quais), e que não podemos tirar porque precisas deles para a tua recuperação.

Mas é possível fazer várias coisas deitado/sentado na cama (jogar no telemóvel/consola, desenhar, ler, escrever).

O meu corpo poderá ficar diferente enquanto estiver internado?

Sim, mas são alterações temporárias.

Como estás muito doente os médicos e enfermeiros precisarão de fazer vários procedimentos para te ajudarem a ficares bom e isso poderá significar teres máquinas e materiais no teu corpo, ou ligados a ele, que não tinhas antes, e que podem alterar (provisoriamente) a imagem do teu corpo.

Mas não te preocupes, os médicos e enfermeiros explicam-te sempre todos os procedimentos que te vão fazer e podes também perguntar. De seguida vamos mostrar-te os materiais e as máquinas que existem na unidade e que usamos para fazer os tratamentos.

Que material é este que me rodeia?

Monitor: É um aparelho que serve para avaliar os teus sinais vitais (Frequência cardíaca – diz a quanto bate o teu coração; Saturação oxigénio – o nível de oxigénio no teu sangue; Frequência respiratória – quantas vezes respiras por minuto; Temperatura do teu corpo; e Tensão arterial)



Ventilador: É uma máquina que te ajuda a respirar quando os teus pulmões estão doentes. Podem ser invasivos ou não invasivos. Os invasivos ligam-se ao teu pulmão através de um tubo, os não invasivos ajudam-te a respirar através de uma máscara.





Seringas e bombas infusoras: Equipamentos que servem para administrar medicamentos. Permitem controlar o ritmo e o volume do medicamento que te damos.



Aspirador: Este aspirador serve para aspirar secreções e outros líquidos que estão no teu corpo e que te estão a pôr doente.



Para que serve…

… os elétrodos? São autocolantes que ficam no teu peito e que nos ajudam a ver como bate o teu coração e o ritmo da tua respiração





… **um oxímetro?** É uma luz vermelha que nos ajuda a ver se os níveis de oxigénio do teu corpo estão bem. Coloca-se na ponta de um dos dedos da mão ou dos pés.

… **uma braçadeira tensão arterial?** Permite-nos ver a força do teu coração e das tuas artérias. Coloca-se no braço ou na perna.



… **uma sonda nasogástrica?** É um tubo de borracha, mole e flexível, que vai desde o nariz/boca até ao teu estômago e serve para poderes comer quando não consegues, ou para tirar líquidos que estejam no teu estômago e que não te estejam a fazer bem.



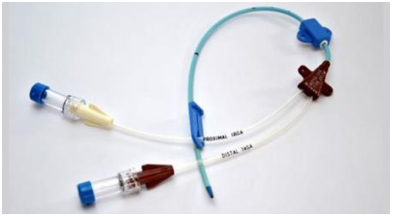
… **uma sonda de aspiração?** Tubo fininho de borracha que se liga ao aspirador e que serve para aspirar secreções que possas ter na boca ou no nariz.



… **uma algália?** É um tubo de borracha, mole e flexível, que se insere desde a entrada do pipi/pilinha até à tua bexiga para sair o xixi. Colocamos este tubo quando tu não consegues fazer xixi ou quando precisamos de saber exatamente quanto xixi tu fazes por dia.



… **um cateter Venoso central?** É um tubo muito fininho que se coloca numa grande veia do teu corpo (pode ser no pescoço, na perna ou junto ao ombro) é por onde se dá a medicação que tu precisas ou tira-se sangue para análises. Pode ter duas ou três saídas e como está



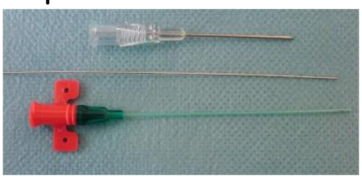
numa grande veia pode ficar muito tempo lá e não é preciso trocar tantas vezes.

… **um cateter venoso periférico?** É parecido com o cateter venoso central,



mas é mais pequeno e é colocado em veias mais pequenas. Só tem uma saída, é colocado nas mãos ou nos braços e tem que se substituir mais vezes pois estraga-se mais depressa devido a estar numa veia pequena.

… **uma Linha arterial?** Tubo pequeno e flexível que se coloca numa artéria do teu corpo (geralmente no braço ou nas virilhas) e que permite ver a tensão arterial de forma constante. Também se pode tirar sangue para análises daqui, sem agulhas!



… **óculos nasais/máscaras de oxigénio?** Servem para te dar oxigénio quando os teus níveis de oxigénio estão baixinhos ou quando estás mais cansado.



… **tubo endotraqueal?** É um tubo de plástico que se coloca na boca e que vai até à traqueia. Serve para te ajudar a respirar quando os teus pulmões estão muito doentes e tu tens muita dificuldade em respirar. Este tubo liga-se ao ventilador que te mostramos antes.



Aos meninos que têm este tubo e estão ligados ao ventilador é dada medicação para dormir e não ter dores.

Com este tubo não poderás falar, não porque ficaste sem voz, mas porque o

ar do teu pulmão sai pelo tubo e não passa nas cordas vocais.

… **um dreno?** É um tubo de borracha que se coloca em qualquer parte do teu corpo, geralmente após uma cirurgia, e que serve para tirar líquidos que o teu corpo não precisa.





… **um dreno torácico?** Tubo que se coloca no peito, de lado, e que fica junto ao pulmão. Serve para tirar líquido ou ar (que está fora do pulmão) e que faz com que o teu pulmão fique doente. Este tubo liga-se a um reservatório onde fica o ar/líquido.




A tua estadia na UCIP pode ser longa, difícil e existirão muitos momentos que te poderás sentir muito triste, mas tu és forte e vais conseguir ultrapassar este obstáculo!

Podes contar com toda a equipa para te ajudar em todos os momentos!

Estamos cá para ti e para tudo o que precisares!



Agora que já conheces melhor a unidade onde estás internado esperamos que o teu internamento seja mais fácil!

Se quiseres podes utilizar estas folhas para escreveres ou desenhares o que vais sentindo durante o internamento.

Elaborado por:

Marta Ferreira, aluna Mestrado área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, UCP

Com a colaboração de:

outubro, 2018

4 – AVALIAÇÃO

Todo o processo de elaboração do guia foi supervisionado pela Enfermeira orientadora, tendo sido solicitada a colaboração da educadora do serviço para que avaliasse se a linguagem utilizada no guia estava adequada à faixa etária. Como referido inicialmente não foi possível realizar um pré-teste do mesmo dado que no local da prática profissional, neste período, não esteve internada nenhuma criança em idade escolar. Apesar disso, considerou-se pertinente solicitar a uma mãe de uma criança em idade escolar internada no local de estágio a sua opinião acerca do guia de acolhimento. Esta avaliou o guia de forma positiva referindo que seria uma mais valia para as crianças internadas.

O guia foi apresentado de forma informal numa passagem de turno tendo ficado alguns exemplares no serviço para que os enfermeiros o utilizassem no futuro na sua prática de cuidados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aspesberro, F., Mangione-Smith, R., & Zimmerman, J. J. (2015). Health-related quality of life following pediatric critical illness. *Intensive Care Medicine, 41*, 1235-1246. doi:10.1007/s00134-015-3780-7

Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. R. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem, 15*(2), 41-59. Obtido em 30 de setembro de 2018

Cid, J. L.-H., Rey, C. C., Galán, C. R., Núñez, A. R., & Baldotano, A. (2013). *Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos* (4ª ed.). Madrid, Espanha: Publimed.

Dow, B., Kenardy, J., Long, D., & Le Brocque, R. (2012). Children's post-traumatic stress and the role of memory following admission to intensive care: A review. *Clinical Psychologist, 16*, 1-14. doi:10.1111/j.1742-9552.2012.00040.x

Gequelin, J., Fernandes, K. F., Oliveira, G. P., & Dyniewicz, A. (Jul/Set de 2014). Percepção de acompanhantes sobre a criança intubada em UTI pediátrica. *Cogitare Enfermagem, 19*(3), 483-490. doi:10.5380/ce.v19i3.33434

Gili, T., Sánchez , S., & Pons, M. (2009). Principios de ventilación mecánica. Em J. P. Orive, *Manual de Ventilación Mecánica en Pediatría* (2ª ed., pp. 37-52). Madrid: Publimed.

Halm, M. (2016). Making Time for Quiet. *American Journal of Critical Care, 25*(6), 552-555. doi:http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016557

Harter, S. (2012). *The Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014a). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição.* (9ª ed., Vol. I). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014b). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição* (9ª ed., Vol. II). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Instituto de Apoio à Criança. (2008). Carta da Criança Hospitalizada. *4ª edição*. Lisboa.

Levin, D. L., & Mast, C. P. (1990). Conceito de unidade de terapia intensiva pediátrica. Em D. L. Levin, F. C. Morriss, & G. C. Moore, *Um guia prático para a pediatria intensiva* (G. M. Siaulys, L. K. Ribeiro, & P. C. Havrenne, Trads., 1ª edição ed., pp. 3-4). S. Paulo, Brasil: Livraria Roca Ltda.

Morriss, F. C., & Burns, D. S. (1990). Bombas infusoras. Em D. L. Levin, F. C. Morriss, & G. C. Moore, *Um guia prático para a pediatria intensiva* (pp. 476-4766). S. Paulo, Brasil: Livraria Roca Ltda.

Oliva, P., Cambra-Lasaosa, F. J., Quintana-Díaz, M., Rey-Galán, C., Sánchez-Díaz, J. I., Martín-Delgado, M. C., . . . Blanch, L. (2018). Guias de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. *Anales de Pediatria, 88*(5), 287.e1-288.e11. doi:https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.10.008

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume II. Obtido em 19 de setembro de 2018, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf

Papalia , D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª edição ed.). Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos* (5ª edição ed.). Loutes: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Ramirez, M., Navarro, S., Clavería, C., Molina, Y., & Cox, A. (2018). Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista Chilena de Pediatría, 89*(2), 182-189. doi:10.4067/S0370-41062018000200182

Randolph, A. G., Gonzales, C. A., Cortellini, L., & Yeh, T. S. (2004). Growth of pediatric intensive care units in the United States from 1995 to 2001. *The Journal of Pediatrics, 144*(6), 792-798. doi:10.1016/j.jpeds.2004.03.019

Rennick, J. E., Dougherty, G., Chamber, C., Stremler, R., Childerhose, J. E., Stack, D. M., . . . Hutchison, J. (2014). Children's psychological and behavioral responses following pediatric intensive care unit hospitalization: the caring intensively study. *BMC Pediatrics, 14*(276), 1-11. doi:10.1186/1471-2431-14-276

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (n.d.). *Cuidados Intensivos Pediátricos - Para os pais*. Obtido em 21 de setembro de 2018, de Sociedade Portuguesa de Pediatria: http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=126

Tavares, P. P. (2011). *Acolher Brincando.* Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Thelan, L. A., Davie, J. K., & Urden, L. D. (1993). *Enfermagem em cuidados intensivos Diagnóstico e Intervenção.* Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

APÊNDICE XV

Guião Entrevista Serviço de Pedopsiquiatria

GUIÃO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO – SERVIÇO DE PEDOPSIQUIATRIA

Tema: Promoção da Autoestima na Criança e Adolescente

Objetivos: Realizar o levantamento das necessidades do serviço onde se realiza o estágio para elaboração de atividades que permitam dar resposta a essas necessidades e contribuam para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Apresentar os objetivos da realização do estágio

Questões/Temas

1. Apresentação da temática escolhida para abordar ao longo dos estágios: "Promoção da Autoestima na Criança e Adolescente"
2. Apresentar objetivos da atividade (Conhecer as intervenções de Enfermagem realizadas pela equipa de Enfermagem do serviço de Pedopsiquiatria - como forma de adquirir ferramentas de trabalho no âmbito da promoção da autoestima)
3. Considera pertinente a realização desta atividade?
4. Qual será a melhor maneira de realizar esta atividade?

APÊNDICE XVI

Relatório e Reflexão Crítica:

Observação participada, Serviço de Pedopsiquiatria

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório e Reflexão Crítica
Observação participada
Serviço de Pedopsiquiatria

Unidade Curricular:

Estágio e Relatório

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, outubro de 2018

INTRODUÇÃO

O presente relatório e reflexão foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular "Estágio e Relatório" realizada em contexto de internamento de pediatria. O contexto de Pediatria escolhido para realizar o estágio foi a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. No entanto, foi realizada uma atividade de observação no serviço de Pedopsiquiatria neste estágio como forma de enriquecer o percurso formativo. Desta forma, considerou-se pertinente apenas a realização da observação das atividades e intervenções realizadas pelos enfermeiros do serviço de modo a conhecer as intervenções realizadas pelos mesmos, e que possam no futuro ser utilizadas em estágio pela estudante, assim como compreender o modo de funcionamento do serviço de Pedopsiquiatria e a relação estabelecida entre a criança internada e o Enfermeiro.

Traçou-se como objetivo da atividade "Conhecer as intervenções de Enfermagem realizadas pela equipa de Enfermagem do serviço de Pedopsiquiatria". Foi proposta como atividade que desse resposta ao objetivo traçado a realização de observação participada das intervenções de Enfermagem realizadas pela equipa de Enfermagem do serviço de Pedopsiquiatria e, posteriormente, a elaboração de um relatório reflexivo acerca da mesma como forma de avaliação.

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O serviço de pedopsiquiatria onde decorreu o estágio tem como missão a prestação de cuidados diferenciados de Saúde Mental em regime de ambulatório e de internamento a população infantil e juvenil (até aos 18 anos, exclusive) da sua área de influência, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde. Está integrado num hospital pediátrico do distrito de Lisboa, dispondo de 16 vagas e recebe crianças até aos 17 anos.

Tal como em outros serviços a equipa de profissionais de saúde do serviço é uma equipa multidisciplinar composta por médicos pedopsiquiatras, enfermeiros, psicólogos, psicomotricista e terapeuta ocupacional, sendo que neste serviço, devido à sua especificidade, o trabalho da equipa multidisciplinar é mais evidente, pois as perturbações psiquiátricas na criança e adolescente são multideterminadas e apresentam diversas vertentes que necessitam ser trabalhadas. Através do trabalho em contexto multidisciplinar e reuniões diárias, é negociado com a Criança/Adolescente/Família um Projeto Terapêutico personalizado.

A metodologia de trabalho adotada baseia-se na continuidade de cuidados e na atribuição de um Enfermeiro de Referência por cada criança. As intervenções realizadas privilegiam a prevenção, o diagnóstico e tratamento precoces, a continuidade de cuidados, bem como a integração familiar, escolar, social e o combate ao estigma.

O internamento tem como objetivo criar um ambiente terapêutico, trabalhar a relação e mediar. Para além do ambiente terapêutico utilizam-se como intervenções a terapia farmacológica, terapias individuais, de grupo e familiares e intervenções a nível pedagógico e social.

AMBIENTE TERAPÊUTICO

O ambiente terapêutico (millieu therapy) é um dos objetivos do internamento em Pedopsiquiatria, constituindo-se uma ferramenta principal de terapia, e define-se como uma "estruturação científica do ambiente de modo a provocar uma mudança comportamental e a melhorar a saúde psicológica e o funcionamento do indivíduo" (Skinner, 1979, citado por Townsend, 2011, p. 202). O objetivo é manipular o ambiente de modo a que todos os aspetos da experiência hospitalar da criança sejam considerados terapêuticos. O ambiente terapêutico tem também como objetivo ajudar o cliente a aprender a generalizar para outros aspetos da sua vida o que é apreendido. Espera-se que a criança internada neste ambiente aprenda estratégias de coping adaptativo, interação e capacidades de relacionamento, que podem posteriormente ser generalizadas a outros aspetos da sua vida (Townsend, 2011). "As condições que promovem uma comunidade terapêutica no *setting* psiquiátrico são semelhantes aos tipos de condições que existem em situações de vida diárias" (Townsend, 2011, p. 207).

No ambiente terapêutico "tudo o que acontece ao cliente, ou dentro do ambiente do cliente, é considerado como parte do programa de tratamento. A comunidade é a base do programa de tratamento" (Townsend, 2011, p. 203).

O ambiente terapêutico baseia-se em sete pressupostos básicos (Townsend, 2011, 202):

- "A saúde de cada indivíduo deve ser realizada e incentivada a desenvolver-se (…);
- Cada interação é uma oportunidade de intervenção terapêutica (…);
- O cliente é dono do seu próprio ambiente (…);
- Cada cliente é dono do seu comportamento (…);
- A pressão dos pares é uma ferramenta útil e poderosa (…);
- Os comportamentos inapropriados são resolvidos conforme forem ocorrendo (…);
- Restrições e punições devem ser evitadas (…)".

O ambiente hospitalar é considerado terapêutico quando (Townsend, 2011, p. 203-204):

- "Necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas (…);
- As instalações físicas são favoráveis ao alcance dos objetivos da terapia (…);
- Existe uma forma democrática de autonomia (…);
- As responsabilidades são atribuídas de acordo com as capacidades do cliente (…);
- É programado um programa estruturado de atividades sociais e relacionadas com o

trabalho como parte do programa de tratamento (…);

- A comunidade e a família estão incluídas no programa de terapia com a finalidade de facilitar a alta do tratamento".

ATIVIDADES

O cuidar do doente implica a utilização de Intervenções Terapêuticas que se constituem o foco do processo de Enfermagem. Aqui se definem todas as ações ou atividades relativas a esse processo, o qual visa uma perspetiva de transição onde caibam os objetivos das referidas Intervenções Terapêuticas, que sejam facilitadoras de processos de saudáveis em vez de doentios e sirvam de suporte a indicadores de processos positivos. Neste contexto as intervenções de Enfermagem requerem uma maximização das capacidades do cliente, já presentes ou a evidenciar, contribuindo para o restabelecimento dos níveis de saúde desejados no domínio da funcionalidade e autorrealização (Meleis, 2005; Meleis, 2010).

O serviço de Pedopsiquiatria tem um plano semanal de atividades de grupo destinadas às crianças/adolescentes internadas no serviço. As atividades são realizadas durante o turno da manhã.

Cada atividade tem um ou dois enfermeiros responsáveis pelas mesmas. Cada atividade tem um plano de sessão, que é adaptado semanalmente consoante o grupo que irá integrar a atividade. Algumas temáticas das atividades são escolhidas pelos participantes na semana anterior. Consoante o número de crianças/adolescentes internados os enfermeiros optam por fazer um ou dois grupos. Estes são constituídos de forma homogénea, ou seja, idades semelhantes, patologias semelhantes, entre outros, de forma a que a atividade decorra de forma harmoniosa, sem interrupções e sem conflitos.

Nem todas as crianças/adolescentes estão autorizadas a participar nas atividades. Antes de cada atividade é avaliado o estado psicológico de cada uma e é analisado o benefício para a criança entre a realização ou a não realização da atividade. As crianças/adolescentes não são obrigadas a participar na atividade, mas é sempre explorado o porquê de não quererem participar e é-lhes explicado os benefícios da mesma, sendo que não vão contrariadas/obrigadas para a atividade pois não é benéfico para as mesmas e isso perturbará o grupo. Fica sempre, pelo menos, um enfermeiro fora das atividades para ficar com as crianças/adolescentes que não quiseram/puderam participar. Os enfermeiros também participam nas atividades com as crianças/adolescentes. A presença do enfermeiro na atividade é fundamental pois permite avaliar a criança/adolescente em diversos contextos observacionais, permite-lhe, se necessário intervir precocemente (Dias & Carvalho, 2017) e incentiva as crianças/adolescentes a participar.

Se for necessário durante a atividade, a criança também pode sair, se assim o desejar, ou pode ser convidada a sair caso esteja a perturbar o grupo, ou não esteja a ser benéfico/terapêutico para a mesma a participação na atividade.

Todas as atividades começam com apresentação dos participantes seguido de um jogo de quebra-gelo, depois a atividade e no final é feita uma reflexão individual sobre a atividade e avaliação da mesma. A forma como cada criança participou na atividade é registada em notas de enfermagem

De acordo com Townsend (2011, p. 422) "A terapia de grupo proporciona às crianças e adolescentes a oportunidade de interagir dentro de uma associação com os seus pares. (…) É um modo de aprender a partir da experiência dos outros", e pode assumir diversas formas permitindo à criança/adolescentes exprimir-se de diversas formas. Na atividade de grupo a criança aprende comportamentos sociais apropriados, a partir do feedback negativo/positivos dos pares, é-lhe proporcionada a oportunidade de "aprender a tolerar e a aceitar diferenças nos outros; aprender que é aceitável não concordar, aprender a oferecer e receber apoio de outros e a praticar estas novas capacidades num ambiente seguro" (Townsend, 2011, p. 422).

As atividades de grupo também fazem parte do ambiente terapêutico, "pretende-se que o adolescente internado tenha um papel ativo e não um papel "de doente", participando em diversas atividades "lúdico terapêuticas" disponíveis (…). Todos estes momentos devem proporcionar ao adolescente um espaço terapêutico, tranquilo e em que se sinta emocionalmente confortável" (Dias & Carvalho, 2017, p. 68-69).

De seguida apresenta-se o quadro com as atividades realizadas e respetivo dia da semana, assim como a descrição de cada atividade e respetiva observação participada realizada.

Segunda-feira	**Terça-feira**	**Quarta-feira**	**Quinta-feira**	**Sexta-feira**	**Sábado**	**Domingo**
Expressão Dramática	Terapia pela arte	Dança e movimento	Culinária	Reunião Comunitária Banca das Guloseimas Cineterapia Balanço da semana	Ata reunião comunitária Autocuidado	Relaxamento Exterior

Expressão Dramática

A expressão dramática é uma atividade que tem como objetivo a expressão de sentimentos. É uma atividade de introspeção onde as crianças/adolescentes expressam os

seus sentimentos através de jogos e teatro. A expressão dramática tem como objetivo "transformar a agitação e a agressividade, num movimento relacional quer com os seus pares quer com os adultos" (Carreira & Correia, 2011, p.8).

No dia em que estive presente a atividade teve sete participantes (seis adolescentes do sexo feminino, uma criança em idade escolar de sexo masculino) e 5 técnicos (2 enfermeiros do serviço, 2 estudantes da especialidade de saúde mental e 1 estudante da especialidade de saúde infantil e pediátrica).

A atividade começou com a apresentação dos participantes (técnicos incluídos), de seguida cada criança/adolescente foi convidado a fazer um balanço acerca de como correu a sua semana, os enfermeiros foram explorando o que cada criança disse, reforçando aspetos positivos. De seguida realizou-se um quebra gelo – o jogo do gosto ou não gosto. Durante a realização do quebra-gelo uma das crianças pediu para sair, reagindo com alguma violência ao facto de ninguém se ter identificado com a frase que ele tinha dito, revelando dificuldade em lidar com a rejeição e a frustração. Os técnicos tentaram acalmar a criança mostrando-lhe que estava num grupo seguro e que ninguém o tinha ridicularizado, no entanto a criança quis na mesma sair. Após a sua saída foi explicada a situação ao grupo e continuou-se a atividade.

A atividade seguinte consistia em espelhar o colega. Formaram-se 4 pares, um espelho e outro era espelhado. O que fazia de espelho tinha que falar sobre a pessoa que tinha à sua frente realçando os seus pontos positivos. O espelhado não podia falar. Ao fim de um minuto os espelhados trocavam de espelho. Depois de terem passado por todos os espelhos invertiam-se os papeis, os espelhos passavam a espelhados e vice-versa e repetia-se o esquema. No início da atividade uma jovem pediu para sair pois não se sentia confortável em realizar a atividade. A mesma regressou posteriormente para a avaliação da atividade.

Na reflexão acerca do jogo do espelho os jovens verbalizaram que tinham gostado da atividade, mas que tinha sido difícil falar sobre os outros. Referiram também que o facto de nem todos se conhecerem bem tornou a atividade mais difícil. Mas no geral sentiram-se satisfeitos com a atividade pois puderam aprender coisas novas sobre si, aprendendo a valorizarem-se mais.

Os técnicos também fizeram a avaliação da atividade entre si no final. A conclusão a que se chegou foi que é difícil falar sobre os outros, especialmente coisas positivas, pois não estamos habituados a tal. Apesar disso é mais fácil falar sobre os outros do que sobre nós próprios, mas, mais difícil, é ouvir elogios e coisas boas sobre nós e não conseguir responder.

Terapia pela arte

A arteterapia pode definir-se como a "promoção da comunicação por meios de desenhos ou outras formas de arte" (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010, p. 164). É "um método de tratamento terapêutico para o desenvolvimento pessoal, que faz uso e integra diferentes mediadores artísticos. A relação terapêutica é estabelecida através da interação entre o paciente, considerar o 'criador', o objeto de arte, que é a 'criação' executada no setting, e o arte-terapeuta, utilizando recursos como a imaginação, o simbolismo e as metáforas. Este contexto facilita a comunicação, a reorganização dos conteúdos internos, a expressão emocional significativa e o aprofundar do conhecimento interno, libertando a capacidade de pensar e a criatividade". (Carvalho, 2001, citado por Souza Martins, 2012, p.16). Baseia-se numa abordagem não-verbal que tem como finalidade promover a saúde e facilitar a recuperação, através de um envolvimento ativo ou passivo numa atividade expressiva (Canha, 2016).

A arteterapia pode ser utilizada para aprimorar a expressão, a atenção e a memória, a integração sensorial, a formação de símbolos, a linguagem, a compreensão leitora, a representação e orientação espacial, a personalidade, as capacidades motoras e psicomotoras, a autoestima e a autoaceitação, o autoconceito, autonomia, a capacidade de tomada de decisão, a capacidade de antecipação, a exploração e execução, o aumento da motivação, da consciência e da regulação emocional, estratégias de coping, cooperação e realização de vida, esperança e resiliência, resistência, capacidade de compromisso, atitude positiva e tolerância à frustração, individualização, socialização, desenvolvimento de comportamentos pró-sociais, da estética e da criatividade (Canha, 2016).

Como referido anteriormente os programas de arteterapia melhoram a autoestima das crianças pois permitem alcançar um sucesso significativo com a arte, e a expressão criativa das emoções leva a uma melhor aceitação de si e dos outros (Kaufman, et al., 2014). A arteterapia desenvolve o potencial criativo da criança e permite que consiga encontrar novas soluções para os seus problemas (Canha, 2016).

É uma ferramenta importante para o desenvolvimento da perceção, imaginação e capacidade crítica. Permite que as pessoas analisem a realidade percebida e desenvolvam a criatividade de forma que possa levar à mudança (Farre, et al., 2018).

Na atividade de terapia pela arte participaram duas crianças, dois adolescentes e três técnicos. A atividade foi iniciada com um quebra-gelo onde as crianças/adolescentes foram convidadas a rasgar folhas como forma de dirigir a sua agressividade/raiva e acalmarem-se para poderem realizar a atividade.

A atividade consistia em moldar em massa de moldar o animal preferido ou um animal que lhes transmitisse calma, o objetivo era a expressão de emoções/sentimentos/opinião. Os participantes tiveram alguma dificuldade em escolher o animal que queriam moldar. Uma deles apresentou alguma dificuldade em conseguir terminar a tarefa, revelando alguma frustração nisso, reagindo com violência e pedindo para sair. Os técnicos tentaram acalmar a criança e tentaram que ela ficasse, mas acabou por sair e foi encaminhada para o quarto de contenção ambiental.

Os restantes que ficaram verbalizaram que a criança em questão era muito agressiva e que os técnicos tinham que fazer alguma coisa com ele pois ele não sabia ouvir um não. Foi explorada a temática pelos técnicos e explicado que cada um tem as suas dificuldades e que estão internados para serem ajudados a ultrapassar essa dificuldade.

A avaliação feita pelos participantes foi positiva, mas foi pouco produtiva pois as crianças apenas disseram que gostaram e não aprofundaram a sua opinião.

Dança e movimento

A dança terapia é uma atividade de dança que é baseada nos 5 ritmos (5 rythms) de Gabrielle Roth. Os 5 ritmos são um tipo de dança terapêutica com 5 fases: Flowing, Staccato, Chaos, Lyrical e Stilness (5Rythms, 2018)

A atividade começa com uma apresentação dos participantes. De seguida inicia-se a dança pelo aquecimento, à medida que o tempo passa a música cresce, atingindo um pico de libertação de energia. Passado o pico entra em decréscimo e termina com uma reflexão. Os participantes só falam no início e no fim da atividade. Os técnicos participam na atividade e são os únicos que falam durante a mesma dando instruções.

Há um guião pré-definido, que é adaptado semanalmente de acordo com a temática escolhida pelas crianças/adolescentes na sessão anterior, e de acordo com as crianças/adolescentes internadas. Nesta atividade não participam crianças psicóticas, distúrbios alimentares na 1ª fase (quando não têm indicação para realizar atividade física), e crianças/adolescentes contrariados pois podem perturbar o grupo e a atividade.

A temática escolhida para a sessão a que assisti foi a autoestima. A cada participante foi dado um balão que representava o EU e foi convidado a cuidar dele, a pintar, a escrever nele. Na segunda parte da atividade os participantes foram convidados a trocar os balões e a deixar mensagens ou desenhos nos balões dos outros.

Guião da atividade:

Aquecimento (pré-flowing)

- Dança livre (tomar consciência de si, do espaço e do outro, cumprimentar o outro)

1. Flowing: é dado um balão a cada um, é dada instrução que podem fazer o que quiserem com o balão lembrando-se sempre que é alguém muito importante para eles e que merece respeite e cuidado. No fim são convidados a escrever a palavra "EU" no balão e decorá-lo com canetas.

2. Staccato: Cuida do "EU" – balão, fechando os olhos, observando os contornos e a textura. Sugere-se que repensem o que fizeram na música anterior com o balão e cuidem de si próprios.

3. Chaos: Roubar o balão – cada um escolhe alguém para cuidar, selecionando o balão dessa pessoa. Depois em fila, cada um cria um movimento seu e os outros imitam.

4. Lyrical: cuidar do outro, abraçar o outro, abraço de grupo no final

(Pré-stillness): a pares, oferecer algo ao outro, que os faça sentir bem, suaves toques no rosto, cabelo, braços…

5. Stilness – Relaxamento no chão

No final, durante a reflexão, os participantes relataram ter gostado da atividade e usufruído da mesma, referindo que é mais fácil cuidar dos outros do que do próprio. Referiram também que apesar de reconhecerem ser mais fácil cuidar do outro também é importante cuidar de si.

De referir que 3 dos participantes foram convidados a sair no início da sessão por se encontrarem contrariados na atividade e por estarem a destabilizar o grupo.

Culinária

A atividade da culinária tem como objetivo promover a autoestima, desenvolver capacidades relacionadas com a cozinha, promover a expressão de sentimentos (como a raiva por exemplo) e promover a criatividade. Em adolescentes com alterações do comportamento alimentar esta atividade tem como objetivo melhorar a relação com os alimentos e com a própria cozinha.

À semelhança das outras atividades a receita para a sessão seguinte é escolhida pelas crianças/adolescentes no final da atividade, de acordo com as suas preferências e restrições alimentares.

Na sessão em que estive presente participaram dois técnicos e 4 adolescentes e 3

crianças e foi confecionada mousse de manga e gelatina com fruta. Cada um dos participantes teve oportunidade de contribuir para a receita quer a ler, que a elaborar algum dos passos da receita. Neste dia não foi feita reflexão acerca da atividade pois a enfermeira do serviço que realizou a atividade nunca tinha participado na mesma, assim como os restantes enfermeiros do turno da manhã.

De referir que todas as receitas confecionadas são depois vendidas na "Banca das guloseimas" no dia seguinte, aos técnicos, por um preço simbólico.

Reunião Comunitária

A reunião comunitária é uma reunião que se realiza semanalmente à sexta-feira e onde participam todas as crianças/adolescentes internados assim como todos os técnicos do serviço (enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas).

No início é feita uma apresentação de cada participante e depois é aberta a discussão. Este espaço de discussão é para as crianças/adolescentes internados poderem falarem sobre como foi a sua semana, sobre coisas que correram bem ou que correram mal, assim como fazerem sugestões de melhoria e discutirem assuntos que queiram.

Foi possível observar na reunião que estive presente que os jovens são pouco comunicativos e não têm iniciativa para falarem, tendo que ser incentivados pelos técnicos. As poucas crianças/adolescentes que falaram apenas referiram que a semana tinha corrido bem, e que sentiam que estavam a melhorar, sem aprofundarem muito o assunto. Foram também debatidas algumas questões acerca das instalações do serviço.

A ata da reunião é sempre feita no sábado de manhã em conjunto com a equipa de enfermagem.

Banca das Guloseimas

Nesta banca é feita a venda da comida confecionada na atividade da culinária. Esta atividade permite às crianças/adolescentes comerem o que fizeram a partilhar com os técnicos o seu trabalho, permite-lhes perceber o conceito de trabalho em equipa assim como angariar alguns fundos para os técnicos comprarem algo que seja necessário para o serviço e que beneficie as crianças/jovens.

Cineterapia

A cineterapia define-se como o processo de usar filmes de forma terapêutica como metáforas de forma a melhorar a perceção do cliente e o seu crescimento ideal (Suarez, 2003,

citado por Powell, Newgent, & Lee, 2006). O objetivo da terapia cinematográfica é estimular a exploração do problema identificado e gerar novas ideias para o crescimento (Hesley, 2001, citador por Powell, Newgent, & Lee, 2006). Envolve a discussão terapêutica do filme prescrito, incluindo similaridades cliente / personagem através de linguagem estratégica e metafórica, que ajuda a evitar a resistência do cliente ao processar material difícil. Quando utilizada adequadamente a cineterapia é uma ferramenta extremamente eficaz com poderosas propriedades terapêuticas (Powell, Newgent, & Lee, 2006).

O uso terapêutico de filmes é uma forma e valiosa de atingir o inconsciente dos clientes durante as sessões de terapia de grupo, permitindo-lhes estabelecer uma aliança terapêutica e um contexto seguro para transmitir as suas crenças, pensamentos e necessidades (Yazici, Ulus, Selvitop, Yazici, & Aydin, 2014)

O uso de filme na terapia de grupo e na reabilitação psiquiátrica fornece aos participantes entretenimento, ao criar uma atmosfera confortável com relação ao ambiente de tratamento; educação, pois fornece insight; e *empowerment*, pois motiva os doentes para a aderirem à terapia (Yazici, Ulus, Selvitop, Yazici, & Aydin, 2014).

Para realizar cineterapia o terapeuta deve ter em atenção algumas características da terapia, de forma a que esta possa ser eficaz e terapêutica: "a) o filme deve ser indicado a uma queixa específica do cliente; b) preparar adequadamente o cliente para o filme selecionado; c) pedir ao paciente que anote sentimentos e pensamentos em relação ao filme; d) estimular a busca de autocrítica pelo paciente; e) análise do processo de mudança ocorrido com o personagem e os comportamentos deste que contribuíram para este processo" (Berg-Cross, Jennings, & Baruch, 1990; Helsey & Helsey, 2001, Solomon, 1995, citados por Rocha, Oliveira, & Gonçalves, 2016, p.24).

A cineterapia passa por quatro estáveis evolutivos. O primeiro, dissociação, o cliente percebe o retrato das pessoas no filme como distante do seu. No segundo, identificação, ele reconhece semelhanças entre as suas experiências e a das personagens. No terceiro, internalização, o utente tem uma experiência substituta com as situações observadas no filme. Por fim, no quarto estágio, transferência, o cliente será capaz de analisar os sentimentos e os pensamentos decorrentes dessa experiência (Tyson, Foster, & Jones, 2000, citado por Oliva, Vianna, & Neto, 2010).

A cineterapia tem diversos efeitos terapêuticos, melhora a comunicação com o terapeuta, proporciona uma compreensão mais profunda da personalidade, cria metáforas terapêuticas significativas que captam a essência de um determinado problema, capacita o cliente a praticar fora da terapia o que foi aprendido nela, intensifica os efeitos da terapia no

ambiente doméstico do cliente, faz o cliente avançar no progresso terapêutico, provoca no cliente alteração do seu comportamento (Oliva, Vianna, & Neto, 2010; Rocha, Oliveira, & Gonçalves, 2016).

No seu artigo, Yazici, Ulus, Selvitop, Yazici, & Aydin (2014) referiram que o seu programa de terapia de cinema deu aos clientes a oportunidade de passar do papel de uma pessoa doente para o de uma pessoa saudável e aumentaram os seus sentimentos de autoestima, sentiram empatia e adquiriram discernimento, reabilitaram a cognição e comportaram-se de maneira mais saudável.

O filme é escolhido previamente pela equipa de enfermagem, sempre de acordo com o grupo que está internado e as suas necessidades. No final da visualização do filme é realizada um uma pequena discussão sobre o mesmo, abordando a sua mensagem e o impacto que o filme teve. Quanto mais diversificado o grupo, maior a riqueza da discussão.

No dia em que participei o grupo de crianças/adolescentes internados foi dividido em dois, um grupo viu o "Zootrópolis", e outro grupo viu "Uma vontade cega". O filme que vi foi o segundo. Participaram sete adolescentes e dois técnicos, no final referiram que tinham gostado do filme e que o mesmo lhes tinha ensinado que não deviam desistir dos seus objetivos e que deviam ser persistentes.

Balanço da semana

Na atividade do balanço da semana é realizada uma avaliação individual de como correu a semana. Os participantes são incentivados a relatarem como decorreu a semana, se atingiram os objetivos propostos e no final definem objetivos para a semana seguinte. A forma como é feita a avaliação da semana é com recursos a jogos ou outro material didático.

No dia em que participei a avaliação foi feita apenas com as adolescentes internadas no serviço e foi feita com recurso a um jogo de cartas com imagens. Cada adolescente escolheu algumas cartas que representassem a sua semana e falaram sobre as mesmas. No final cada uma escreveu os seus objetivos para a semana seguinte.

Foi interessante perceber que apesar de não estarem todas na mesma fase do internamento existe um apoio mútuo entre as mesmas, mostrando empatia entre elas e fornecem estratégias para ultrapassarem os objetivos.

Observação dia inteiro

Durante o estágio realizado tive a oportunidade de poder estar presente durante um turno da manhã e desta observar a dinâmica do turno, que é muito diferente da realidade das

enfermarias de pediatria.

Ao contrário dos outros serviços hospitalares em que os utentes internados são distribuídos pelos enfermeiros do turno, aqui os enfermeiros são distribuídos por tarefas, uns ficam com as crianças e as atividades, um fica com a medicação e outro fica nas reuniões de serviço.

As higienes são supervisionadas por um enfermeiro da noite e pelos auxiliares do serviço.

Em todas as refeições existe um enfermeiro a vigiar a alimentação das crianças e para garantir um ambiente calmo durante as refeições. Nunca nenhuma criança fica sozinha, está sempre um enfermeiro a vigiar todas as crianças internadas.

Durante o turno da manhã as crianças são incentivadas a participar nas atividades e a estar na sala de atividades a interagir com as outras crianças/adolescentes internadas, sendo que existe sempre um enfermeiro por perto das crianças/adolescentes internadas. Após ao almoço as crianças ainda realizam algumas atividades e após o lanche recebem as suas visitas.

REFLEXÃO

A realização desta atividade, apesar da sua curta duração, foi importante para a aquisição de novos conhecimentos, e como tal faz-se um balanço positivo da mesma. Considero ter aprendido muito acerca da Pedopsiquiatria e da sua forma de funcionamento, que é muito diferente dos restantes internamentos de pediatria. A observação, mas também a pesquisa que realizei, foram importantes para o meu percurso académico pois pude aprofundar vários temas relativamente à saúde mental e pude também compreender a importância da enfermagem neste contexto.

No serviço de Pedopsiquiatria as crianças/adolescentes internadas são autónomas para as atividades de vida diárias e requerem dos enfermeiros outro tipo de cuidados, nomeadamente ao nível da relação terapêutica, que é a base dos cuidados de enfermagem em saúde mental.

A observação e a participação nas atividades permitiram-me não só apreender mais sobre as mesmas, pois para elaboração deste relatório tive que ir pesquisar sobre as mesmas e aprender os conceitos que estão por trás de cada atividade, mas permitiu-me também compreender que os enfermeiros desempenham um papel decisivo nestas atividades e são autónomos na realização das mesmas. Desta observação levo conhecimentos que poderei colocar em prática no futuro, no meu contexto profissional e, se se proporcionar, em contexto de estágio.

A maior dificuldade que senti neste estágio foi o facto de não ter conseguido estabelecer uma relação com as crianças internadas (o que não era expectável), apesar de ter tentado, pois, para além de estar pouco tempo com elas, são crianças/adolescentes com quem é difícil estabelecer relação pois precisam de tempo para confiar nos outros e encaram as pessoas de fora como estranhas. Apesar de não ter como objetivo estabelecer uma relação terapêutica com as crianças internadas, aprendi bastante sobre a importância da relação terapêutica nos cuidados de enfermagem em saúde mental. No entanto gostaria de referi que consegui, por alguns momentos, estabelecer uma pequena relação com uma adolescente internada (tentativa de suicídio e ideação suicida estruturada). Num dos turnos de estágio encontrei esta jovem sozinha na sala dos computadores a ver na internet informações acerca da medicação que tomava. Quando questionada por mim acerca do porquê de estar a procurar aquela informação respondeu que estava a ver porque queria saber para que serviam. De seguida a mesma desencadeia um estado de agitação e ansiedade começando a "coçar" violentamente uma ferida antiga que tinha na mão até fazer sangue. Encaminhei-a para juntos dos enfermeiros do serviço que lhe fizeram um penso no local da ferida, foi administrado

um comprimido SOS e foi encaminhada para um quarto de onde saiu posteriormente mais tranquila. No final do turno veio ter comigo a agradecer-me por a ter ajudado. Referi que não tinha que agradecer, mas que deveria aprender várias lições com aquele episódio, nomeadamente que profissionais de saúde apenas querem ajudá-la e que é importante ela permitir ser ajudada assim como saber reconhecer e pedir ajuda quando é preciso.

Para mim foi importante a interação com aquela jovem pois fez-me perceber que, apesar do pouco tempo de contacto, consegui estabelecer com ela algum tipo de relação ou pelo menos iniciar a relação, o que me permitiu ajudá-la, e ao mesmo tempo fez-me refletir acerca da importância da relação terapêutica nos cuidados de enfermagem.

Em saúde mental a relação enfermeiro-cliente "é a base sobre a qual a enfermagem psiquiátrica se estabelece. É uma relação na qual ambos os participantes devem reconhecer o outro como seres humanos únicos e importantes. É também uma relação na qual ocorre aprendizagem mútua" (Townsend, 2011, p. 121).

A relação terapêutica define-se como "uma interação entre duas pessoas (normalmente um prestador de cuidados e o individuo que os recebe) na qual a colaboração dos dois participantes contribui para um clima curativo, promoção do crescimento e/ou prevenção da doença" (Townsend, 2011, p. 121). É o meio através do qual o processo de enfermagem é implementado e é a intervenção primária com clientes em vários ambientes de saúde mental. "A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza--se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.10)

Em saúde mental o enfermeiro é parte integral do regime terapêutico, e é através do estabelecimento de uma relação enfermeiro-cliente satisfatória que "os indivíduos aprendem a generalizar a capacidade de alcançar relações interpessoais satisfatórias a outros aspectos das suas vidas." (Townsend, 2011, p. 122).

O rapport, a confiança, o respeito, a autenticidade e a empatia são condições essenciais para o desenvolvimento de uma relação terapêutica. (Townsend, 2011).

A relação terapêutica desenvolve-se em quatro fases:

- Pré-interação: envolve a preparação para o primeiro encontro com o cliente e tem como objetivo explorar auto-perceções;

- Orientação (introdutória): durante esta fase o enfermeiro e o cliente familiarizaram-se um com o outro. Tem como objetivo estabelecer confiança e formular contrato de

intervenção;

- Trabalho: tem como objetivo promover a mudança do cliente, o trabalho terapêutico é realizado durante esta fase;

- Término: tem como objetivo avaliar a concretização de objetivos e assegurar o encerramento terapêutico, pode ocorrer devido a várias razões: os objetivos mutuamente definidos foram alcançados ou o cliente pode ter alta (Townsend, 2011).

Ao nível da relação espera-se que o enfermeiro tenham uma atitude psicoterapêutica e como tal deve utilizar a escuta ativa, deve centrar.se nas emoções dos doentes/famílias, não deve emitir juízos de valo, não deve falar sem intencionalidade terapêutica, não deve falar de si ou da sua família, não deve imprimir um caracter punitivo à administração farmacológica e deve estar atento aos fenómenos de contratransferência que pode surgir na sua prática (Dias & Carvalho, 2017).

Pode-se então concluir que a relação terapêutica desempenha um papel essencial no tratamento em saúde mental.

Muitas vezes, em contexto da prática profissional, fala-se da relação terapêutica e da sua importância para os cuidados de enfermagem, mas na realidade esta quase nunca existe. Este estágio foi útil para compreender que é importante o estabelecimento de uma relação terapêutica, mas que nem sempre é fácil conseguir-se estabelecer a mesma.

Para estas crianças e adolescentes internados a relação terapêutica é muito importante para o seu projeto terapêutico e tratamento, sem ela, os internamentos provavelmente seriam mais longos e mais complexos.

Foi também curioso observar durante o estágio que as crianças e adolescentes internados criam entre si alguns laços e juntam-se em pequenos grupos. Muitas vezes ajudam-se mutuamente. Quando um deles tem alta é um momento com ambiguidade de sentimentos, por um lado sentem-se felizes, mas por outro lado tristes porque um elemento foi embora.

Esta criação de laços entre si pode ser benéfica pois ao partilharem algo em comum poderão ajudar-se uns aos outros durante o internamento, e vão-se motivando.

Por fim gostaria de refletir também acerca da presença dos pais durante o internamento em Pedopsiquiatria.

A filosofia dos cuidados em pediatria baseia-se na parceria de cuidados e nos cuidados centrados na família. Sendo um serviço de pediatria seria de esperar encontrar pais no internamento a acompanhar o filho internado, mas não é isso que acontece. No serviço de Pedopsiquiatria os pais são considerados visitas pois muitas vezes estes podem ser os

elementos desestabilizadores e podem ser a origem do internamento da criança, mas por outro lado a sua presença não seria benéfica para o tratamento da criança. Segundo Dias & Carvalho (2017, p.68) "em Pedopsiquiatria, os pais não permanecem junto dos filhos e estes estão ao cuidado da equipa. É necessário, portanto, ter especial atenção no momento da separação, proporcionando a nossa presença junto da criança/adolescente, facilitando a sua adaptação e integração no grupo de doentes/técnicos. Não esquecer, também, o apoio emocional aos pais, pois, por vezes, estes, são os que têm mais dificuldades na separação".

Isto não significa que os pais são colocados de lado e considerados apenas visitas, pelo contrário. Os pais também são incluídos no projeto terapêutico do filho e são "trabalhados" pela equipa de saúde à parte, pois eles "constituem uma imprescindível variável na saúde mental dos mesmos" (Dias e Carvalho, 2017, p. 67). "O apoio aos pais é fundamental. A comunicação da equipa deve ser coerente para lhes reforçar a confiança, o que obriga a uma articulação cuidada entre os vários técnicos envolvidos. Importa, essencialmente, escutar as angústias dos pais e ajudá-los a desenvolver melhores estratégias psicoeducacionais com os filhos, ou, não menos importante, encaminhá-los para outro técnico de saúde mental mais vocacionado para os ajudar se for caso disso" (Dias & Carvalho, 2017, p. 69).

Apesar de inicialmente não conseguir aceitar esta separação, com o avançar do estágio pude compreender a importância desta separação para o projeto terapêutica da criança. Apesar de fazer sentido, as crianças e jovens têm muita dificuldade em aceitar esta ideia, e muitas vezes ficam revoltados. Aqui o enfermeiro desempenha um papel muito importante em desmistificar esta ideia, levando a criança/adolescente a aceitar que o facto de estar sozinho no internamento é benéfico para si. Muitas vezes também acontece que a criança/adolescente fique impossibilitado de receber os pais durante algum tempo até estabilizar psicologicamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais a prática reflexiva assume, na enfermagem, uma grande "importância ao nível da aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho dos enfermeiros" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.121) constituindo-se uma "premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.131).

A prática dos cuidados de Enfermagem continua a ser uma área fértil em situações merecedoras de algum tipo de reflexão da nossa parte, enquanto profissionais de saúde e que, de alguma forma, têm o potencial de mudar a forma como prestamos os nossos cuidados ou olhamos o nosso utente. E este estágio não foi exceção.

Apesar de ter sido um estágio apenas de observação e de curta duração, sinto que foi bastante rico e produtivo. Este estágio permitiu-me não só aprofundar conhecimentos específicos acerca da Pedopsiquiatria e de enfermagem de saúde mental, mas permitiu-me compreender que o papel do enfermeiro vai muito além da técnica.

Aprendi que a relação terapêutica é fundamental nos cuidados de enfermagem em saúde mental, constituindo-se a base dos mesmos, mas a sua importância não se esgota aqui. Considero que com o que aprendi acerca do tema poderei aplica-lo no contexto da minha prática profissional.

Ao longo do estágio pude também observar que a autoestima é um dos fatores desencadeadores de alguns problemas de saúde mental e que muitas das atividades realizadas têm como objetivo a promoção da autoestima e isso forneceu-me algumas ferramentas que poderei utilizar no futuro, enquanto estudante, mas também enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Com a elaboração deste relatório reflexivo tive também a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre as atividades observadas e sobre a enfermagem de saúde mental, mas tive igualmente a oportunidade de refletir acerca do observado e com isso pude adquirir/desenvolver algumas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil Pediátrica.

Faço um balanço positivo do estágio e sinto que saio dele diferente e com outra perspetiva da enfermagem que irá, sem dúvida, influenciar os meus cuidados de enfermagem na minha prática diária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5Rythms. (2018). Obtido em 5 de outubro de 2018, de 5Rythms: https://www.5rhythms.com

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). Classificação das Intervenções de Enfermagem (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Canha, M. S. (2016). A metodologia DARTE, a promoção da auotestima e a percepção das capacidades em crianças e jovens.

Carreira, A., & Correia, A. (2011). Unidade de Cuidados a Tempo Parcial Para Crianças com Problemas do Comportamento. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria(31), 7-15. Obtido em 02 de outubro de 2018, de http://appia.com.pt/uploads/revista-portuguesa-de-pedopsiquiatria31-2011-2014-05-12-15-16-00.pdf

Dias, J. B., & Carvalho, J. C. (2017). Enfermagem em Pedopsiquiatria: Especificidades do Cuidar. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental(17), 65-70. doi:http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0185

Farre, A. G., Pinheiro, P. N., Vieira, N. C., Gubert, F. A., Alves, M. D., & Monteiro, E. L. (2018). Adolescent health promotion based on community-centered arts education. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(1), 26-33. doi:http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0078

Kaufman, R., Rinehardt, E., Hine, H., Wilkinson, B., Tush, P., Mead, B., & Fernandes, F. (2014). The Effects of a Museum Art Program on the Self-Concept of Children. Art Therapy: Journal of the American Ar Therapy Association, 31(3), 118-125. doi:https://doi.org/10.1080/07421656.2014.935592

Meleis A. (2005). Theorical Nursing: Development and Progress. *Rev. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins*

Meleis, A. (2010) Transitions Theoru Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. *Springer Publishing Company, LLC.*

Oliva, V. S., Vianna, A., & Neto, F. L. (2010). Cinematerapia como intervenção psicoterápica: características, aplicações e identificação de técnicas cognitivo-comportamentais. Revista de Psiquiatria Clínica, 37(3), 138-144. Obtido em 07 de outubro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n3/v37n3a08.pdf

Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexica em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 4(11), 121-132. doi:http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030

Powell, M. L., Newgent, R., & Lee, M. S. (2006). Group cinematherapy: Using metaphor to enhance adolescent self-esteem. The Arts in Psychotherapy, 33, 247-253. Obtido em 07 de novembro de 2018, de http://cinematherapy.com/pressclippings/Powell-article.pdf

Rocha, V. S., Oliveira, M. F., & Gonçalves, F. F. (2016). O uso de filmes como estratégia terapêutica na prática clínica. Revista Brasileirade Terapia Comportamental e Cognitiva, XVIII(1), 22-30. Obtido em 07 de outubro de 2018, de http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/download/828/457

Souza Martins, D. (2012). Arte-Terapia e as Potencialidades Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa - Faculdade de Belas Artes, Lisboa. Obtido em 07 de outubro de 2018, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10008/2/ULFBA_TES665.pdf

Townsend, M. C. (2011). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6ª edição ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Yazici, E., Ulus, F., Selvitop, R., Yazici, A. B., & Aydin, N. (2014). Use of Movies for Group Therapy of Psychiatric Inpatiens: Theory and Practice. Internacional Journal of Group Psychotherapy, 64(2), 255-270. Obtido em 07 de outubro de 2018, de https://www.researchgate.net/publication/260680868_Use_of_Movies_for_Group_Therapy_of_Psychiatric_Inpatients_Theory_and_Practice

APÊNDICE XVII

Relatório Sessão de Formação:

"Abordagem do Adolescente com Alterações na Autoestima"

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório Sessão de Formação

"Abordagem do Adolescente com Alterações na Autoestima"

Unidade Curricular:

Estágio Final e Relatório

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, novembro de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 3
1 – DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 5
1.1 – RESULTADOS QUESTIONÁRIOS NECESSIDADES FORMATIVAS 5
1.2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 11
1.3 – DIAPOSITIVOS A APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO 41
1.4 – CARTAZ INFORMATIVO 61
2 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO 62
CONSIDERAÇÕES FINAIS 67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 69
APÊNDICES 73
APÊNDICE I Questionário individual de necessidades de formação 74
APÊNDICE II Documento Informativo do Horário da Sessão de Formação 78
APÊNDICE III Plano de Sessão da Formação 80
APÊNDICE IV Questionário de Avaliação da Atividade - Formandos 84
APÊNDICE V Questionário de Avaliação da Atividade - Formador 86

INTRODUÇÃO

Os comportamentos autolesivos e o suicídio representam um grave problema de saúde pública e são uma realidade cada vez mais presente entre os adolescentes. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2018), cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, o que equivale a uma pessoa a cada 40 segundos, sendo que por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais tentam suicidar-se. O suicídio foi responsável por 1,4% de todas as mortes no mundo, sendo a 18ª causa de morte em 2016 e a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos no mundo (Organização Mundial de Saúde, 2018; Direção-Geral de Saúde, 2013). Em Portugal (entre 2007 - 2014) a taxa de mortalidade por suicídio entre os 15-24 anos foi 2-4 por 100.000 habitantes (Nunes, 2018).

O suicídio na infância e na adolescência ocorre em indivíduos vulneráveis e está associado a fatores de gravidade pessoal e social, onde se pode encontrar uma estreita relação entre os mesmos e a autoestima que, nestes casos, é baixa (Ferreira, Baracat, Junior, & Abramovici, 2010; Hockenberry e Wilson, 2011; Townsend, 2011; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017).

A adolescência é um período de desenvolvimento turbulento, com diversas mudanças ao nível dos domínios cognitivo, social e biológico. Durante a adolescência, a autoconsciência, a introspeção e a preocupação com a própria autoimagem aumentam drasticamente e a autoestima torna-se mais vulnerável. A sintomatologia depressiva aumenta e certas características associadas, como a desesperança, adquirem importância crescente e exigem um nível de funcionamento cognitivo que não está completamente desenvolvido em estágios iniciais. Os adolescentes são confrontados com a necessidade de lutar ativamente com questões de autoconsciência e continuidade, mas não têm as habilidades cognitivas necessárias para resolver contradições e perplexidades, acabando por optar pelo suicídio e/ou pelos comportamentos autolesivos para resolver estes conflitos (Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Harter, 2012; Burton, 2014; Rahmandar & Biro, 2017).

O Serviço de Urgência Pediátrica é um contexto de grande importância para os adolescentes com tentativa de suicídio e comportamentos autolesivos, já que são os serviços de urgência que os acolhem após a ocorrência dos mesmos e que prestam os primeiros cuidados. Por outro lado, é uma ocasião importante para identificar adolescentes em risco de suicídio/comportamentos autolesivos, e intervir idealmente antes dos mesmos, oferecendo uma oportunidade única para a sua prevenção.

Em contexto de estágio no serviço de urgência pediátrica constatou-se que existem muitos adolescentes que recorrem ao mesmo por tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos, sendo uma realidade cada vez mais frequente e com a qual os enfermeiros da urgência têm vindo a lidar cada vez mais de perto.

Foi também consultada alguma literatura acerca da temática do suicídio e dos comportamentos autolesivos e constatou-se que as crianças/adolescentes que apresentam alterações na sua autoestima (especificamente baixa autoestima) são crianças/adolescentes que, na sua maioria, apresentam comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida (Singh & Pathak, 2017; Santos, et al., 2012). Com estes dados realizou-se uma entrevista à enfermeira orientadora, enfermeira responsável e enfermeira chefe do serviço, onde os mesmos foram expostos, e foi sugerida a realização de uma intervenção nesta área.

Foi levantada como problemática de intervenção as alterações na autoestima da criança/adolescente com comportamento autolesivo e ideação/intenção suicida, considerando-se então pertinente a realização de atividades que permitissem dotar a equipa de Enfermagem de conhecimentos acerca da temática, assim como de intervenções de Enfermagem que poderão ser utilizadas na prestação de cuidados em contexto de urgência pediátrica. Definiu-se como objetivo "Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da promoção da autoestima em adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida que recorrem ao serviço de urgência pediátrica" e selecionaram-se atividades que permitissem cumprir o objetivo:

- Realização de um questionário à equipa de Enfermagem do SUP acerca das necessidades formativas sobre esta temática;

- Realização de uma sessão de formação em serviço à equipa de Enfermagem do SUP acerca da promoção da autoestima em crianças/adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida, dando resposta às necessidades identificadas no questionário de necessidades formativas;

- Realização de um cartaz informativo com a sistematização da formação apresentada.

As atividades realizadas e a avaliação das mesmas encontram-se descritas nos capítulos seguintes.

1 – DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A sessão de formação sobre a abordagem do adolescente com alterações na autoestima foi elaborada de acordo com a informação obtida a partir da revisão de literatura realizada sobre a temática dos comportamentos autolesivos, suicídio e promoção da autoestima, tendo sido selecionada a informação mais pertinente e adequada aos objetivos da atividade, definidos no projeto individual, e que dessem também resposta às necessidades descritas pelos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica no questionário individual de necessidades de formação (APÊNDICE I), e cujos resultados serão apresentados no primeiro subcapítulo. Este questionário demonstrou que os enfermeiros do serviço de urgência pediátrica reconhecem a intervenção com adolescentes com tentativa de suicídio e comportamentos autolesivos como uma lacuna de conhecimentos. Os mesmos salientaram também a importância de aprofundar conhecimentos sobre a temática pois são relevantes e úteis para a prática dos cuidados em contexto de urgência, reforçando assim a importância da realização desta atividade.

A data e horário da sessão de formação foram previamente acordadas com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe, tendo sido afixada a informação na sala de pausa do serviço de urgência pediátrica (APÊNDICE II).

Os conteúdos da formação foram revistos pela enfermeira orientadora, antes da apresentação à equipa de Enfermagem, tendo sido feitas algumas alterações de acordo com as sugestões da mesma. Foi também elaborado o plano de sessão da formação (APÊNDICE III).

No final de cada sessão foi realizada uma avaliação da mesma por parte dos formandos (APÊNDICE IV) e do formador (APÊNDICE V).

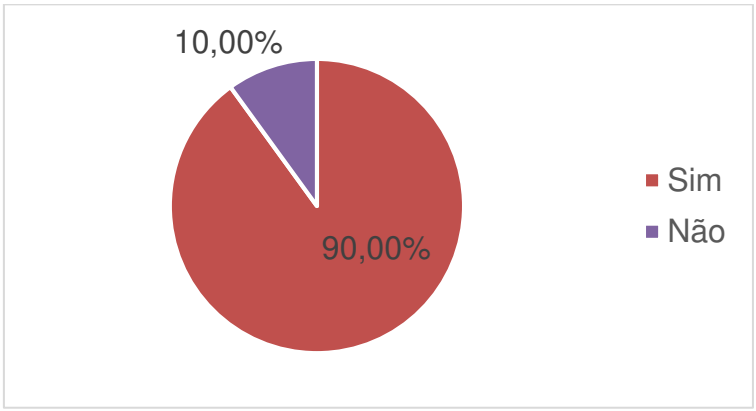
De seguida apresentam-se os resultados do questionário individual de necessidades de formação, o resumo da revisão de literatura realizada e os diapositivos da apresentação da sessão de formação.

1.1 – RESULTADOS QUESTIONÁRIOS NECESSIDADES FORMATIVAS

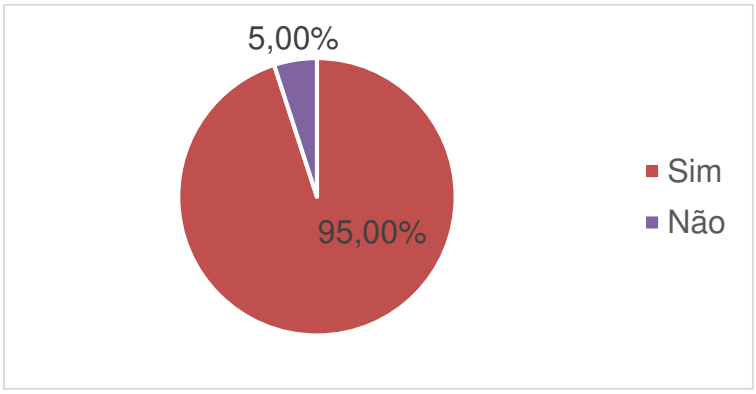
Dos 27 enfermeiros que compõem a equipa de Enfermagem do serviço de urgência pediátrica, 20 responderam ao questionário (74,1%) e 7 elementos não responderam ao questionário (25,9%), um estava de baixa, três estavam de férias, um estava de licença de parentalidade e dois não devolveram o questionário.

Os resultados dos questionários foram os seguintes:

1. Está familiarizado com o conceito de autoestima?



2. Considera a autoestima um conceito importante para a Enfermagem?



3. Em que situações considera que a autoestima de uma criança/adolescente possa ser baixa?

Problemas familiares

Evidência de automutilação

Criança que não estabelece contacto visual

Adolescente descuida imagem corporal/vestiário

Deficiente interação social

Situações de bullying

Maus tratos

Problemas nos relacionamentos amorosos (nos adolescentes)

Alterações imagem corporal (obesidade, defeitos estéticos)

Relação com pais/pares/amigos

Crianças deprimidas, com mau rendimento escolar e com famílias desorganizadas que não promovam a mesma

Nos casos de obesidade, contexto familiar desorganizado/problemático, famílias

carenciadas, mau rendimento escolar

Situações em que a criança é vítima de maus tratos

Crianças com défices cognitivos e/ou motores, crianças com condições de saúde crónicas

Crianças/adolescentes com tentativas de suicídio, doentes crónicos com sequelas de traumatismos ou doenças anteriores

Em situações de mutilação, ideação suicida, gestão de ansiedade na sala de tratamentos em procedimentos, bullying, agressões, violência no namoro

Quando sofre pressão social

Quando não são valorizadas ou tidas em conta na tomada de decisão

Quando são submetidas à violência quer seja física ou psicológica

Quando os estímulos exteriores não são positivos, falta de apoio a vários níveis (escola, família)

Problemas familiares

Situações de doença

Dificuldades relacionais

Diversas situações incluindo tentativas de suicídio, comportamento autolesivo

Quando a criança/adolescente chega e não comunica, quando não mantém contacto visual

Não respondeu

Em situações que impliquem alteração corporal

Famílias disfuncionais

Alterações da autoimagem corporal

Alterações da dinâmica familiar

Desvalorização, bullying, contexto familiar disfuncional

Autoagressão

Ingestão medicamentosa voluntária, bullying

Alterações ao nível da imagem corporal

Criança/jovem negligenciado

Criança/jovem submetido a maus tratos

Em crianças/adolescentes que experienciam acontecimentos de vida negativos como: abuso sexual e psicológico, violência intrafamiliar, famílias destruturadas, com consumos de aditivos, entre outros

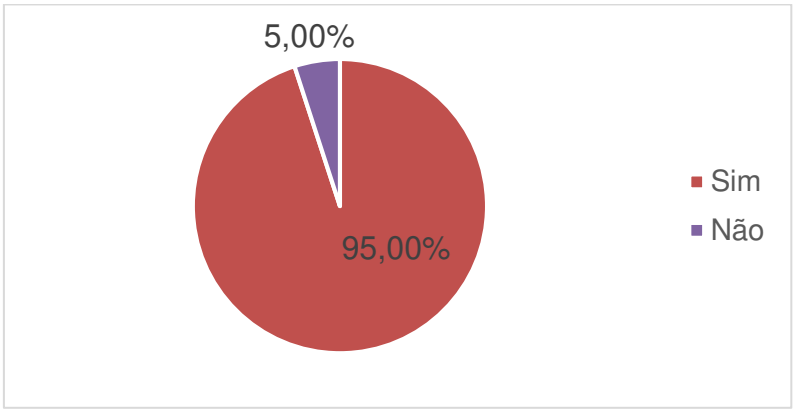
Situações de adolescentes homossexuais inseridos num família e grupo de amigos

preconceituosos.

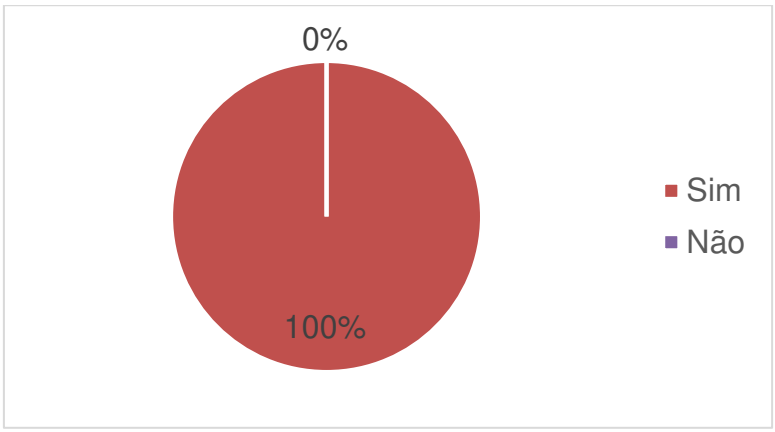
Adolescentes com sentimentos amorosos não correspondidos

Crianças com fraco suporte social

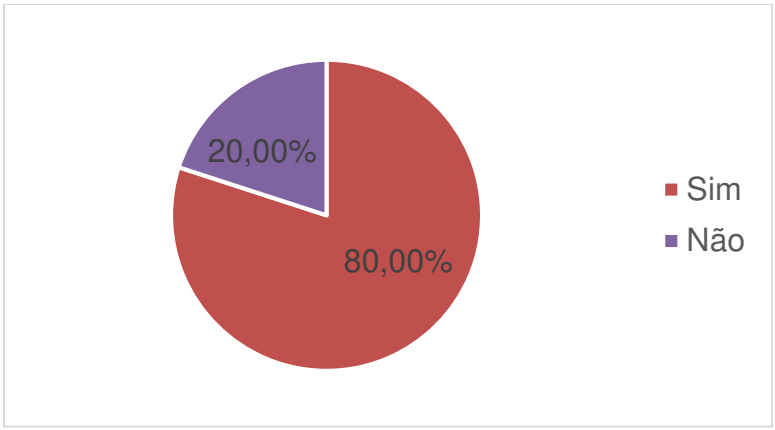
4. Está familiarizado com o conceito de suicídio e comportamento autolesivo?



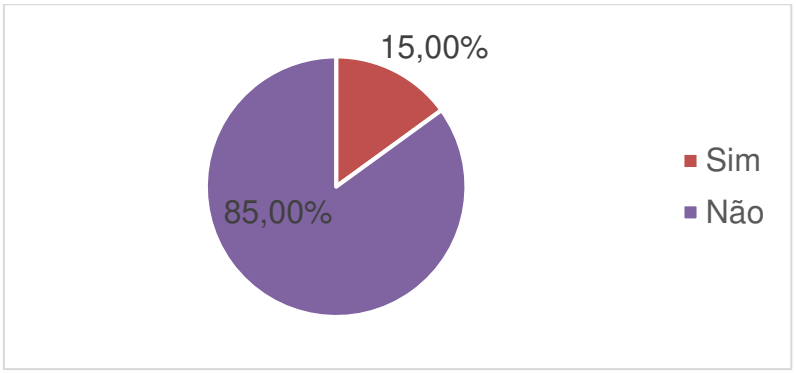
5. Considera que a baixa autoestima e as alterações da autoimagem em crianças e adolescentes podem ser fatores precipitadores da tentativa de suicídio e comportamentos autolesivos?



6. Perante uma criança/adolescente que recorra à urgência por tentativa de suicídio, ideação suicida ou comportamentos autolesivos consegue identificar sinais de baixa autoestima?



7. Perante uma criança/adolescente com baixa autoestima e que recorra à urgência por tentativa de suicídio, ideação suicida ou comportamentos autolesivos sabe que intervenções de Enfermagem pode utilizar para abordar esta criança e promover um aumento na sua autoestima?



8. Se fosse realizada uma sessão de formação em serviço sobre a promoção da autoestima em crianças/adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida, que temas gostaria de ver abordados?

Aspetos associados à autoestima que possam ocasionar comportamentos de tentativa de suicídio

Intervenções de Enfermagem

Sinais de alarme

Como abordar o adolescente como triador

Intervenções de Enfermagem adequadas à alteração da autoimagem

Abordagem da criança, como comunicar e manter a interação de forma a promover a autoestima

Sinais/sintomas de risco de suicídio/comportamento autolesivo na adolescência

Estratégias para a promoção da autoestima em crianças/adolescentes com comportamentos autolesivos

Conceito de autoestima e intervenções promotoras de autoestima no âmbito de Enfermagem em contexto de urgência/doença aguda

Como lidar com os mesmos

Intervenção de Enfermagem como abordar/lidar com crianças/adolescente em comportamentos autolesivos. Que tipo de discurso ter na abordagem

Todos, acho um tema muito importante

Estratégias para promover a integração no grupo de pares e capacitar família (pais…) para comportamentos preventivos

Estratégias de prevenção e aumento da mesma

Intervenções de Enfermagem

Formas de comunicação

Promoção da autoestima

Aumento da valorização da autoimagem

Diferentes tipos de comunicação com a criança/adolescente

Identificação e intervenções

Abordagem ao adolescente que recorre ao serviço de urgência por ideação suicida e comportamentos autolesivos

Intervenções de Enfermagem para a promoção da autoestima em crianças/adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida

Abordagem da criança com ideação/intenção suicida assim como crianças/adolescentes com comportamentos autolesivos; abordagens a nível de intervenções de Enfermagem para a promoção da autoestima

Abordagem acerca da comunicação com os pais cujos filhos apresentam baixa autoestima/ideação suicida e tentativa suicida

Intervenções de Enfermagem na abordagem à criança com diminuição autoestima

Identificar sinais de baixa autoestima

Intervenções de Enfermagem que se pode utilizar para abordar a criança com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida e promover a sua autoestima

Como abordar e comunicar com estes adolescentes

Que intervenções podemos implementar em contexto de urgência para desenvolvimento da autoestima

Como capacitar os pais para intervirem na promoção da autoestima dos seus filhos diminuindo a probabilidade de adoção de comportamento autolesivo e ideação suicida.

1.2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A autoestima define-se como "Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva" (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 42) ou como "Grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem à suas capacidades e julgamentos (Townsend, 2011, p. 250)". Durante a adolescência os jovens tornam-se mais independentes e pensam em si mesmos como um "eu" separado. A autoestima pode tornar-se mais saliente devido a essa consciência aumentada de si mesmo. Uma diminuição na autoestima durante a adolescência pode ter impacto na resiliência e, consequentemente, aumentar a probabilidade de abuso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, depressão e pensamentos suicidas (Rahmandar & Biro, 2017).

A baixa autoestima pode manifestar-se de diversas formas: distúrbios do sono (insónia ou dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, hipersónia); afastamento das atividades / dificuldade em iniciar novas atividades; expressão de tristeza, ansiedade ou desânimo; medo de irritar outros, evitar situações de autoexposição ou exposição pública; queixas de fadiga; expressão de sentimentos de inutilidade e inadequação; expressão de auto-depreciação, não gostar de si próprio e insatisfação consigo mesmo; autoacusações, comportamento hostil; diminuição do interesse, motivação e concentração; diminuição do comportamento espontâneo; expressão de sentimentos de isolamento, não ser passível de ser amado, incapaz de se expressar ou defender e frágil demais para confrontar ou superar dificuldades; tendência a permanecer em segundo plano; sensível a críticas; expressão de sentimentos de desamparo, de ser incapaz de fazer alguma coisa "boa" ou produtiva; negação de sucesso nas atividades atuais; sentimentos de que o que fizer vai falhar ou não vai ter sentido; procurar reforço de outros; ver-se a si mesmo como um fardo para os outros, alienação dos outros ao apegar-se e preocupação consigo próprio; zangado consigo próprio e com os outros, mas incapaz de expressar estes

sentimentos diretamente; diminuição da capacidade de fazer face a responsabilidades (Townsend, 2011)

A Direção-Geral de Saúde (2013), no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, define ideção suicida como "pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato" (Direção-Geral de Saúde, 2013, p.110) e os comportamentos autolesivos como "comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como, por exemplo: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis (p. ex. lixívia, detergente, lâminas ou pregos" (Direção-Geral de Saúde, 2013, p.110). Dentro dos atos suicidas existem as tentativas de suicídio, "ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, resulta frustrado" (Direção-Geral de Saúde, 2013, p. 110) e o suicídio consumado "morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica" (Direção-Geral de Saúde, 2013, p. 110).

A adolescência é o período de desenvolvimento mais turbulento desde a infância, com mudanças ao nível dos domínios cognitivo, social e biológico. Durante a adolescência a autoconsciência, a introspeção e a preocupação com a própria autoimagem aumentam drasticamente e a autoestima torna-se mais vulnerável. A sintomatologia depressiva aumenta e certas características associadas, como a desesperança, adquirem importância crescente exigindo um nível de funcionamento cognitivo que não está completamente desenvolvido em estádios iniciais. Os adolescentes são confrontados com a necessidade de lutar ativamente com questões de autoconsciência e continuidade, mas não têm as habilidades cognitivas necessárias para resolver contradições e perplexidades. O desafio de estabelecer uma identidade coerente torna-se particularmente problemático nos adolescentes porque o farol analítico volta-se para si mesmo, o que se torna motivo de preocupação para o moinho introspetivo. Para alguns, a consternação leva à depressão e a pensamentos e comportamentos suicidas, onde a tomada de risco, que faz parte da adolescência, também desempenha um papel preponderante nestes comportamentos (Papalia , Olds, & Feldman, 2001; Harter, 2012; Rahmandar & Biro, 2017).

Os adolescentes suicidas tendem a pensar de um modo desfavorável acerca de si

próprios, a sentir-se sem esperança e a ter um reduzido controlo dos impulsos e uma baixa tolerância à frustração e ao stress. Os seus sentimentos de depressão podem ser mascarados por aborrecimento, apatia, hiperatividade ou problemas físicos. Alguns destes jovens estão alheados dos pais e não têm ninguém fora da família para quem se voltar. A atividade de tomada de risco também faz parte da patologia adolescente normal. Esta mudança pode levar à vulnerabilidade no desenvolvimento de distúrbios psicossociais, que atingem o pico durante a adolescência (Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Harter, 2012; Burton, 2014; Rahmandar & Biro, 2017).

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (2018) cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, ou seja, uma pessoa a cada 40 segundos. Por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais tentam suicidar-se. O suicídio foi responsável por 1,4% de todas as mortes no mundo, sendo a 18ª causa de morte em 2016 e é a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos no mundo. Em Portugal (entre 2007 - 2014) a taxa de mortalidade por suicídio entre os 15-24 anos foi 2-4 por 100.000 habitantes. As taxas de suicídio e de tentativas de suicídio aumentam com a idade, apresentando uma maior incidência na fase final da adolescência e adulto jovem (Direção-Geral de Saúde, 2013; Nunes, 2018; Organização Mundial de Saúde, 2018).

A ideação suicida representa para o adolescente várias fantasias: alívio do sofrimento, meio de obter apoio e simpatia e meio de vingar-se contra aqueles que o magoaram. Os adolescentes têm a perceção equivocada de que o ato do suicídio evocará remorso e pena e que eles serão capazes de voltar e testemunhar o sofrimento. Para os adolescentes gravemente deprimidos, o suicídio parece ser a única libertação do seu desespero. Raramente dão pistas da sua intenção e com frequência ocultam os seus pensamentos suicidas. Muitos adolescentes apenas contam aos seus amigos os seus pensamentos e planos suicidas, evitando contar aos adultos (Hockenberry & Wilson, 2011).

Os rapazes cometem mais suicídio e utilizam métodos mais violentos, em contraste com a ideação suicida e tentativas de suicídio, onde as raparigas apresentam taxas mais elevadas. O método mais comum de tentativa de suicídio é a overdose ou a ingestão de substâncias potencialmente tóxicas (fármacos ou drogas), e o segundo mais comum é a laceração autoinfligida. As armas de fogo são os instrumentos mais usados por rapazes e raparigas (Hockenberry & Wilson, 2011: Direção-Geral de Saúde, 2013).

Existem fatores de risco e fatores preditores relativamente ao suicídio, assim como fatores de proteção.

Os fatores de risco são elementos que podem desencadear ou associar-se ao desenvolvimento do comportamento suicidário, não sendo, necessariamente, o fator causal. Podem ser a existência de psicopatologia (transtornos do humor, esquizofrenia, transtorno de stress pós-traumático, transtornos de personalidade - transtornos da personalidade borderline e antissocial - e relacionados com o consumo de substâncias, depressão – mais frequentemente relatada e presente em mais de metade dos suicidas e mais comum entre adolescentes. Quanto mais grave é a depressão, mais os adolescentes estão convictos relativamente à prática do suicídio, utilizando meios eficazes); ataques de pânico; história de tentativas de suicídio e comportamentos para-suicidários e ideação suicida (pessoais ou na família); comportamentos autolesivos repetidos; comportamentos agressivos e impulsividade; ausência de suporte familiar e social (dificuldade nos relacionamentos familiares e amorosos, padrões de vinculação inseguros, violência familiar, pais com autoridade excessiva, divórcio, famílias adotivas e condições sociais e educacionais desfavoráveis, vivência de uma infância problemática e o isolamento social); baixa autoestima e diminuição da capacidade de resolução de problemas; acessibilidade ao método suicida, desfazer-se de bens pessoais e significativos (os jovens tendem a expressar o seu sofrimento e dor, e até mesmo a sua vontade de morrer, por ações e comportamentos. Estas expressões indiretas do tipo comportamental e não verbal passam muitas vezes despercebidas. Oferecer bens valiosos ou com grande valor sentimental, fazer um testamento ou doar o corpo para a ciência devem ser entendidas como sinais de alarme); história de abusos físicos e sexuais ou negligência; dificuldades e diminuição do rendimento escolar; comportamentos de risco (consumo de substâncias e de álcool, promiscuidade, prática de despostos radicais "perigosos"); homossexualidade, bissexualidade e transexualidade na adolescência; bullying e cyberbullying e estímulos suicidas dos media (televisão, filmes, internet, ídolos e amigos) (Papalia , Olds, & Feldman, 2001; Ferreira, Baracat, Junior, & Abramovici, 2010; Hockenberry & Wilson, 2011; Harter, 2012; Santos, et al., 2012; Direção-Geral de Saúde, 2013; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Shain & Committee on Adolescence, 2016; Singh & Pathak, 2017; Peláez, Guillaumet, & Martínez-Esparza, 2018).

Os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco de suicídio. Estes podem ser recursos pessoais (autoestima e a capacidade de resolução de problemas; autoaceitação; estreitamento relacionado com as estratégias de coping; possuir esperança e otimismo face ao futuro e ter atitudes positivas face aos problemas; sentido de valor pessoal, abertura para novas experiências

e projetos de vida; a não utilização de substâncias nocivas); recursos familiares (apoio familiar; comunicação entre família; vivência de relacionamentos estáveis e de confiança; perceção do envolvimento familiar e apoio familiar na escola; cuidados parentais mantidos; coesão familiar; capacidade de envolvimento mútuo; partilha de interesses e suporte emocional); e recursos sociais e comunitário (envolvimento em atividades desportivas ou em atividades de grupo estruturadas; elevada importância atribuída à escola; boa integração na escola; fácil acesso a cuidados de saúde que proporcionem informação acerca dos serviços disponíveis; existência de comunidades informadas e sensibilizadas para as questões envoltas em saúde mental e suicídio; pertença a um clima escolar positivo; boa relação com amigos e colegas; boas relações com professores e outros adultos; suporte dos pares; valores culturais e religiosos). O sentimento de pertença a uma família, a uma escola, a um grupo, a uma instituição ou a uma comunidade, podem proteger o jovem do suicídio (Santos, et al., 2012; Direção-Geral de Saúde, 2013; Peláez, Guillaumet, & Martínez-Esparza, 2018).

A adolescência é um período de vulnerabilidade para o comportamento autolesivo uma vez que existem níveis elevados de impulsividade e reatividade emocional associados aos processos de desenvolvimento do cérebro do adolescente. O comportamento autolesivo não é impulsivo, o adolescente planeia-o quando está sozinho e quando experimenta ideias ou emoções negativas (memória desagradável, raiva), ou em resposta a um evento stressante (Basco, 2006; Philips, et al., 2013; Burton, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Vega, et al., 2018).

O comportamento autolesivo inclui então um desejo intencional de se magoar e uma incapacidade de resistir ao impulso de se magoar, sendo que a lesão é o resultado final desejado, e não a morte. A autolesão é um sinal de sofrimento emocional grave e uma resposta ao stress, sendo considerada uma estratégia de coping pelo adolescente, podendo ocorrer como resultado de um desejo irresistível. É uma maneira pela qual o jovem pode entrar em contato com o seu distúrbio psicológico através da realidade física da dor. Muitas vezes é percebida como uma solução para os problemas que está a enfrentar, razão pela qual as razões subjacentes devem ser exploradas. É comumente descrito como “chamada de atenção", no entanto muitos jovens comportam-se de forma oposta, são muito reservados e tentam esconder o seu comportamento (Basco, 2006; Philips, et al., 2013; Burton, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Vega, et al., 2018).

A autolesão parece estar associada a uma série de fatores psicológicos (depressão,

ansiedade, transtornos alimentares), dificuldades de regulação do humor (impulsividade e transtornos relacionados ao controle dos impulsos, traços de personalidade borderline), afeto negativo (tristeza, ansiedade, raiva, stress, baixa autoestima) e estratégias de coping deficientes. As motivações comumente relatadas pelos adolescentes para os comportamentos autolesivos incluem dificuldade em lidar com emoções negativas, autoaversão, raiva, autopunição, solidão, distração de problemas, comunicar sentimentos negativos aos outros, obter libertação catártica, responder à pressão dos colegas e afetar relacionamentos (adolescentes com habilidades interpessoais limitadas), comunicando a sua aflição aos outros e, por sua vez, provocando simpatia, status ou camaradagem (Basco, 2006; Philips, et al., 2013; Burton, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Vega, et al., 2018).

A autolesão pode proporcionar alívio emocional aumentando os níveis de serotonina, ou pode produzir a euforia desejada pela libertação de endorfinas. A maioria dos adolescentes que se automutilaram relataram não sentir dor (ou sentir muito pouco) enquanto realizam esse comportamento. Os adolescentes tendem a cortar-se para " se sentir melhor", não para acabar com a vida. Muitos jovens relatam sentir-se melhor após a autoagressão. No entanto, sentimentos de culpa, vergonha e repulsa também podem aumentar após a autoagressão. No entanto, a intenção de se cortar a si mesmo pode mudar com o tempo e levar os adolescentes a adotar formas mais letais de violência. Se o comportamento autolesivo inicial fornecer alívio para o adolescente, ele correrá maior risco de repetir o comportamento, pois os comportamentos autolesivos têm uma natureza aditiva. A automutilação tende a ser uma estratégia de coping, enquanto o suicídio é mais uma questão de desistir (Basco, 2006; Philips, et al., 2013; Burton, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Vega, et al., 2018).

A baixa autoestima, experiências abusivas anteriores, consumo de substâncias, circunstâncias familiares adversas, relacionamentos disfuncionais, dificuldades com a sexualidade, assédio moral, dificuldades com relacionamentos parentais e de pares, luto, problemas com etnia, cultura e/ou religião, violência doméstica, pobreza, criminalidade parental, punições frequentes, transições familiares são potenciais desencadeadores dos comportamentos autolesivos (Basco, 2006; Philips, et al., 2013; Burton, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Vega, et al., 2018).

Relativamente aos métodos utilizados pelos adolescentes nos comportamentos autolesivos, as automutilações e as sobredosagens medicamentosas são o método mais utilizado. Alguns adolescentes usam objetos pontiagudos ou ásperos para causar lesões

nos seus braços (maioria dos adolescentes), pernas ou outras partes do corpo. Os adolescentes podem cortar, arranhar, queimar, raspar ou picar a pele repetidamente, muitas vezes deixando cicatrizes ou mesmo puxar o cabelo. Geralmente tentam esconder os ferimentos resultantes com roupas. A maioria dos ferimentos é superficial, mas pode resultar em cicatrizes. As lesões graves tais como tendões lacerados, cortes penetrantes nos principais vasos sanguíneos ou cicatrizes desfigurantes são incomuns. As raparigas cortam, arranham ou magoam a pele, enquanto os rapazes mais comumente atingem ou queimam-se a si mesmos e infligem mais lesões no rosto, tórax e genitais (Direção-Geral de Saúde 2013; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015).

Nos comportamentos autolesivos é também importante estar atento aos sinais de alerta que o adolescente pode apresentar.

Tal como no suicídio, nos comportamentos autolesivos também existem fatores de risco, que podem ser história anterior de comportamentos autolesivos; perturbações da personalidade antissocial, borderline, histriónica, narcísica; experiências adversas (abuso sexual, negligência dos pais ou bullying); meios de comunicação, redes sociais e internet; consumo substâncias; problemas familiares, experiência de desesperança; uso de vários métodos diferentes; transtornos comportamentais; história de suicídio na família; ser adolescente do sexo feminino (Burton, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Vega, et al., 2018).

Quer nos comportamentos autolesivos quer na ideação suicida é muito importante o Enfermeiro estar atento aos sinais de alerta dados pelo adolescente de forma a poder prevenir a ocorrência dos mesmos de forma a poder ajudá-lo. Agir de forma imprudente ou envolver-se em atividades arriscadas; agitação, agressividade, automutilação; alterações dramáticas de humor ou personalidade; ansiedade, apatia, anedonia; perda de energia – perda de interesse, indiferença; baixa autoestima/ falta de autoconfiança; falar sobre a própria morte e desejar morrer/ falar ou escrever acerca da morte, da vida depois da morte ou do suicídio; cansaço; choro repentino; declarações ou sugestões de que eles não seriam perdidos se fossem embora ou ‘eu não vou causar mais nenhum problema’, descrição de si mesmo como inútil; desespero/desesperança; distração; exaustão sem causa nítida; ideias e temas de depressão, morte e suicídio; pensamento mágico, distúrbios espirituais, hábitos supersticiosos; falta de motivação; falta de sociabilidade; indecisão; instabilidade emocional acentuada (humor irritável, impaciência, intolerância, humor disfórico, inquietação, agitação, infelicidade profunda, aumento da ira, aborrecimento ou apatia); permanecer distante, triste, isolado – afeto vazio, expressão facial estática;

invulgar negligência da aparência – diminuição do autocuidado; queixas físicas – dores de estômago e cabeça recorrentes; irresponsabilidade; isolamento social de amigos, atividades e interesses de que antes gostava; lentidão; mais irritabilidade, belicosidade ou teimosia; medo; mudança drástica no apetite (diminuição ou aumento do apetite); mudanças nos padrões de sono – dorme mais ou muito pouco; problemas de concentração; raiva de si mesmo, auto-ódio, autoincriminação; sensação de aborrecimento são alguns sinais de alerta nos comportamentos autolesivos e na ideação suicida (Papalia , Olds, & Feldman, 2001; Hockenberry & Wilson, 2011; Kalmar, 2013; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Singh & Pathak, 2017).

O Serviço de Urgência Pediátrica é um contexto importante para identificar crianças e adolescentes em risco de suicídio, a fim de se intervir idealmente antes de se tentar o suicídio. A triagem é, portanto, uma oportunidade única para a prevenção do suicídio, na medida em que cria um contexto com jovens em risco e suas famílias para discutir o risco de suicídio, identificar os níveis de risco e envolvê-los nos esforços de prevenção. Através da triagem, podem-se iniciar estratégias de prevenção precoce, como ligações com o tratamento, a fim de evitar tentativas posteriores de suicídio e potencialmente salvar vidas. A triagem inicial, realizada por enfermeiros dos serviços de urgência, deve integrar uma avaliação psicossocial que deve determinar o estado mental do adolescente, a sua motivação para prosseguir com a avaliação, o seu nível de stresse e a eventual presença de doença mental. Existindo uma avaliação inicial de triagem com avaliação psicossocial, aumentarão as probabilidades do indivíduo permanecer com acompanhamento psicossocial no futuro (Basco, 2006; Santos, et al., 2012; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017; Santos, et al., 2017; Ballard, et al., 2017).

O primeiro contacto com o adolescente que tentou o suicídio deve ser estabelecer um vínculo que possa garantir confiança e colaboração, visto que o adolescente se encontra enfraquecido emocionalmente e, muitas vezes, não colaborativo com os profissionais, tornando-se essencial ouvi-lo atentamente. Um atendimento humanizado, com ênfase na escuta qualificada, diálogo, informação e atitudes que reflitam positivamente a ajuda, pode influenciar, de forma significativa, a tomada de decisão do profissional durante uma emergência, contribuindo para a prevenção de outras possíveis tentativas de suicídio. Pelo contrário, um contacto empático empobrecido e apressado, assim como o próprio ambiente da urgência, podem impedir uma avaliação clínica e um relacionamento terapêutico eficaz (Basco, 2006; Santos, et al., 2012; Jones, Cohen,

Worley, & Worthington, 2015; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017; Santos, et al., 2017; Ballard, et al., 2017).

A primeira tarefa no serviço de urgência é fornecer assistência médica e avaliar a gravidade da tentativa de suicídio. A segunda tarefa é avaliar a necessidade de cuidados pós-alta e fornecer encaminhamento adequado. O encaminhamento adequado do adolescente para outras especialidades, tais como a psiquiatria, quando necessário, e a psicologia, torna-se fundamental, uma vez que os sentidos e os significados que estão por detrás da tentativa serão explorados. É importante a equipa estar ciente de que, além de um cuidado com perspetivas e práticas humanizadas, um trabalho multidisciplinar é importante (Basco, 2006; Santos, et al., 2012; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017; Santos, et al., 2017; Ballard, et al., 2017).

Relativamente à ideação e comportamento suicida recomenda-se a obtenção das seguintes informações: a frequência de pensamentos suicidas e há quanto tempo eles estão presentes; o plano para o suicídio, com particular ênfase nos detalhes do plano e na letalidade do método selecionado; história anterior de tentativas de suicídio; o acesso do adolescente a meios letais de suicídio; a história ou presença de doença psiquiátrica (diagnóstico e medicação); se há consumo de álcool ou drogas; história familiar de doença psiquiátrica, abuso de substâncias e suicídio; as relações entre o adolescente e os pais/responsáveis; se ocorreu abuso físico ou sexual no passado; a orientação sexual do adolescente. É também crucial avaliar os stressores e avaliar se o adolescente pode declarar uma razão ou razões para viver, para adequar a intervenção (Basco, 2006; Santos, et al., 2012; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017; Santos, et al., 2017; Ballard, et al., 2017).

Relativamente aos comportamentos autolesivos, se durante o exame físico se observarem lesões (cortes, arranhões, queimaduras ou marcas de atrito) e se estiverem localizadas em áreas do corpo que o adolescente possa alcançar facilmente, deve-se suspeitar de comportamento autolesivo. O adolescente deve ser abordado sem julgamento, de forma empática e de apoio e falar com ele sobre a sua motivação para o corte. Uma abordagem possível para conversar com o adolescente sobre a autolesão envolve fazer perguntas baseadas em técnicas de entrevista motivacional. Exemplo:

- Qual o efeito que a automutilação tem na tua vida?

- Embora pareça que a automutilação tem um propósito para ti, que desvantagens existem se continuares com a automutilação?

- Que fatores podem motivar-te a parares de te automutilares agora?

- Como seria a tua vida se não te automutilasses?

- O que achas que precisarias para te ajudar a parar de te automutilares?

(Basco, 2006; Santos, et al., 2012; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017; Santos, et al., 2017; Ballard, et al., 2017).

É também importante avaliar se há sinais não verbais que possam indicar potencialmente que o adolescente está considerando a autolesão - evitar contato com os olhos, choro ou mudança brusca de comportamentos. Para um adolescente que se autolesiona e expressa a intenção de cometer suicídio, ou que admita ter pensado no suicídio ou num plano de suicídio, deve ser chamada a equipa da psiquiatria para avaliação e encaminhamento. É também importante rever o histórico médico pessoal e familiar de cada adolescente quanto ao fator de risco de suicídio (Basco, 2006; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Shain & Committee on Adolescence, 2016).

Todos os adolescentes devem ser avaliados na triagem para ideação suicida, através da utilização de uma ferramenta de triagem padronizada, breve e baseada na evidência. A literatura mostra que uma boa ferramenta de triagem pode identificar indivíduos com risco de suicídio de forma mais confiável do que deixar a identificação ao julgamento pessoal do clínico ou perguntar sobre pensamentos suicidas usando linguagem vaga. As escalas autoadministradas podem ser úteis para a triagem, porque os adolescentes podem divulgar informações sobre a probabilidade de suicídio no autorrelato que negam pessoalmente. O adolescente deve ser entrevistado separadamente dos pais. Embora a confidencialidade seja importante na atenção à saúde do adolescente, para adolescentes em risco para si ou para outros, a segurança tem precedência sobre a confidencialidade e isso deverá ser explicado ao adolescente (Basco, 2006; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Shain & Committee on Adolescence, 2016).

Podem ser utilizadas as seguintes escalas para avaliação do risco de suicídio: Patient Health Questionnaire (PHQ-9); ED-SAFE Patient Safety Screener; Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) e Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) (Ballard, et al., 2017; The Joint Comission, 2016).

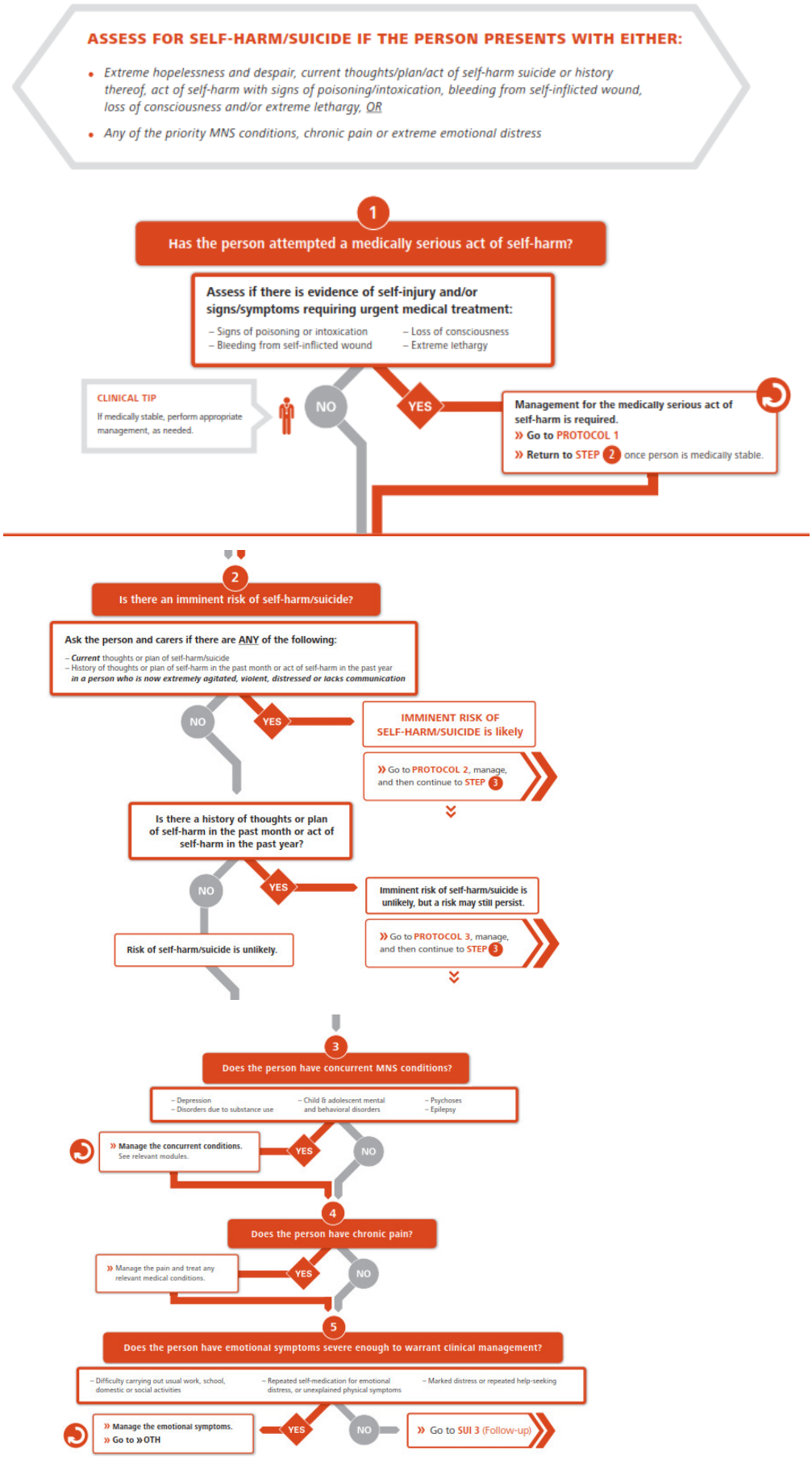
Relativamente à Ask Suicide-Screening Questions (ASQ), esta é um recurso gratuito que pode ajudar enfermeiros/médicos a identificar jovens em risco de suicídio. O ASQ é um conjunto de quatro perguntas de triagem que leva 20 segundos para ser

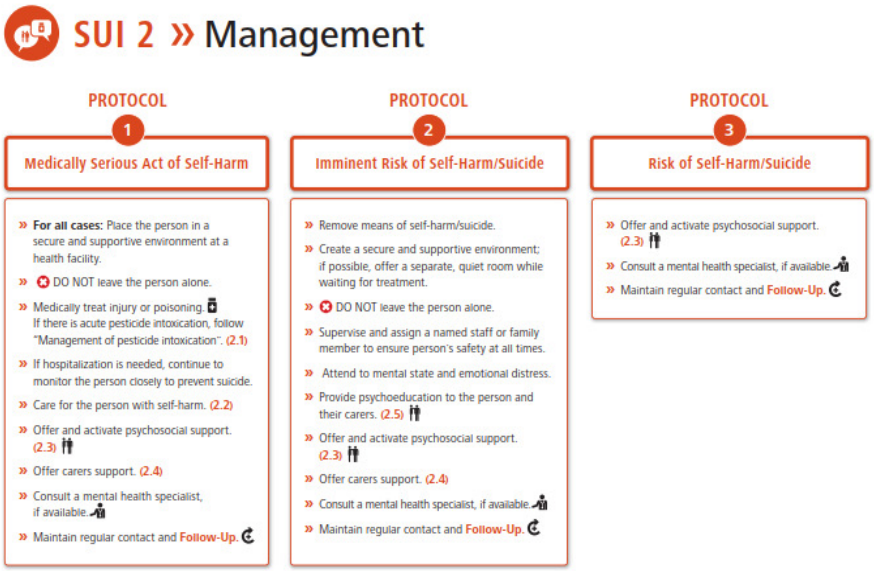
aplicado. Não requer treino específico antes do seu uso. Ao permitir a identificação e avaliação precoce de adolescentes com alto risco de suicídio, o kit de ferramentas do ASQ pode desempenhar um papel fundamental na prevenção do suicídio. Todas as perguntas são feitas ao adolescente, e uma resposta "sim" a qualquer um dos quatro itens é considerado que o mesmo está em risco de cometer suicídio. O ASQ fornece fortes evidências para descartar riscos e é um instrumento altamente sensível para detetar risco de suicídio nos adolescentes (quer com patologia psiquiátrica quer sem patologia psiquiátrica) (Newton, Soleimani, Kirkland, & Gokiert, 2014; Ballard, et al., 2017; National Institute of Mental Health, s.d.).

O ASQ foi desenvolvido para triar jovens entre os 10 e os 24 anos (com queixas principais de saúde mental, considerar o rastreamento abaixo de 10 anos). Recomenda-se que a triagem seja realizada sem o pai / adulto responsável presente. Os adolescentes que forem “positivos” para risco de suicídio no ASQ devem receber uma avaliação breve de segurança suicida (Brief Suicide Safety Assessment - BSSA) que deve ser realizada por alguém experiente e treinado, para determinar se é necessária uma avaliação da saúde mental mais aprofundada. A qualquer adolescente que esteja em risco de suicídio devem ser fornecidas as listas de recursos (Linhas de ajuda) (National Institute of Mental Health, s.d.).

Linhas de ajuda
SOS – Voz Amiga: 800 202 669, 21 354 45 45, 91 280 26 69, 96 352 46 60
Facebook: https://www.facebook.com/pages/SOS-VOZ-AMIGA/321088290699
Telefone da Amizade: 808 223 353, 228 323 535, jo@telefone-amizade.pt
Apartado 4857, 4014 Porto
SOS – Estudante: 808 200 204, 969 554 545
Escutar – Voz de Apoio: 225 506 070, sos.vozdeapoio@sapo.pt,
Apartado 2533, 4401-401 Vila Nova de Gaia
Conversa Amiga: 808 237 327, 210 027 159
Telefone da Esperança: 222 030 707
(Direção-Geral de Saúde, 2013)

A Organização Mundial de Saúde (2016), num documento elaborado por si sobre Saúde Mental, apresenta um algoritmo de avaliação e atuação para os comportamentos autolesivos/suicídio que pode ser utilizado em contexto de serviço de urgência.


ASSESS FOR SELF-HARM/SUICIDE IF THE PERSON PRESENTS WITH EITHER:
Extreme hopelessness and despair, current thoughts/plan/act of self-harm suicide or history thereof, act of self-harm with signs of poisoning/intoxication, bleeding from self-inflicted wound, loss of consciousness and/or extreme lethargy, OR
Any of the priority MNS conditions, chronic pain or extreme emotional distress
1
Has the person attempted a medically serious act of self-harm?
Assess if there is evidence of self-injury and/or signs/symptoms requiring urgent medical treatment:
– Signs of poisoning or intoxication
– Bleeding from self-inflicted wound
– Loss of consciousness
– Extreme lethargy
CLINICAL TIP
If medically stable, perform appropriate management, as needed.
NO
YES
Management for the medically serious act of self-harm is required.
» Go to PROTOCOL 1
» Return to STEP 2 once person is medically stable.
2
Is there an imminent risk of self-harm/suicide?
Ask the person and carers if there are ANY of the following:
– Current thoughts or plan of self-harm/suicide
– History of thoughts or plan of self-harm in the past month or act of self-harm in the past year
in a person who is now extremely agitated, violent, distressed or lacks communication
NO
YES
IMMINENT RISK OF SELF-HARM/SUICIDE is likely
» Go to PROTOCOL 2, manage, and then continue to STEP 3
Is there a history of thoughts or plan of self-harm in the past month or act of self-harm in the past year?
NO
YES
Imminent risk of self-harm/suicide is unlikely, but a risk may still persist.
» Go to PROTOCOL 3, manage, and then continue to STEP 3
Risk of self-harm/suicide is unlikely.
3
Does the person have concurrent MNS conditions?
– Depression
– Disorders due to substance use
– Child & adolescent mental and behavioral disorders
– Psychoses
– Epilepsy
» Manage the concurrent conditions.
See relevant modules.
YES
NO
4
Does the person have chronic pain?
» Manage the pain and treat any relevant medical conditions.
YES
NO
5
Does the person have emotional symptoms severe enough to warrant clinical management?
– Difficulty carrying out usual work, school, domestic or social activities
– Repeated self-medication for emotional distress, or unexplained physical symptoms
– Marked distress or repeated help-seeking
» Manage the emotional symptoms.
» Go to » OTH
YES
NO
» Go to SUI 3 (Follow-up)



2.1 Management of pesticide intoxication

» If the health care facility has a minimum set of skills and resources, then treat using the WHO document, "Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication" (http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en).

Otherwise, transfer the person immediately to a health facility that has the following resources:

- Skills and knowledge on how to resuscitate individuals and assess for clinical features of pesticide poisoning;
- Skills and knowledge to manage the airway; in particular, to intubate and support breathing until a ventilator can be attached;
- Atropine and means for its intravenous (i.v.) administration if signs of cholinergic poisoning develop;
- Diazepam and means for its i.v. administration if the person develops seizures.

» Consider administering activated charcoal if the person is conscious, gives informed consent, and presents for care within one hour of the poisoning.

» Forced vomiting is not recommended.

» Oral fluids should not be given.

2.2 Care for the person with self-harm

» Place the person in a secure and supportive environment at a health facility (do not leave them alone). If the person must wait for treatment, offer an environment that minimizes distress; if possible, in a separate, quiet room with constant supervision and contact with a designated staff or family member to ensure safety at all times.

» Remove access to means of self-harm.

» Consult a mental health specialist, if available.

» Mobilize family, friends and other concerned individuals or available community resources to monitor and support the person during the imminent risk period (see "Offer and activate psychosocial support". (2.3)

» Treat people who have self-harmed with the same care, respect and privacy given to other people, and be sensitive to the emotional distress associated with self-harm.

» Include the carers if the person wants their support during assessment and treatment; if possible, the psychosocial assessment should include a one-to-one interview between the person and the health worker, to explore private issues.

» Provide emotional support to carers/family members if they need it. (2.4)

» Ensure continuity of care.

» Hospitalization in non-psychiatric services of a general hospital is not recommended for the prevention of self-harm. However, if admission to a general (non-psychiatric) hospital is necessary for the management of the medical consequences of self-harm, monitor the person closely to prevent further self-harm in the hospital.

» **If prescribing medication:**

- See relevant mhGAP-IG modules for pharmacological interventions in the management of concurrent conditions.
- Use medicines that are the least hazardous, in case of intentional overdose.
- Give prescriptions as short courses (e.g. one week at a time).

PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS

2.3 Offer and activate psychosocial support

» **Offer support to the person**

- Explore reasons and ways to stay alive.
- Focus on the person's strengths by encouraging them to talk of how earlier problems have been resolved.
- Consider problem-solving therapy to help people with acts of self-harm within the last year, if sufficient human resources are available. Go to **Essential care and practice »ECP**

» **Activate psychosocial support**

- Mobilize family, friends, concerned individuals and other available resources to ensure close monitoring of the person as long as the risk of self-harm/suicide persists.
- Advise the person and carers to restrict access to means of self-harm/suicide (e.g. pesticides/toxic substances, prescription medications, firearms, etc.) when the person has thoughts or plans of self-harm/suicide.
- Optimize social support from available community resources. These include informal resources, such as relatives, friends, acquaintances, colleagues and religious leaders or formal community resources, if available, such as crisis centres, and local mental health centres.

2.4 Carers support

» Inform carers and family members that asking about suicide will often help the person feel relieved, less anxious, and better understood.

» Carers and family members of people at risk of self-harm often experience severe stress. Provide emotional support to them if they need it.

» Inform carers that even though they may feel frustrated with the person, they should avoid hostility and severe criticism towards the vulnerable person at risk of self-harm/suicide.

2.5 Psychoeducation

» **Key messages to the person and the carers**

- If one has thoughts of self-harm/suicide, seek help immediately from a trusted family member, friend or health care provider.
- It is okay to talk about suicide. Talking about suicide does not provoke the act of suicide.
- Suicides are preventable.
- Having an episode of self-harm/suicide is an indicator of severe emotional distress. The person does not see an alternative or a solution. Therefore, it is important to get the person immediate support for emotional problems and stressors.
- Means of self-harm (e.g. pesticides, firearms, medications) should be removed from the home.
- The social network, including the family and relevant others, is important for provision of social support.

Fonte: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf;jsessionid=003BD24072F0A8B9421374093F16A8CA?sequence=1

Perante um adolescente com comportamento autolesivo e/ou ideação suicida é essencial saber como comunicar com este, de forma a poder ajudá-lo. O profissional de saúde deve ouvir atentamente, ficar calmo; entender os sentimentos do adolescente (empatia); dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito; expressar respeito pelas opiniões e valores do adolescente; conversar honestamente e com autenticidade; mostrar a sua preocupação, cuidado e afeição; e focar-se nos sentimentos do adolescente (Organização Mundial de Saúde , 2000). Por outro lado, o profissional de saúde não deve interromper muito frequentemente o adolescente; ficar chocado ou muito emocionado; dizer que está ocupado; tratar o adolescente de maneira que o coloca numa posição de inferioridade; fazer comentários invasivos e pouco claros; fazer perguntas indiscretas. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação. É então importante ouvir com cordialidade, tratar com respeito, ter empatia com as suas emoções e ter atenção ao sigilo (Organização Mundial de Saúde , 2000).

Os membros da família muitas vezes não têm conhecimento sobre os comportamentos autolesivos, e como tal devem ser educados sobre os mesmos (por exemplo, o seu uso como estratégia de coping, a complexidade dos fatores contribuintes), sobre maneiras de proporcionar um ambiente seguro (maior supervisão de adultos, proteção de objetos pontiagudos) e sobre a importância de tratamento. É importante orientar os pais para desenvolverem padrões de comunicação positivos que ajudem os filhos a se sentirem conectados com e amados pelas famílias, encorajar os pais a dar aos adolescentes válvulas de escape criativas e a ajudá-los a aceitar emoções fortes (dor, raiva e frustração) como uma parte normal da experiência humana e orientar os pais para os sinais de alerta de suicídio. Como a tentativa de suicídio é com frequência uma manifestação de sofrimento familiar é essencial intervir também na família (Hockenberry & Wilson, 2011; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015).

As ameaças de suicídio devem ser sempre consideradas seriamente. Se uma tentativa de suicídio não conseguir chamar atenção aos seus problemas ou se piorá-los, o adolescente pode concluir que o suicídio é a única resposta. Os adolescentes precisam saber que alguém se preocupa com eles e devem receber intervenção de crise imediata e eficiente. O adolescente que fez uma tentativa séria ou que tem um plano específico de suicidar-se deve receber atenção imediata e cuidados psiquiátricos competentes (Hockenberry & Wilson, 2011; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014;

Organização Mundial de Saúde, 2018).

O suicídio é um grave problema de saúde pública, no entanto, os suicídios são evitáveis com intervenções oportunas, baseadas na evidência e muitas vezes de baixo custo. O Enfermeiro desempenha um papel fundamental na redução do suicídio entre adolescentes, tendo a oportunidade de antecipar as orientações a pais e adolescentes. As intervenções ao adolescente suicida incluem reconhecimento, tratamento e prevenção precoce, sendo o aspeto mais importante o reconhecer sinais de alerta no adolescente. Intervir precocemente junto dos adolescentes que adotaram um comportamento da esfera suicidária é fundamental dado que estes comportamentos são preditivos de um comportamento futuro, com um risco de repetição acrescido nos três a seis meses seguintes ao comportamento. Os adolescentes com perturbações depressivas e história de comportamento da esfera suicidária assumem-se como um grupo de risco elevado quer para a repetição do comportamento, quer para o consumar do ato. Para os adolescentes com moderado/alto risco de suicídio ou tentativa de suicídio é fundamental o acompanhamento imediato por um profissional de Saúde Mental (Hockenberry & Wilson, 2011; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Organização Mundial de Saúde, 2018).

As opções para uma avaliação imediata podem incluir internamento, transferência para um serviço de urgência de Pedopsiquiatria ou consulta no próprio dia com um profissional de Saúde Mental. A intervenção deve ser sempre adaptada às necessidades do adolescente. Os adolescentes com uma família coesa e funcional, com fortes redes de apoio (grupo de pares e apoio social), esperança no futuro e o desejo de resolver os conflitos pode apenas ser necessária intervenção orientada para a crise. Os adolescentes que tenham feito tentativas anteriores, apresentem um elevado grau de intenção de cometer suicídio, mostrem evidências de depressão grave ou outra doença psiquiátrica, evidenciem abuso de álcool ou outras drogas, que tenham baixo controle dos impulsos ou famílias que não estão dispostas a comprometer-se a aconselhamento estão em alto risco e poderá ser necessário internamento psiquiátrico, bem como intervenção psiquiátrica e psicológica a longo prazo (Hockenberry & Wilson, 2011; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Organização Mundial de Saúde, 2018).

O internamento permitirá ao adolescente permanecer num ambiente protegido, dando tempo para uma completa avaliação do estado mental e permitindo o início do tratamento. Se o adolescente expressar ideação suicida, ele deve ser mantido sob vigilância até que possa ser encaminhado para a equipa de psiquiatria. É importante

também avaliar com cuidado o ambiente de saúde e os pertences pessoais do adolescente retirando objetos que facilmente podem ser usados como arma (tirar do alcance destes jovens armas, fármacos, cintos, lenços, atacadores, objetos pontiagudos ou corantes, fósforos ou isqueiros). É importante também observar os sinais físicos de que o adolescente tentou se automutilar, como cortes autoinfligidos nos pulsos ou cortes de hesitação noutras áreas visíveis e avaliar o adolescente a cada turno para ideação e/ou comportamento suicida (Hockenberry & Wilson, 2011; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Organização Mundial de Saúde, 2018).

Relativamente aos comportamentos autolesivos a identificação dos mesmos é o primeiro passo em qualquer intervenção. É importante também ter atenção aos adolescentes que usam roupas que escondem grande parte de seu corpo. Deve-se realizar um exame completo da pele e perguntar sobre quaisquer cicatrizes observadas (Basco, 2006; Burton, 2014).

Recomendações para os casos de comportamentos autolesivos:

- Referenciação atempada: A avaliação e a gestão eficaz das autolesões, particularmente no serviço de urgência, são uma grande oportunidade para reduzir episódios repetidos de autolesão e futuros riscos de suicídio. Recomenda-se que a avaliação especializada deva ocorrer dentro de 48 horas após a admissão no hospital;

- Entender o comportamento de autolesão: Entender como o jovem gere o stress é crucial. Os comportamentos de autolesão são evidências de experiências anteriores de dificuldades interpessoais, familiares e de relacionamento, que levam à insegurança do apego;

- Iniciando a intervenção: No centro de qualquer intervenção de qualquer profissional de saúde está uma combinação da abordagem centrada na pessoa com uma compreensão do contexto em torno do jovem. O trabalho terapêutico individual com crianças e jovens raramente envolve uma única intervenção e geralmente acompanha o trabalho dos pais e da família. A intervenção é sempre sobre a aplicação apropriada de um modelo particular ao jovem, e não o contrário (isto é, adaptar o jovem ao modelo);

- Estabelecer uma aliança terapêutica positiva: Embora a intervenção oferecida seja importante, a aliança terapêutica entre o Enfermeiro, o jovem e sua família também são um determinante essencial dos resultados em saúde mental. A relação terapêutica é muitas vezes mais poderosa em trazer mudanças do que o modelo atual de intervenção adotado. A abordagem particular adotada dependerá de uma variedade de fatores relacionados ao indivíduo e ao seu contexto (Basco, 2006; Burton, 2014).

Relativamente a intervenções promotoras da autoestima que possam ser realizadas no serviço de urgência em contexto de comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida, recomenda-se aos profissionais de saúde ajudar os adolescentes a refletir sobre situações que diminuem a sua autoestima; a prestar atenção aos seus pensamentos negativos; a testar a veracidade de seus pensamentos negativos; a substituir os pensamentos negativos por pensamentos sinceros e positivos; a repetir os pensamentos negativos repetidamente até que as palavras pareçam estranhas, a fim de distanciar-se dos pensamentos negativos; e a aceitar os seus pensamentos, em vez de lutar contra eles, de forma a diminuir o seu poder (Rahmandar & Biro, 2017).

Relativamente aos pais dos adolescentes sugerem-se as seguintes intervenções para promoverem a autoestima dos seus filhos:

- Elogiar sinceramente as realizações e os esforços;

- Quando os adolescentes cometem erros, oferecer críticas construtivas;

- Em assuntos em que o filho adolescente possa ter uma escolha, pedir a opinião de seu filho adolescente;

- Incentivar os adolescentes a explorarem os seus interesses e a desenvolverem os seus talentos (Rahmandar & Biro, 2017).

Quando se conduz uma apreciação de um adolescente suicida e/ou com comportamentos autolesivos devem-se considerar os seguintes aspetos na avaliação para aplicação do processo de Enfermagem:

- Dados demográficos: idade, género, etnia, estado civil, situação socioecónomica, ocupação, método, religião e história familiar;

- Apresentação de sintomas/diagnóstico médico-psiquiátrico: recolher dados de avaliação que digam respeito e qualquer situação psiquiátrica/física pela qual o adolescente está a ser tratado;

- Ideias ou atos suicidas;

- Sistema de apoio interpessoal;

- Analise da crise suicida: stressor precipitante, história relevante, problemas do estádio de vida;

- História psiquiatria/médica/familiar

- Estratégias de coping (Townsend, 2011).

De seguida apresentam-se os possíveis diagnósticos (Herdman & Kamitsuru, 2015), intervenções (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010) e resultados de Enfermagem (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010) que podem ser utilizados no

serviço de urgência pediátrica com adolescentes com comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Baixa autoestima crónica **Relacionado com...** Exposição a situações traumáticas Pertencimento inadequado Recebe afeto inadequado Recebe aprovação insuficiente dos outros Reforço negativo repetido Transtorno psiquiátrico **Manifestado por…** Busca excessivamente reafirmar-se Comportamento indeciso/não assertivo Contato visual insatisfatório Culpa Demasiadamente conformado Dependente das opiniões dos outros Exagera no feedback negativo sobre si mesmo Passividade Rejeita feedback positivo Subestima a capacidade de lidar com a situação Vergonha	Autoestima	Fortalecimento da autoestima - Monitorar as declarações de autoavaliação do cliente - Encorajar o cliente a identificar os pontos fortes - Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo utente - Evitar críticas negativas - Transmitir confiança na capacidade do cliente para lidar com a situação - Ajudar a estabelecer metas realistas para atingir uma autoestima maior - Investigar as razões da autocritica e da culpa - Orientar os pais sobre a importância do seu interesse e apoio no desenvolvimento de um autoconceito positivo nos filhos - Monitorar a frequência de verbalizações autonegativas - Fazer declarações positivas sobre o cliente Melhora da auto-percepção - Encorajar o cliente a reconhecer e a discutir pensamentos e sentimentos - Ajudar a identificar os valores que contribuem para o autoconceito - Ajudar o cliente a identificar sentimentos positivos sobre si mesmo - Ajudar o cliente a identificar situações que precipitem ansiedade - Ajudar o cliente a identificar os seus atributos positivos - Ajudar o cliente a identificar uma fonte de motivação - Ajudar o cliente a identificar comportamentos autodestrutivos

		Melhora da imagem corporal - Determinar as expectativas do cliente quanto à imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento - Ajudar o cliente a separar aparência física de sentimentos de valor pessoal, conforme apropriado - Ajudar a determinar a influência do grupo de colegas na perceção do cliente sobre a imagem corporal atual - Ajudar o cliente a discutir as mudanças causadas pela puberdade, conforme apropriado - Monitorar a frequência das declarações de autocrítica Melhora do desenvolvimento: adolescente - Construir uma relação de confiança com o adolescente e seu(s) cuidador(es) - Facilitar a capacidade de decidir - Melhorar as habilidades de comunicação/assertividade - Encorajar reações não violentas para resolver conflitos - Encorajar os adolescentes a fixarem metas - Melhorar a eficiência dos pais do adolescente Melhora do sistema de apoio - Determinar os sistemas de apoio atualmente em uso - Monitorar a situação familiar atual Apoio emocional - Conversar com o cliente sobre a experiência emocional - Investigar com o cliente o que desencadeou as emoções - Fazer declarações de apoio ou empatia - Auxiliar o cliente a identificar sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza

		- Ficar com o cliente e garantir a sua segurança e proteção durante períodos de ansiedade - Oferecer assistência na tomada de decisão
Baixa autoestima situacional **Relacionado com…** Alteração na imagem corporal História de perdas História de rejeição Mudanças no papel social Padrão de fracassos Prejuízo funcional Reconhecimento inadequado **Manifestado por…** Comportamento indeciso Comportamento não assertivo Desesperança Sentimento de inutilidade Subestima a capacidade de lidar com a situação Verbalizações autonegativas	Autoestima	Fortalecimento da autoestima - Monitorar as declarações de autoavaliação do cliente - Encorajar o cliente a identificar os pontos fortes - Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo utente - Evitar críticas negativas - Transmitir confiança na capacidade do cliente para lidar com a situação - Ajudar a estabelecer metas realistas para atingir uma autoestima maior - Investigar as razões da autocritica e da culpa - Orientar os pais sobre a importância do seu interesse e apoio no desenvolvimento de um autoconceito positivo nos filhos - Monitorar a frequência de verbalizações autonegativas - Fazer declarações positivas sobre o cliente Controle do humor - Avaliar o humor (sinais, sintomas, histórico pessoal), inicialmente, e em intervalos regulares, à medida que o tratamento evolui - Determinar se o cliente apresenta riscos à sua segurança ou à de outras pessoas - Iniciar as precauções necessárias para a salvaguarda do cliente ou de outras pessoas com risco de dano físico - Interagir com o cliente a intervalos regulares de modo a transmitir atenção e/ou oferecer uma oportunidade para expressar os seus sentimentos

		- Monitorar e promover a adesão do cliente ao regime medicamentoso Melhora da auto-percepção - Encorajar o cliente a reconhecer e a discutir pensamentos e sentimentos - Ajudar a identificar os valores que contribuem para o autoconceito - Ajudar o cliente a identificar sentimentos positivos sobre si mesmo - Ajudar o cliente a identificar situações que precipitem ansiedade - Ajudar o cliente a identificar os seus atributos positivos - Ajudar o cliente a identificar uma fonte de motivação - Ajudar o cliente a identificar comportamentos autodestrutivos Melhora da imagem corporal - Determinar as expectativas do cliente quanto à imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento - Ajudar o cliente a separar aparência física de sentimentos de valor pessoal, conforme apropriado - Ajudar a determinar a influência do grupo de colegas na perceção do cliente sobre a imagem corporal atual - Ajudar o cliente a discutir as mudanças causadas pela puberdade, conforme apropriado - Monitorar a frequência das declarações de autocrítica Melhora do desenvolvimento: adolescente - Construir uma relação de confiança com o adolescente e seu(s) cuidador(es) - Facilitar a capacidade de decidir

		- Melhorar as habilidades de comunicação/assertividade - Encorajar reações não violentas para resolver conflitos - Encorajar os adolescentes a fixarem metas Melhora do desenvolvimento: adolescente - Melhorar a eficiência dos pais do adolescente Apoio emocional - Conversar com o cliente sobre a experiência emocional - Investigar com o cliente o que desencadeou as emoções - Fazer declarações de apoio ou empatia - Auxiliar o cliente a identificar sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza - Ficar com o cliente e garantir a sua segurança e proteção durante períodos de ansiedade - Oferecer assistência na tomada de decisão Escutar ativamente - Estabelecer o propósito da interação - Demonstrar interesse pelo adolescente - Usar perguntas ou declarações para estimular a expressão de ideias, sentimentos e preocupações - Evidenciar perceção e sensibilidade às emoções - Usar comportamento não verbal para facilitar a comunicação - Atentar para mensagens e sentimentos não expressados, tanto quando para o conteúdo da conversa - Atentar para as palavras evitadas, bem como para a mensagem não verbal que acompanha as palavras expressas - Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e feedback - Usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos e preocupações

Distúrbio imagem corporal **Relacionado com…** Alteração na auto-percepção Doença Função psicossocial prejudicada Lesão Transição desenvolvimental Trauma **Manifestado por…** Alteração na visão do próprio corpo Comportamento de monitorar o próprio corpo Evita olhar/tocar o próprio corpo Foco na aparência anterior Mudança no estilo de vida Perceções que refletem uma visão alterada da aparência do próprio corpo Personalização de uma perda por meio de um nome Preocupação com alterações Sentimentos negativos em relação ao corpo	Imagem Corporal	Melhora da imagem corporal - Determinar as expectativas do cliente quanto à imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento - Ajudar o cliente a separar aparência física de sentimentos de valor pessoal, conforme apropriado - Ajudar a determinar a influência do grupo de colegas na perceção do cliente sobre a imagem corporal atual - Ajudar o cliente a discutir as mudanças causadas pela puberdade, conforme apropriado - Monitorar a frequência das declarações de autocrítica Escutar ativamente - Estabelecer o propósito da interação - Demonstrar interesse pelo adolescente - Usar perguntas ou declarações para estimular a expressão de ideias, sentimentos e preocupações - Evidenciar perceção e sensibilidade às emoções - Usar comportamento não verbal para facilitar a comunicação - Atentar para mensagens e sentimentos não expressados, tanto quanto para o conteúdo da conversa - Atentar para as palavras evitadas, bem como para a mensagem não verbal que acompanha as palavras expressas - Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e feedback - Usar o silêncio/escuta par estimular a manifestação de sentimentos e preocupações Fortalecimento da autoestima - Monitorar as declarações de autoavaliação do cliente - Encorajar o cliente a identificar os pontos fortes - Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo

	Desenvolvimento infantil: Adolescência	utente - Evitar críticas negativas - Transmitir confiança na capacidade do cliente para lidar com a situação - Ajudar a estabelecer metas realistas para atingir uma autoestima maior - Investigar as razões da autocritica e da culpa - Orientar os pais sobre a importância do seu interesse e apoio no desenvolvimento de um autoconceito positivo nos filhos - Monitorar a frequência de verbalizações autonegativas - Fazer declarações positivas sobre o cliente Melhora da auto-percepção - Encorajar o cliente a reconhecer e a discutir pensamentos e sentimentos - Ajudar a identificar os valores que contribuem para o autoconceito - Ajudar o cliente a identificar sentimentos positivos sobre si mesmo - Ajudar o cliente a identificar situações que precipitem ansiedade - Ajudar o cliente a identificar os seus atributos positivos - Ajudar o cliente a identificar uma fonte de motivação - Ajudar o cliente a identificar comportamentos autodestrutivos Melhora da autoestima Melhora do desenvolvimento: adolescente Orientação aos pais: adolescente - Ensinar as características fisiológicas, emocionais e cognitivas normais dos adolescentes - Identificar os mecanismos de defesa mais utilizados por

	Autoestima	adolescentes como negação e intelectualização - Ensinar aos pais habilidades essenciais de comunicação que aumentarão a sua capacidade de criar empatia com o adolescente e ajudá-lo a solucionar problemas - Facilitar a expressão dos sentimentos dos pais - Abordar estratégias de estabelecimento de limites aos adolescentes - Ensinar os pais a usarem a realidade e as consequências para lidar com o comportamento do adolescente Melhora da autoestima Melhora da auto-percepção Melhora da Imagem corporal Melhora do desenvolvimento: adolescente Apoio emocional
Automutilação **Relacionado com…** Abuso de substância Abuso de substância na família Adolescência Alteração na imagem corporal Autoestima prejudicada/Baixa autoestima Colegas que se automutilam Comportamento instável Comunicação ineficaz entre pai/mãe e adolescente Crise de identidade sexual Despersonalização	Autocontrole de comportamento impulsivo	Controle de comportamento: autoagressão - Determinar o motivo/razão do comportamento - Retirar objetos perigosos do ambiente do cliente - Oferecer vigilância constante do cliente e ambiente - Antecipar situações "gatilho" que possam desencadear autoagressão e interferir para preveni-las - Ajudar o cliente a identificar situações e/ou sentimentos que possam incitar a autoagressão - Encorajar o cliente a procurar cuidadores para conversar assim que surgir a necessidade de se agredir a si mesmo - Usar uma abordagem calma e não punitiva ao lidar com comportamento(s) de autoagressão - Monitorar o cliente quanto a impulsos autoagressivos que possam evoluir para ideias/atitudes suicidas.

Dissociação Distúrbio alimentar Distúrbios emocionais Divórcio na família Estratégias de enfrentamento ineficazes Exige redução rápida do estresse História de abuso na infância (p. ex., físico, psicológico, sexual) História de violência autodirecionada História familiar de comportamento autodestrutivo Impulsividade Incapacidade de expressar tensão verbalmente Isolamento dos colegas Morar em local não tradicional (p. ex., lar adotivo, grupo ou instituição) Perfeccionismo Perturbação nos relacionamentos interpessoais Sente-se ameaçado com a perda de relacionamentos significativos Sentimentos negativos (p. ex., depressão, rejeição, autoaversão, ansiedade relacionada à separação, culpa, despersonalização) Tensão crescente intolerável Transtorno de caráter Transtorno de personalidade limítrofe Transtorno psicótico Urgência irresistível de cortar-se Urgência irresistível de violência autodirecionada	Contenção da automutilação	- Controle do comportamento: autoagressão Cuidados com Lesões Técnica para acalmar - Manter contato visual com o adolescente - Manter atitudes calmas e firmes - Sentar e conversar com o adolescente - Facilitar a manifestação da raiva, de forma construtiva, pelo cliente - Reduzir ou eliminar estímulos geradores de medo ou ansiedade Prevenção do suicídio - Determinar presença e grau de risco do suicídio - Determinar se o adolescente tem meios disponíveis para levar adiante o plano de suicídio - Considerar a hospitalização do cliente com grave risco de comportamento suicida - Interagir com o adolescente a intervalos regulares para transmitir cuidados e franqueza e oportunizar a conversa sobre os sentimentos - Usar uma abordagem direta e sem julgamento ao discutir o suicídio - Observar, registar e informar qualquer mudança de humor ou no comportamento capaz de significar aumento do risco de suicídio e documentar os resultados de checagens regulares de supervisão - Facilitar o apoio da família e dos amigos do adolescente - Encaminhar o adolescente para o provedor de cuidados de saúde mental para avaliação e tratamento de ideias e comportamentos suicidas se necessário

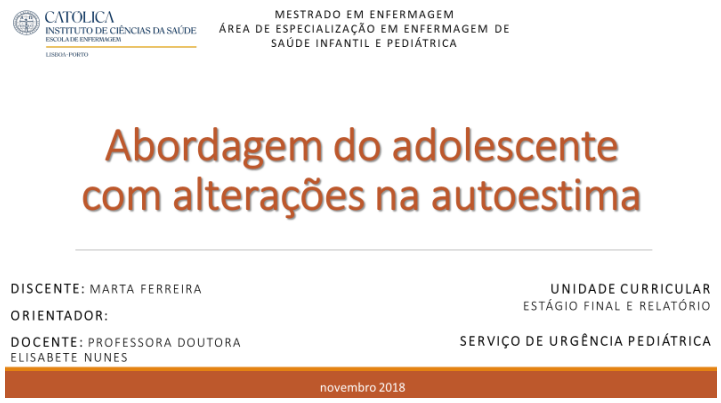
Uso de manipulação para obter relacionamento de apoio com outros Violência entre figuras paterna/materna **Manifestado por…** Arranhões no corpo Compressão de parte do corpo Corte de parte do corpo/no corpo Coçar feridas Esfolar-se/Golpear-se Inalação de substâncias prejudiciais Ingestão de substâncias prejudiciais Inserção de objeto(s) em orifícios do corpo Mordidas Queimaduras autoinfligida		- Dar informações sobre recursos disponíveis e programas da comunidade e fora dela
Risco de Suicídio **Relacionado com…** <u>Comportamentais</u> Distribuir suas posses Fazer/mudar um testamento História de tentativa de suicídio Impulsividade Mudança acentuada de atitude/de comportamento/no desempenho escolar Recuperação eufórica repentina de depressão profunda Idade (adolescentes) Sexo masculino Psicológicos	Autocontenção do suicídio	Controle do comportamento: autoagressão - Determinar o motivo/razão do comportamento - Retirar objetos perigosos do ambiente do cliente - Oferecer vigilância constante do cliente e ambiente - Antecipar situações "gatilho" que possam desencadear autoagressão e interferir para preveni-las - Ajudar o cliente a identificar situações e/ou sentimentos que possam incitar a autoagressão - Encorajar o cliente a procurar cuidadores para conversar assim que surgir a necessidade de se agredir a si mesmo - Usar uma abordagem calma e não punitiva ao lidar com comportamento(s) de autoagressão - Monitorar o cliente quanto a impulsos autoagressivos que possam evoluir para ideias/atitudes suicidas.

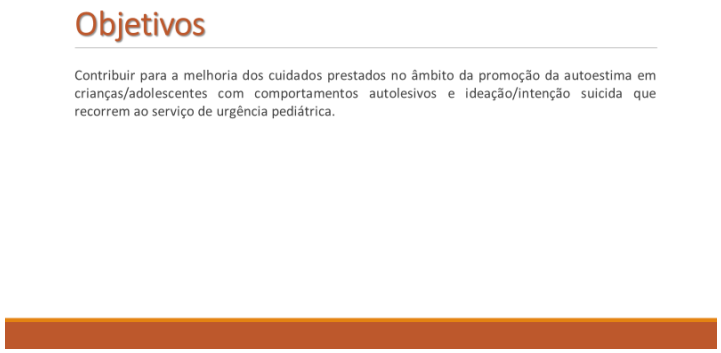
Abuso de substância Culpa História de abuso na infância (p. ex., físico, psicológico, sexual) História familiar de suicídio Homossexualidade na juventude Transtorno psiquiátrico <u>Situacionais</u> Acesso a armas Adolescente que vive num ambiente não tradicional (p. ex., centro de detenção juvenil, prisão, lar temporário, lar grupal) Perda de autonomia Perda de independência Apoio social insuficiente Desamparo Desesperança Dificuldades legais Isolamento social Perda de relacionamento significativo Pesar Problemas disciplinares Solidão Suicídios em grupo Vida familiar problemática Ameaça de matar-se Verbalização de desejo de morrer	Equilíbrio do Humor	Prevenção suicídio - Determinar presença e grau de risco do suicídio - Determinar se o adolescente tem meios disponíveis para levar adiante o plano de suicídio - Considerar a hospitalização do cliente com grave risco de comportamento suicida - Interagir com o adolescente a intervalos regulares para transmitir cuidados e franqueza e oportunizar a conversa sobre os sentimentos - Usar uma abordagem direta e sem julgamento ao discutir o suicídio Escutar ativamente - Estabelecer o propósito da interação - Demonstrar interesse pelo adolescente - Usar perguntas ou declarações para estimular a expressão de ideias, sentimentos e preocupações - Evidenciar perceção e sensibilidade às emoções - Usar comportamento não verbal para facilitar a comunicação - Atentar para mensagens e sentimentos não expressados, tanto quando para o conteúdo da conversa - Atentar para as palavras evitadas, bem como para a mensagem não verbal que acompanha as palavras expressas - Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e feedback - Usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos e preocupações Apoio emocional - Conversar com o cliente sobre a experiência emocional - Investigar com o cliente o que desencadeou as emoções - Fazer declarações de apoio ou empatia

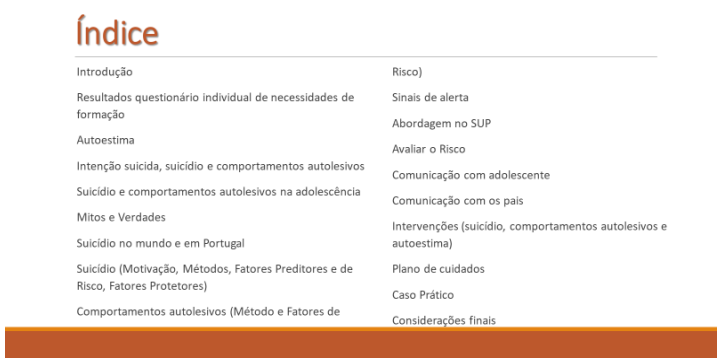
		- Auxiliar o cliente a identificar sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza - Ficar com o cliente e garantir a sua segurança e proteção durante períodos de ansiedade - Oferecer assistência na tomada de decisão Controle do humor - Avaliar o humor (sinais, sintomas, histórico pessoal), inicialmente, e em intervalos regulares, à medida que o tratamento evolui - Determinar se o cliente apresenta riscos à sua segurança ou à de outras pessoas - Iniciar as precauções necessárias para a salvaguarda do cliente ou de outras pessoas com risco de dano físico - Interagir com o cliente a intervalos regulares de modo a transmitir atenção e/ou oferecer uma oportunidade para expressar os seus sentimentos - Monitorar e promover a adesão do cliente ao regime medicamentoso
	Autoestima	Melhora da autoestima Melhora da auto-percepção Melhora da Imagem corporal Melhora do desenvolvimento: adolescente Apoio emocional

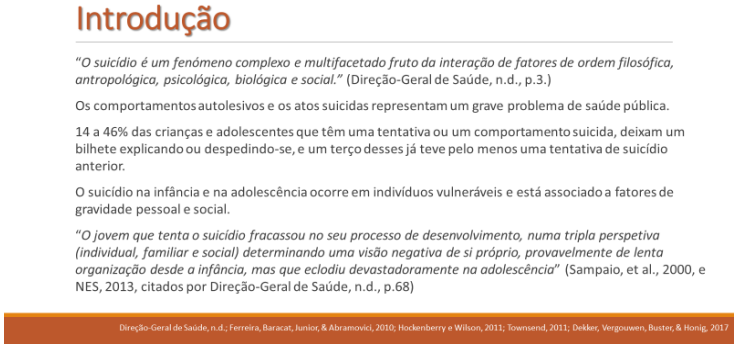
1.3 – DIAPOSITIVOS A APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO

De acordo com a revisão de literatura feita, foi elaborada a seguinte apresentação de powerpoint.









Introdução

Apesar de não ser incomum os adolescentes terem pensamentos suicidas ocasionais, expressões de preocupação com suicídio devem ser levadas a sério, e deve-se fazer uma avaliação para encaminhamento apropriado.

Uma história anterior de tentativa de suicídio é um sério indicador de possível sucesso numa tentativa de suicídio futura

"As estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídio consumado) implicam interações multissectoriais, multiculturais e multiprofissionais, onde a vertente da saúde deverá funcionar como o núcleo central no planeamento, organização, operacionalização e avaliação, mas nunca de forma isolada." (Direção-Geral de Saúde, n.d., p.3.)

Cuidar daqueles que tentam o suicídio é importante para a prevenção do suicídio, já que grupos de risco não reconhecidos e/ou não tratados são mais vulneráveis ao suicídio.

Direção-Geral de Saúde, n.d.; Ferreira, Baracat, Junior, & Abramovici, 2010; Hockenberry e Wilson, 2011; Townsend, 2011; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017

Resultados Questionário Individual de Necessidades de Formação

Total: 20 Enfermeiros

1 – Está familiarizado com o conceito de autoestima?
- Sim: 90%
- Não: 10%

2 – Considera a autoestima um conceito importante para a Enfermagem?
- Sim: 95%
- Não: 5%

3 – Em que situações considera que a autoestima de uma criança/adolescente possa ser baixa?

Alterações da imagem corporal	Crianças deprimidas, com mau rendimento escolar	Violência no namoro/Bullying
Alterações da dinâmica familiar	Deficiente interação social	Ingestão medicamentosa voluntária
Doença Crónica	Contexto familiar disfuncional/Dificuldades relacionais	Problemas nos relacionamentos amorosos (nos adolescentes)
Criança que não estabelece contacto visual	Consumo de substâncias	Quando a criança/adolescentes chega e não comunica, quando não mantém contato visual
Negligência/maus tratos	Tentativas de suicido, comportamento autolesivo	Situações de adolescentes homossexuais inseridos num família e grupo de amigos preconceituosos.

Resultados Questionário Individual de Necessidades de Formação

4 – Está familiarizado com o conceito de suicídio e comportamento autolesivo?
- Sim: 95%
- Não: 5%

5 - Considera que a baixa autoestima e as alterações da autoimagem em crianças e adolescente podem ser fatores precipitadores da tentativa de suicídio e comportamentos autolesivos?
- Sim: 100%
- Não: 0%

6 - Perante uma criança/adolescente que recorra à urgência por tentativa de suicídio, ideação suicida ou comportamentos autolesivos consegue identificar sinais de baixa autoestima?
- Sim: 80%
- Não: 20%

7 - Perante uma criança/adolescente com baixa autoestima e que recorra à urgência por tentativa de suicídio, ideação suicida ou comportamentos autolesivos sabe que intervenções de enfermagem pode utilizar para abordar esta criança e promover um aumento na sua autoestima?
- Sim: 15%
- Não: 85%

Resultados Questionário Individual de Necessidades de Formação

8 - Se fosse realizada uma sessão de formação em serviço sobre a promoção da autoestima em crianças/adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida, que temas gostaria de ver abordados?

Abordagem da criança, como comunicar e manter a interação de forma a promover a autoestima

Sinais/sintomas de risco de suicídio/comportamento autolesivo na adolescência

Estratégias para a promoção da autoestima em crianças/adolescentes com comportamentos autolesivos

Intervenções de enfermagem

Promoção da autoestima

Abordagem ao adolescente que recorre ao serviço de urgência por ideação suicida e comportamentos autolesivos

Abordagem acerca da comunicação com os pais cujos filhos apresentam baixa autoestima/ideação suicida e tentativa suicida

Intervenções de enfermagem que se pode utilizar para abordar a criança com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida e promover a sua autoestima

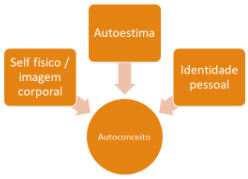
Como abordar e comunicar com estes adolescentes

Como capacitar os pais para intervirem na promoção da autoestima dos seus filhos diminuindo a probabilidade de adoção de comportamento autolesivo e ideação suicida.

Autoestima

Autoestima:

- *Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva"* (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 42).
- *Grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem à suas capacidades e julgamentos* (Townsend, 2011, p. 250)



Durante a adolescência os jovens tornam-se mais independentes e pensam em si mesmos como um "eu" separado.

A autoestima pode tornar-se mais saliente com essa consciência aumentada de si mesmo.

Uma diminuição na autoestima durante a adolescência pode ter impacto na resiliência e, consequentemente, aumentar a probabilidade de abuso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, depressão e pensamentos suicidas

Townsend, 2011; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016; Rahmandar & Biro, 2017

Autoestima – Manifestações baixa autoestima

Distúrbios do sono (insónia ou dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, hipersónia);

Afastamento das atividades / dificuldade em iniciar novas atividades;

Expressão de tristeza, ansiedade ou desânimo;

Medo de irritar outros, evitar situações de autoexposição ou exposição pública;

Queixas de fadiga;

Expressão de sentimentos de inutilidade e inadequação;

Expressão de auto-depreciação, não gostar de si próprio e insatisfação consigo mesmo;

Autoacusações, comportamento hostil;

Diminuição do interesse, motivação e concentração;

Diminuição do comportamento espontâneo;

Expressão de sentimentos de isolamento, não ser passível de ser amado, incapaz de se expressar ou defender e frágil demais para confrontar ou superar dificuldades;

Tendência a permanecer em segundo plano;

Sensível a críticas;

Expressão de sentimentos de desamparo, de ser incapaz de fazer alguma coisa "boa" ou produtiva;

Negação de sucesso nas atividades atuais;

Sentimentos de que o que fizer vai falhar ou não vai ter sentido;

Procurar reforço de outros;

Ver-se a si mesmo como um fardo para os outros, alienação dos outros ao apegar-se e preocupação consigo próprio;

Zangado consigo próprio e com os outros, mas incapaz de expressar estes sentimentos diretamente;

Diminuição da capacidade de fazer face a responsabilidades.

Townsend, 2011

Intenção Suicida, Suicídio e Comportamentos Autolesivos

Ideação suicida: Pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato.

Atos suicidas:

- Tentativa de suicídio – Ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, resulta frustrado.
- Suicídio consumado – Morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica.

Comportamentos autolesivos: Comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como, por exemplo: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis (p. ex. lixívia, detergente, lâminas ou pregos).

Direção-Geral de Saúde, n.d.

O Suicídio e os comportamentos Autolesivos na adolescência

A adolescência é o período de desenvolvimento mais turbulento desde a infância, com mudanças ao nível dos domínios cognitivo, social e biológico.

Durante a adolescência a autoconsciência, a introspeção e a preocupação com a própria autoimagem aumentam drasticamente e a autoestima torna-se mais vulnerável.

A sintomatologia depressiva aumenta e certas características associadas, como a desesperança, adquirem importância crescente e exigem um nível de funcionamento cognitivo que não está completamente desenvolvido em estágios iniciais.

Os adolescentes são confrontados com a necessidade de lutar ativamente com questões de autoconsciência e continuidade, mas não têm as habilidades cognitivas para resolver contradições e perplexidades.

O desafio de estabelecer uma identidade coerente torna-se particularmente problemático nos adolescentes porque o farol analítico volta-se para si mesmo, o que se torna motivo de preocupação para o moinho introspetivo.

Papalia , Olds, & Feldman, 2001; Harter, 2012; Burton, 2014; Rahmandar & Biro, 2017

O Suicídio e os comportamentos Autolesivos na adolescência

Para alguns, a consternação leva à depressão e a pensamentos e comportamentos suicidas.

A atividade de tomada de risco também faz parte da patologia adolescente normal. Esta mudança pode levar à vulnerabilidade no desenvolvimento de distúrbios psicossociais, que atingem o pico durante a adolescência.

Os adolescentes suicidas tendem a pensar de um modo desfavorável acerca de si próprios, a sentir-se sem esperança e a ter um reduzido controlo dos impulsos e uma baixa tolerância à frustração e ao stress.

Os seus sentimentos de depressão podem ser mascarados por aborrecimento, apatia, hiperatividade ou problemas físicos. Alguns destes jovens estão alheados dos pais e não têm ninguém fora da família para quem se voltar.

Papalia , Olds, & Feldman, 2001; Harter, 2012; Burton, 2014; Rahmandar & Biro, 2017

Alguns Mitos e Verdades...

- A pessoa que fala sobre suicídio não fará mal a si própria, apenas quer chamar a atenção.

FALSO: Todas as ameaças devem ser encarados com seriedade. Muitos suicidas comunicam previamente a sua intenção.

- O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso.

FALSO: Apesar de muitas vezes parecer impulsivo pode obedecer a um plano e ter sido comunicado anteriormente.

- Os indivíduos suicidas querem mesmo morrer ou estão decididos a matar-se.

FALSO: A maioria das pessoas que se suicida conversa previamente com outras pessoas ou liga para uma linha de emergência, o que revela a ambivalência que subjaz ao ato suicida.

- Após uma tentativa de suicídio a pessoa vez nunca mais volta a tentar matar-se.

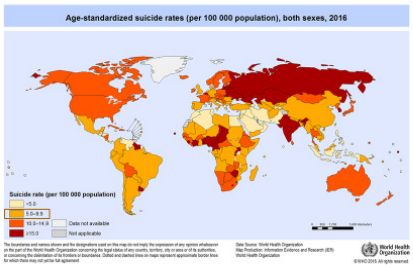
FALSO: uma pessoa que tem uma tentativa prévia apresenta um risco aumentado de suicídio.

- As crianças não cometem suicídio.

FALSO: embora seja raro, as crianças podem cometer suicídio e qualquer gesto, em qualquer idade, deve ser levado a sério.

Direção-Geral de Saúde, n.d.; Townsend, 2011

O Suicídio no mundo e em Portugal



De acordo com os dados da OMS:

- **800 mil pessoas** morrem por suicídio todos os anos - uma pessoa a cada 40 segundos.

- Por **cada pessoa** que se suicida, **20 ou mais** tentam suicidar-se

O suicídio foi responsável por **1,4%** de todas as mortes no mundo, sendo a **18ª causa de morte em 2016**.

Segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos no mundo.

- Em Portugal (entre 2007 - 2014) a taxa de mortalidade por suicídio entre os 15-24 anos foi 2-4 por 100.000 habitantes

As taxas de suicídio e de tentativas de suicídio aumentam com a idade, apresentando uma maior incidência na fase final da adolescência e adulto jovem.

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Direção-Geral de Saúde, n.d.; Organização Mundial de Saúde, 2018; Nunes, 2018

Suicídio - Motivação

A ideação suicida representa várias fantasias:

- Alivio do sofrimento,
- Meio de obter apoio e simpatia
- Meio de vingar-se contra aqueles que o magoaram.

Os adolescentes têm a perceção equivocada de que o ato do suicídio evocará remorso e pena e que eles serão capazes de voltar e testemunhar o sofrimento.

Para os adolescentes gravemente deprimidos, o suicídio parece ser a única libertação do seu desespero.

Raramente dão pistas da sua intenção e com frequência ocultam os seus pensamentos suicidas.

Muitos adolescentes contam aos amigos os seus pensamentos e planos suicidas, mas evitam contar aos adultos.

Hockenberry & Wilson, 2011

Suicídio - Métodos

Os rapazes cometem mais suicídio e utilizam métodos mais violentos, em contraste com a ideação suicida e tentativas de suicídio em que as raparigas apresentam taxas mais elevadas

Armas de fogo são os instrumentos mais usados quer por rapazes e raparigas

O método mais comum de tentativa de suicídio é a overdose ou a ingestão de substâncias potencialmente tóxicas (fármacos ou drogas), o segundo mais comum é a laceração autoinfligida

Rapazes: enforcamento e overdose

Raparigas: overdose e estrangulamento

Hockenberry & Wilson, 2011: Direção-Geral de Saúde, n.d.

Suicídio - Fatores Preditores e de Risco

Os fatores de risco são elementos que podem desencadear ou associar-se ao desenvolvimento do comportamento suicidário, não sendo, necessariamente, o fator causal.

Existência de psicopatologia:

- Transtornos do humor, esquizofrenia, transtornos de personalidade (mais comum transtornos da personalidade borderline e antissocial) e relacionados ao consumo de substâncias.
- Depressão – mais frequentemente relatada e presente em mais de metade dos suicidas. Mais comum entre adolescentes. Quanto mais grave é a depressão, mais os adolescentes estão convictos relativamente à prática do suicídio, utilizando meios eficazes.
- Transtorno de stress pós-traumático

Ataques de pânico

História de tentativas de suicídio e comportamentos para-suicidários e ideação suicida (pessoais ou na família)

Comportamentos autolesivos repetidos

Direção-Geral de Saúde, n.d.; Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Ferreira, Baracat, Junior, & Abramovici, 2010; Hockenberry & Wilson, 2011; Harter, 2012; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Shain & Committee on Adolescence, 2016; Singh & Pathak, 2017; Peláez, Guillaumet, & Martínez-Esparza, 2018

Suicídio - Fatores Preditores e de Risco

Comportamentos agressivos e impulsividade

Ausência de suporte familiar e social

- Dificuldade nos relacionamentos familiares e amorosos, padrões de vinculação inseguros, violência familiar, pais com autoridade excessiva, divórcio, famílias adotivas e condições sociais e educacionais desfavoráveis, vivência de uma infância problemática e o isolamento social.

Baixa autoestima e diminuição da capacidade de resolução de problemas

Acessibilidade ao método suicida

Desfazer-se de bens pessoais e significativos

- Os jovens tendem a expressar o seu sofrimento e dor, e até mesmo a sua vontade de morrer, por ações e comportamentos. Estas expressões indiretas do tipo comportamental e não verbal passam muitas vezes despercebidas. Oferecer bens valiosos ou com grande valor sentimental, fazer um testamento ou doar o corpo para a ciência devem ser entendidas como sinais de alarme

Direção-Geral de Saúde, n.d.; Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Ferreira, Baracat, Junior, & Abramovici, 2010; Hockenberry & Wilson, 2011; Harter, 2012; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Shain & Committee on Adolescence, 2016; Singh & Pathak, 2017; Peláez, Guillaumet, & Martínez-Esparza, 2018

Suicídio - Fatores Preditores e de Risco

História de abusos físicos e sexuais ou negligência

Dificuldades e diminuição do rendimento escolar

Comportamentos de risco (consumo de substâncias e de álcool, promiscuidade, prática de despostos radicais "perigosos")

Homossexualidade, bissexualidade e transexualidade na adolescência

Bullying e cyberbullying

Estímulos suicidas dos media (televisão, filmes, internet, ídolos e amigos)

Direção-Geral de Saúde, n.d.; Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Ferreira, Baracat, Junior, & Abramovici, 2010; Hockenberry & Wilson, 2011; Harter, 2012; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Shain & Committee on Adolescence, 2016; Singh & Pathak, 2017; Peláez, Guillaumet, & Martínez-Esparza, 2018

Suicídio - Fatores Protetores

Os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco de suicídio.

Recursos pessoais

- Autoestima e a capacidade de resolução de problemas; autoaceitação; estreitamento relacionada com as estratégias de coping; possuir esperança e otimismo face ao futuro e ter atitudes positivas face aos problemas; sentido de valor pessoal, abertura para novas experiências e projetos de vida; a não utilização de substâncias nocivas.

Recursos familiares

- Apoio familiar; comunicação entre família; vivência de relacionamentos estáveis e de confiança; perceção do envolvimento familiar e apoio familiar na escola; cuidados parentais mantidos; coesão familiar; capacidade de envolvimento mútuo; partilha de interesses e suporte emocional.

Recursos sociais e comunitário

- Envolvimento em atividades desportivas ou em atividades de grupo estruturadas; elevada importância atribuída à escola; boa integração na escola; fácil acesso a cuidados de saúde que proporcionem informação acerca dos serviços disponíveis; existência de comunidades informadas e sensibilizadas para as questões envoltas na saúde mental e suicídio; pertença a um clima escolar positivo; boa relação com amigos e colegas; boas relações com professores e outros adultos; suporte dos pares; valores culturais e religiosos.

O sentimento de pertença a uma família, a uma escola, a um grupo, a uma instituição ou a uma comunidade, podem proteger o jovem do suicídio.

Direção-Geral de Saúde, n.d.; Santos, et al., 2012; Peláez, Guillaumet, & Martínez-Esparza, 2018

Comportamento autolesivo

A adolescência é um período de vulnerabilidade para o comportamento autolesivo pois há altos níveis de impulsividade e reatividade emocional associados aos processos de desenvolvimento do cérebro.

A autolesão é um sinal de sofrimento emocional grave e uma resposta ao stress, sendo considerada uma estratégia de coping pelo adolescente.

A autolesão pode ocorrer como resultado de um desejo irresistível.

É comumente descrito como "chamada de atenção", no entanto muitos jovens comportam-se de forma oposta, são muito reservados e tentam esconder o seu comportamento.

A autolesão é uma maneira pela qual o jovem pode entrar em contato com o seu distúrbio psicológico através da realidade física da dor.

A autolesão é percebida como uma solução para os problemas que está a enfrentar, razão pela qual as razões subjacentes devem ser exploradas.

Basco, 2006; Philips, et al., 2013; Burton, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Vega, et al., 2018

Comportamento autolesivo

A autolesão parece estar associada a uma série de fatores psicológicos (depressão, ansiedade, transtornos alimentares), dificuldades de regulação do humor (impulsividade e transtornos relacionados ao controle dos impulsos, traços de personalidade borderline), afeto negativo (tristeza, ansiedade, raiva, stress, baixa autoestima) e estratégias de coping deficientes.

O comportamento autolesivo inclui:

- Um desejo intencional de se magoar;
- Uma incapacidade de resistir ao impulso de se magoar
- A lesão é o resultado final desejado, não a morte.

As motivações comumente relatadas para autolesão incluem:

- Dificuldade em lidar com emoções negativas;
- Autoaversão;
- Raiva;
- Autopunição;
- Solidão;
- Distração de problemas;
- Comunicar sentimentos negativos aos outros;
- Obter libertação catártica;
- Responder à pressão dos colegas;
- Afetar relacionamentos (adolescentes com habilidades interpessoais limitadas), comunicando a sua aflição ao outros e, por sua vez, provocando simpatia, status ou camaradagem.

Basco, 2006; Philips, et al., 2013; Burton, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Vega, et al., 2018

Comportamento autolesivo

O comportamento autolesivo não é impulsivo, o adolescente planeia-o quando está sozinho e quando experimenta ideias ou emoções negativas (memória desagradável, raiva), ou em resposta a um evento stressante.

A autolesão pode proporcionar alívio emocional aumentando os níveis de serotonina, ou pode produzir a euforia desejada pela libertação de endorfinas.

A maioria dos adolescentes que se automutilaram relataram não sentir dor (ou sentir muito pouco) enquanto realizam esse comportamento.

Muitos jovens relatam sentir-se melhor após a autoagressão. No entanto, sentimentos de culpa, vergonha e repulsa também podem aumentar após a autoagressão.

Os adolescentes tendem a cortar-se para " se sentir melhor", não para acabar com a vida. No entanto, a intenção de se cortar a si mesmo pode mudar com o tempo e levar os adolescentes a adotar formas mais letais de violência.

Se o comportamento autolesivo inicial fornecer alívio para o adolescente, ele correrá maior risco de repetir o comportamento, pois os comportamentos autolesivos têm uma natureza aditiva.

A automutilação tende a ser uma estratégia de coping, enquanto o suicídio é mais uma questão de desistir.

Basco, 2006; Philips, et al., 2013; Burton, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Vega, et al., 2018

Comportamento autolesivo

Potenciais desencadeadores dos comportamentos autolesivos

- Baixa autoestima
- Experiências abusivas anteriores
- Consumo de substâncias
- Circunstâncias familiares adversas
- Relacionamentos disfuncionais
- Dificuldades com a sexualidade
- Assédio moral
- Dificuldades com relacionamentos parentais e de pares
- Luto
- Problemas com etnia, cultura e/ou religião
- Violência doméstica
- Pobreza
- Criminalidade parental
- Punições frequentes
- Transições familiares

Basco, 2006; Philips, et al., 2013; Burton, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Vega, et al., 2018

Comportamento autolesivo - Método

Nos comportamentos autolesivos, as automutilações e as sobredosagens medicamentosas são o método mais utilizado

Alguns adolescentes usam objetos pontiagudos ou ásperos para causar lesões nos seus braços, pernas ou outras partes do corpo.

A maioria dos adolescentes que se automutila faz apenas nos seus braços.

Os adolescentes podem cortar, arranhar, queimar, raspar ou picar a pele repetidamente, muitas vezes deixando cicatrizes ou mesmo puxar o cabelo.

Geralmente tentam esconder os ferimentos resultantes com roupas.

A maioria dos ferimentos é superficial, mas pode resultar em cicatrizes.

As lesões graves tais como tendões lacerados, cortes penetrantes nos principais vasos sanguíneos ou cicatrizes desfigurantes são incomuns.

As raparigas cortam, arranham ou magoam a pele, enquanto os rapazes mais comumente atingem ou queimam-se a si mesmos e infligem mais lesões no rosto, tórax e genitais.

Direção-Geral de Saúde n.d.; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015

Comportamento autolesivo – Fatores de Risco

- História anterior de comportamentos autolesivos
- Perturbações da personalidade antissocial, borderline, histriónica, narcísica
- Experiências adversas (abuso sexual, negligência dos pais ou bullying)
- Meios de comunicação, redes sociais e internet
- Consumo substâncias
- Problemas familiares
- Experiência de desesperança
- Uso de vários métodos diferentes
- Transtornos comportamentais
- História de suicídio na família
- Ser adolescente do sexo feminino

Burton, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Vega, et al., 2018

Sinais de alerta

- Agir de forma imprudente ou envolver-se em atividades arriscadas;
- Agitação, agressividade, automutilação;
- Alterações dramáticas de humor ou personalidade;
- Ansiedade, apatia, anedonia;
- Perda de energia – perda de interesse, indiferença;
- Baixa autoestima/ falta de autoconfiança;
- Falar sobre a própria morte e desejar morrer/ Falar ou escrever acerca da morte, da vida depois da morte ou do suicídio;
- Cansaço;
- Choro repentino;
- Declarações ou sugestões de que eles não seriam perdidos se fossem embora ou 'eu não vou causar mais nenhum problema", descrição de si mesmo como inútil;
- Desespero/Desesperança;
- Distração;
- Exaustão sem causa nítida;
- Ideias e temas de depressão, morte e suicídio;
- Pensamento mágico, distúrbios espirituais, hábitos supersticiosos;
- Falta de motivação;
- Falta de sociabilidade;

Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Hockenberry e Wilson, 2011; Kalmac, 2013; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Singh & Pathak, 2017

Sinais de alerta

Indecisão;

Instabilidade emocional acentuada (humor irritável, impaciência, intolerância, humor disfórico, inquietação, agitação, infelicidade profunda, aumento da ira, aborrecimento ou apatia);

Permanecer distante, triste, isolado – afeto vazio, expressão facial estática;

Invulgar negligência da aparência – diminuição do autocuidado;

Queixas físicas – dores de estômago e cabeça recorrentes;

Irresponsabilidade;

Isolamento social de amigos, atividades e interesses de que antes gostava;

Lentidão;

Mais irritabilidade, belicosidade ou teimosia;

Medo;

Mudança drástica no apetite (diminuição ou aumento do apetite);

Mudanças nos padrões de sono – dorme mais ou muito pouco;

Problemas de concentração;

Raiva de si mesmo, auto-ódio, autoincriminação;

Sensação de aborrecimento.

Papalia , Olds, & Feldman, 2001; Hockenberry e Wilson, 2011; Kalmar, 2013; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Singh & Pathak, 2017

Abordagem no SUP

O Serviço de Urgência Pediátrica é um contexto importante para identificar crianças e adolescentes em risco de suicídio, a fim de intervir idealmente antes de se tentar o suicídio.

A triagem é, portanto, uma oportunidade única para a prevenção do suicídio.

A triagem cria um contexto com jovens em risco e suas famílias para discutir o risco de suicídio, identificar os níveis de risco e envolvê-los nos esforços de prevenção. Através da triagem, podem-se iniciar estratégias de prevenção precoce, como ligações com o tratamento, a fim de evitar tentativas posteriores de suicídio e potencialmente salvar vidas.

A triagem inicial, realizada por enfermeiros dos serviços de urgência, deve integrar uma avaliação psicossocial que deve determinar o estado mental do adolescente, a sua motivação para prosseguir com a avaliação, o seu nível de stresse e a eventual presença de doença mental. Existindo uma avaliação inicial de triagem com avaliação psicossocial, aumentarão as probabilidades do indivíduo permanecer com acompanhamento psicossocial no futuro.

O primeiro contacto com o adolescente que tentou suicídio deve ser estabelecer um vínculo que possa garantir confiança e colaboração, visto que o adolescente encontra-se enfraquecido emocionalmente e, muitas vezes, não colaborativo com os profissionais, tornando-se essencial ouvi-lo atentamente.

Basco, 2006; Santos, et al., 2012; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017; Santos, et al., 2017; Ballard, et al., 2017

Abordagem no SUP

Um contacto empático empobrecido e apressado, assim como o próprio ambiente da urgência podem impedir uma avaliação clínica e um relacionamento terapêutico eficaz.

Um atendimento humanizado, com ênfase na escuta qualificada, diálogo, informação e atitudes que reflitam positivamente a ajuda, pode influenciar, de forma significativa, a tomada de decisão do profissional durante uma emergência, contribuindo para a prevenção de outras possíveis tentativas de suicídio.

A primeira tarefa no serviço de urgência é fornecer assistência médica e avaliar a gravidade da tentativa de suicídio. A segunda tarefa é avaliar a necessidade de cuidados pós-alta e fornecer encaminhamento adequado.

O encaminhamento adequado do adolescente para outras especialidades, tais como a psiquiatria, quando necessário, e a psicologia, torna-se fundamental, uma vez que os sentidos e os significados que estão por detrás do desejo de perder a vida serão aprofundados.

É importante a equipa estar ciente de que, além de um cuidado com perspetivas e práticas humanizadas, um trabalho multidisciplinar é importante.

Basco, 2006; Santos, et al., 2012; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017; Santos, et al., 2017; Ballard, et al., 2017

Abordagem no SUP

Relativamente à ideação e comportamento suicida recomenda-se a obtenção das seguintes informações:

- A frequência de pensamentos suicidas e há quanto tempo eles estão presentes;
- O plano para o suicídio, com particular ênfase nos detalhes do plano e na letalidade do método selecionado;
- História anterior de tentativas de suicídio;
- O acesso do adolescente a meios letais de suicídio;
- A história ou presença de doença psiquiátrica (diagnóstico e medicação);
- Se há consumo de álcool ou drogas;
- História familiar de doença psiquiátrica, abuso de substâncias e suicídio;
- As relações entre o adolescente e os pais/responsáveis;
- Se ocorreu abuso físico ou sexual no passado;
- A orientação sexual do adolescente.

É também crucial avaliar os stressores e avaliar se o adolescente pode declarar uma razão ou razões para viver.

Basco, 2006; Santos, et al., 2012; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017; Santos, et al., 2017; Ballard, et al., 2017

Abordagem no SUP

Comportamento autolesivo

Abordar o adolescente sem julgamento, de forma empática e de apoio e falar com ele sobre a sua motivação para o corte.

Se, durante o exame físico, se observarem lesões (cortes, arranhões, queimaduras ou marcas de atrito) e se estiverem localizadas em áreas do corpo que o adolescente possa alcançar facilmente deve-se suspeitar de comportamento autolesivo.

Documentar os locais e a extensão da lesão.

Uma abordagem para conversar com o adolescente sobre a autolesão envolve fazer perguntas baseadas em técnicas de entrevista motivacional. Exemplo:

1. Qual o efeito que a automutilação tem na tua vida?
2. Embora pareça que a automutilação tem um propósito para ti, que desvantagens existem se continuares com a automutilação?
3. Que fatores podem motivar-te a parares de te automutilares agora?
4. Como seria a tua vida se não te automutilasses?
5. O que achas que precisarias para te ajudar a parar de te automutilares?

Basco, 2006; Santos, et al., 2012; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Dekker, Vergouwen, Buster, & Honig, 2017; Santos, et al., 2017; Ballard, et al., 2017

Avaliar o risco

As escalas autoadministradas podem ser úteis para a triagem, porque os adolescentes podem divulgar informações sobre a probabilidade de suicídio no autorrelato que negam pessoalmente.

O adolescente deve ser entrevistado separadamente dos pais.

Embora a confidencialidade seja importante na atenção à saúde do adolescente, para adolescentes em risco para si ou para outros, a segurança tem precedência sobre a confidencialidade e isso deverá ser explicado ao adolescente.

Avaliar se há sinais não verbais que possam indicar potencialmente que o adolescente está considerando a autolesão - evitar contato com os olhos, choro ou mudança brusca de comportamentos

Não deixar o adolescente sozinho se suspeitar de ideação suicida - garantir que o adolescente é vigiado (1:1).

Um adolescente que se autolesiona e expressa a intenção de cometer suicídio ou que admita ter pensado num suicídio ou num plano de suicídio, deve ser chamada a equipa da psiquiatria para avaliação e encaminhamento.

Basco, 2006; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015; Shain & Committee on Adolescence, 2016

Avaliar o Risco

Rever o histórico médico pessoal e familiar de cada adolescente quanto ao fator de risco de suicídio

Avaliar todos os adolescentes para ideação suicida, usando uma ferramenta de triagem padronizada, breve e baseada na evidência

- A literatura mostra que uma ferramenta de triagem pode identificar indivíduos com risco de suicídio de forma mais confiável do que deixar a identificação ao julgamento pessoal do clínico ou perguntar sobre pensamentos suicidas usando linguagem vaga

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

ED-SAFE Patient Safety Screener

Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R).

Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)

Ballard, et al., 2017; The Joint Comission, 2016

Avaliar o risco - ASQ

O Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) é um recurso gratuito que pode ajudar enfermeiros/médicos a identificar jovens em risco de suicídio.

O ASQ é um conjunto de quatro perguntas de triagem que leva 20 segundos para ser aplicado.

Não requer treino específico antes do seu uso.

Ao permitir a identificação e avaliação precoce de adolescentes com alto risco de suicídio, o kit de ferramentas do ASQ pode desempenhar um papel fundamental na prevenção do suicídio.

Todas as perguntas são feitas ao adolescente, e uma resposta "sim" a qualquer um dos quatro itens é considerado que o mesmo está em risco de cometer suicídio.

O ASQ fornece fortes evidências para descartar riscos e é um instrumento altamente sensível para detetar risco de suicídio nos adolescentes (quer com patologia psiquiátrica quer sem patologia psiquiátrica)

Ballard, et al., 2017; Newton, Soleimani, Kirkland, & Gokiert, 2014; National Institute of Mental Health, n.d.

Avaliar o risco - ASQ

Como usar

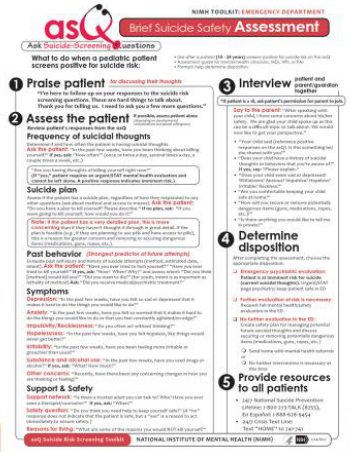
O ASQ foi desenvolvido para triar jovens entre os 10 e os 24 anos (com queixas principais de saúde mental, considerar o rastreamento abaixo de 10 anos).

Recomenda-se que a triagem seja realizada sem o pai / adulto responsável presente.

Os adolescentes que forem "positivos" para risco de suicídio no ASQ devem receber uma avaliação breve de segurança suicida (brief suicide safety assessment - BSSA) que deve ser realizada por alguém experiente e treinado, para determinar se é necessária uma avaliação da saúde mental mais aprofundada.

A qualquer adolescente que esteja em risco de suicídio devem ser fornecidas a lista de recursos (Linhas de ajuda)

National Institute of Mental Health, n.d.


NIMH TOOLKIT: EMERGENCY DEPARTMENT

asQ Brief Suicide Safety Assessment

Ask Suicide-Screening Questions

What to do when a pediatric patient screens positive for suicide risk:

1 Praise patient for discussing their thoughts

"I'm here to follow up on your responses to the suicide risk screening questions. These are hard things to talk about. Thank you for telling us. I need to ask you a few more questions."

2 Assess the patient If possible, assess patient alone (consider parent bias, confidentiality concerns in pediatric settings).

Review patient's responses from the asQ

Frequency of suicidal thoughts

Determine if and how often the patient is having suicidal thoughts.

Ask the patient: "How often have you been thinking about killing yourself?" If yes, ask: "How often?" (Once or twice a day, several times a day, a couple times a week, etc.)

"Are you having thoughts of killing yourself right now?"

(If "yes," patient requires an urgent/STAT mental health evaluation and cannot be left alone. A positive response indicates imminent risk.)

Suicide plan

Assess if the patient has a suicide plan, regardless of how they responded to any other questions (ask about method and access to means). Ask the patient: "Do you have a plan to kill yourself? Please describe." If no plan, ask: "If you were going to kill yourself, how would you do it?"

Note: If the patient has a very detailed plan, this is more concerning than if they haven't thought it through in great detail. If the patient has access to the means they plan to use, this is more concerning. This is a reason for greater concern and removing or securing dangerous items (medications, guns, ropes, etc.).

Past behavior (Strongest predictor of future attempts)

Evaluate past self-injury and history of suicide attempts (method, estimated date, intent). Ask the patient: "Have you ever tried to hurt yourself?" "Have you ever tried to kill yourself?" If yes, ask: "How? When? Why?" and assess intent: "Did you think you would die?" "Did you want to die?" (For youth, intent is as important as whether a method could kill.) "Did you receive medical/psychiatric treatment?"

Symptoms

Depression: "In the past few weeks, have you felt so sad or depressed that it makes it hard to do the things you would like to do?"

Anxiety: "In the past few weeks, have you felt so worried that it makes it hard to do the things you would like to do or that you feel constantly agitated/on edge?"

Impulsivity/Recklessness: "Do you often act without thinking?"

Hopelessness: "In the past few weeks, have you felt hopeless, like things would never get better?"

Irritability: "In the past few weeks, have you been feeling more irritable or grouchy than usual?"

Substance and alcohol use: "In the past few weeks, have you used drugs or alcohol?" If yes, ask: "What? How much?"

Other concerns: "Recently, have there been any concerning changes in how you are thinking or feeling?"

Support & Safety

Support network: "Is there a trusted adult you can talk to? Who? Have you ever seen a therapist/counselor?" If yes, ask: "When?"

Safety question: "Do you think you need help to keep yourself safe?" (If "no" or "unsure," ask why. If the patient is safe, but a "yes" is a reason to act immediately to ensure safety.)

Reasons for living: "What are some of the reasons you would NOT kill yourself?"

3 Interview patient and parent/guardian together

"If patient is < 18, ask patient's permission for parent to join.

Say to the parent: "When speaking with your child, I have some concerns about his/her safety. I'd like to ask you some questions. I know this can be a difficult topic to talk about. We would love like to get your perspective."

- "Your child said [reference positive responses on the asQ]. Is this something he/she shared with you?"
- "Does your child have a history of a suicide attempt? Is there anything else you're aware of?" If yes, say: "Please explain."
- "Does your child seem sad or depressed? Withdrawn? Anxious? Impulsive? Hopeless? Irritable? Reckless?"
- "Is there anything unsafe keeping your child safe at home?"
- "How will you secure or remove potentially dangerous items (guns, medications, ropes, etc.)?"
- "Is there anything you would like to tell me in private?"

4 Determine disposition

After completing the assessment, choose the appropriate disposition.

- Emergency psychiatric evaluation: Patient is at imminent risk for suicide (current suicidal thoughts). Urgent/STAT psych evaluation; keep patient safe in ED
- Further evaluation at risk is necessary: Request full mental health/safety evaluation in the ED
- Patient can be safely managed in the ED: Use the safety plan for managing potential future suicidal thoughts and discuss securing or removing potentially dangerous items (medications, guns, ropes, etc.)
  - Send home with mental health referrals or
  - No further intervention is necessary at this time

5 Provide resources to all patients

- 24/7 National Suicide Prevention Lifeline: 1-800-273-TALK (8255). En Español: 1-888-628-9454
- 24/7 Crisis Text Line: Text "HOME" to 741-741

asQ Suicide Risk Screening Toolkit | NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH)

Linhas SOS

SOS – Voz Amiga: 800 202 669, 21 354 45 45, 91 280 26 69, 96 352 46 60
- Facebook: https://www.facebook.com/pages/SOS-VOZ-AMIGA/321088290699

Telefone da Amizade: 808 223 353, 228 323 535, jo@telefone-amizade.pt

Apartado 4857, 4014 Porto

SOS – Estudante: 808 200 204, 969 554 545

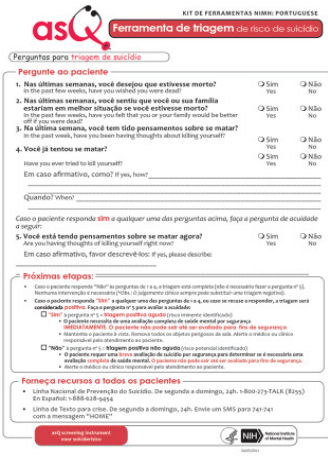
Escutar – Voz de Apoio: 225 506 070, sos.vozdeapoio@sapo.pt,

Apartado 2533, 4401-401 Vila Nova de Gaia

Conversa Amiga: 808 237 327, 210 027 159

Telefone da Esperança: 222 030 707

Direção-Geral de Saúde, n.d.


KIT DE FERRAMENTAS NIMH: PORTUGUESE

asQ Ferramenta de triagem de risco de suicídio

Perguntas para triagem de suicídio

Pergunte ao paciente

1. Nas últimas semanas, você desejou que estivesse morto? In the past few weeks, have you wished you were dead? ☐ Sim Yes ☐ Não No
2. Nas últimas semanas, você sentiu que você ou sua família estariam em melhor situação se você estivesse morto? In the past few weeks, have you felt that you or your family would be better off if you were dead? ☐ Sim Yes ☐ Não No
3. Na última semana, você tem tido pensamentos sobre se matar? In the past week, have you been having thoughts about killing yourself? ☐ Sim Yes ☐ Não No
4. Você já tentou se matar? ☐ Sim Yes ☐ Não No

Have you ever tried to kill yourself?

Em caso afirmativo, como? If yes, how? _____

Quando? When? _____

Caso o paciente responda sim a qualquer uma das perguntas acima, faça a pergunta de acuidade a seguir:

5. Você está tendo pensamentos sobre se matar agora? Are you having thoughts of killing yourself right now? ☐ Sim Yes ☐ Não No

Em caso afirmativo, favor descrevê-los: If yes, please describe:

Próximas etapas:

- Caso o paciente responda "Não" às perguntas de 1 a 4, a triagem está completa (não é necessário fazer a pergunta nº 5). Nenhuma intervenção é necessária (*Obs.: O julgamento clínico sempre pode substituir uma triagem negativa).
- Caso o paciente responda "Sim" a qualquer uma das perguntas de 1 a 4, ou caso se recuse a responder, a triagem será considerada positiva. Faça a pergunta nº 5 para avaliar a acuidade:

☐ "Sim" à pergunta nº 5 = triagem positiva aguda (risco iminente identificado)
- O paciente necessita de uma avaliação completa de saúde mental por segurança IMEDIATAMENTE. O paciente não pode ser visto sozinho para fins de segurança
- Mantenha o paciente à vista. Remova todos os objetos perigosos da sala. Alerte o médico ou clínico responsável pelo atendimento ao paciente.

☐ "Não" à pergunta nº 5 = triagem positiva não aguda (risco potencial identificado)
- O paciente requer uma breve avaliação de suicídio por segurança para determinar se é necessário uma avaliação completa de saúde mental. O paciente não pode ser visto sozinho para fins de segurança.
- Alerte o médico ou clínico responsável pelo atendimento ao paciente.

Forneça recursos a todos os pacientes

- Linha Nacional de Prevenção do Suicídio. De segunda a domingo, 24h. 1-800-273-TALK (8255) En Español: 1-888-628-9454
- Linha de Texto para crise. De segunda a domingo, 24h. Envie um SMS para 741-741 com a mensagem "HOME".

asQ screening instrument now substance

Mais informações:

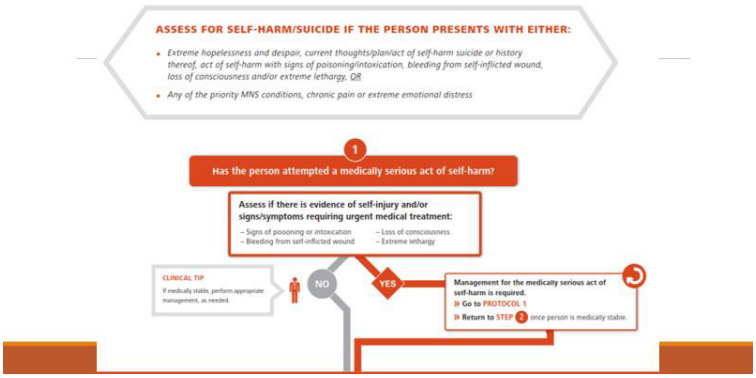
https://www.nimh.nih.gov/labs-at-nimh/asq-toolkit-materials/index.shtml#resource

Vídeos educacionais:

https://www.nimh.nih.gov/labs-at-nimh/asq-toolkit-materials/educationalvideos/educational-videos.shtml

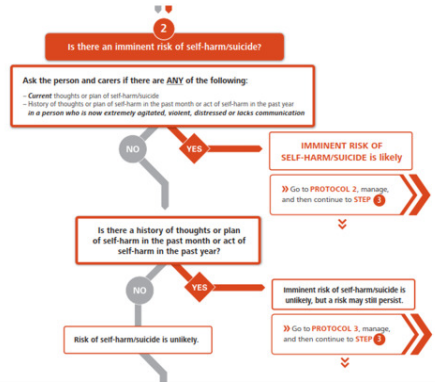
Avaliar o risco

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf;jsessionid=003BD24072F0ABB942137409 3F16A8CA?sequence=1



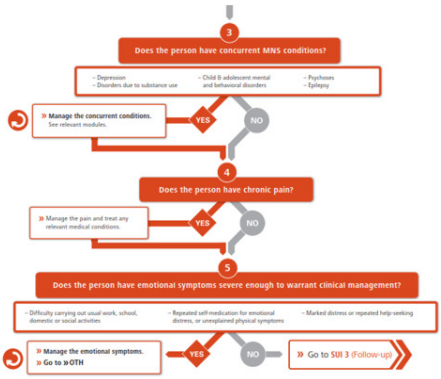
Avaliar o risco

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf;jsessionid=003BD24072F0ABB942137409 3F16A8CA?sequence=1



Avaliar o risco

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf;jsessionid=003BD24072F0ABB942137409 3F16A8CA?sequence=1



Avaliar o risco

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf;jsessionid=003BD24072F0ABB942137409 3F16A8CA?sequence=1

SUI 2 » Management

PROTOCOL 1 — Medically Serious Act of Self-Harm

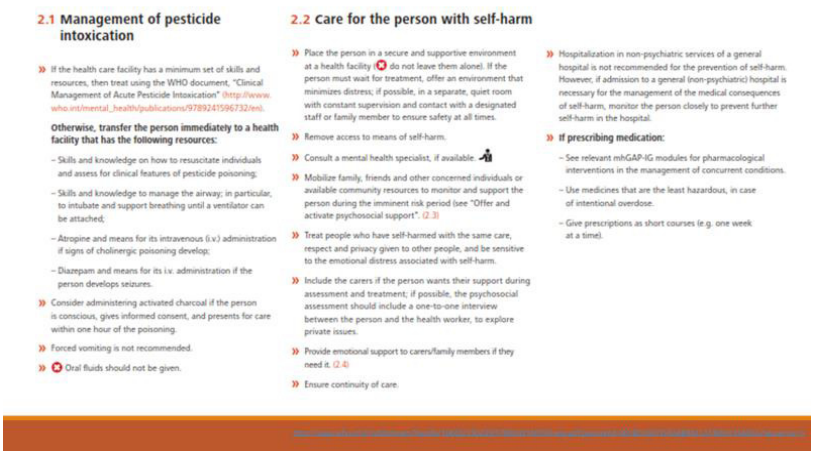
- » **For all cases:** Place the person in a secure and supportive environment at a health facility.
- » DO NOT leave the person alone.
- » Medically treat injury or poisoning. If there is acute pesticide intoxication, follow "Management of pesticide intoxication". (2.1)
- » If hospitalization is needed, continue to monitor the person closely to prevent suicide.
- » Care for the person with self-harm. (2.2)
- » Offer and activate psychosocial support. (2.3)
- » Offer carers support. (2.4)
- » Consult a mental health specialist, if available.
- » Maintain regular contact and Follow-Up.

PROTOCOL 2 — Imminent Risk of Self-Harm/Suicide

- » Remove means of self-harm/suicide.
- » Create a secure and supportive environment; if possible, offer a separate, quiet room while waiting for treatment.
- » DO NOT leave the person alone.
- » Supervise and assign a named staff or family member to ensure person's safety at all times.
- » Attend to mental state and emotional distress.
- » Provide psychoeducation to the person and their carers. (2.5)
- » Offer and activate psychosocial support. (2.3)
- » Offer carers support. (2.4)
- » Consult a mental health specialist, if available.
- » Maintain regular contact and Follow-Up.

PROTOCOL 3 — Risk of Self-Harm/Suicide

- » Offer and activate psychosocial support. (2.3)
- » Consult a mental health specialist, if available.
- » Maintain regular contact and Follow-Up.



2.1 Management of pesticide intoxication

» If the health care facility has a minimum set of skills and resources, then treat using the WHO document, "Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication" (http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en).

Otherwise, transfer the person immediately to a health facility that has the following resources:

- Skills and knowledge on how to resuscitate individuals and assess for clinical features of pesticide poisoning;
- Skills and knowledge to manage the airway; in particular, to intubate and support breathing until a ventilator can be attached;
- Atropine and means for its intravenous (i.v.) administration if signs of cholinergic poisoning develop;
- Diazepam and means for its i.v. administration if the person develops seizures.

» Consider administering activated charcoal if the person is conscious, gives informed consent, and presents for care within one hour of the poisoning.

» Forced vomiting is not recommended.

» ⛔ Oral fluids should not be given.

2.2 Care for the person with self-harm

» Place the person in a secure and supportive environment at a health facility (⛔ do not leave them alone). If the person must wait for treatment, offer an environment that minimizes distress; if possible, in a separate, quiet room with constant supervision and contact with a designated staff or family member to ensure safety at all times.

» Remove access to means of self-harm.

» Consult a mental health specialist, if available.

» Mobilize family, friends and other concerned individuals or available community resources to monitor and support the person during the imminent risk period (see "Offer and activate psychosocial support". (2.3)

» Treat people who have self-harmed with the same care, respect and privacy given to other people, and be sensitive to the emotional distress associated with self-harm.

» Include the carers if the person wants their support during assessment and treatment; if possible, the psychosocial assessment should include a one-to-one interview between the person and the health worker, to explore private issues.

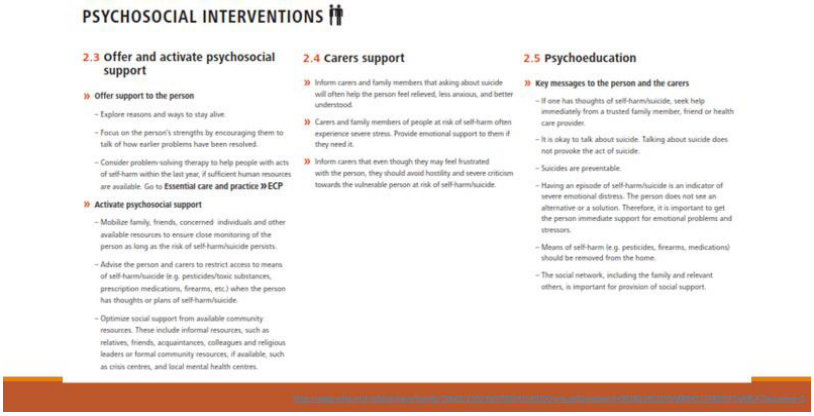
» Provide emotional support to carers/family members if they need it. (2.4)

» Ensure continuity of care.

» Hospitalization in non-psychiatric services of a general hospital is not recommended for the prevention of self-harm. However, if admission to a general (non-psychiatric) hospital is necessary for the management of the medical consequences of self-harm, monitor the person closely to prevent further self-harm in the hospital.

» **If prescribing medication:**

- See relevant mhGAP-IG modules for pharmacological interventions in the management of concurrent conditions.
- Use medicines that are the least hazardous, in case of intentional overdose.
- Give prescriptions as short courses (e.g. one week at a time).



PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS

2.3 Offer and activate psychosocial support

» **Offer support to the person**

- Explore reasons and ways to stay alive.
- Focus on the person's strengths by encouraging them to talk of how earlier problems have been resolved.
- Consider problem-solving therapy to help people with acts of self-harm within the last year, if sufficient human resources are available. Go to **Essential care and practice »ECP**

» **Activate psychosocial support**

- Mobilize family, friends, concerned individuals and other available resources to ensure close monitoring of the person as long as the risk of self-harm/suicide persists.
- Advise the person and carers to restrict access to means of self-harm/suicide (e.g. pesticides/toxic substances, prescription medications, firearms, etc.) when the person has thoughts or plans of self-harm/suicide.
- Optimize social support from available community resources. These include informal resources, such as relatives, friends, acquaintances, colleagues and religious leaders or formal community resources, if available, such as crisis centres, and local mental health centres.

2.4 Carers support

» Inform carers and family members that asking about suicide will often help the person feel relieved, less anxious, and better understood.

» Carers and family members of people at risk of self-harm often experience severe stress. Provide emotional support to them if they need it.

» Inform carers that even though they may feel frustrated with the person, they should avoid hostility and severe criticism towards the vulnerable person at risk of self-harm/suicide.

2.5 Psychoeducation

» **Key messages to the person and the carers**

- If one has thoughts of self-harm/suicide, seek help immediately from a trusted family member, friend or health care provider.
- It is okay to talk about suicide. Talking about suicide does not provoke the act of suicide.
- Suicides are preventable.
- Having an episode of self-harm/suicide is an indicator of severe emotional distress. The person does not see an alternative or a solution. Therefore, it is important to get the person immediate support for emotional problems and stressors.
- Means of self-harm (e.g. pesticides, firearms, medications) should be removed from the home.
- The social network, including the family and relevant others, is important for provision of social support.

Comunicação com adolescente

Como comunicar

- Ouvir atentamente, ficar calmo.
- Entender os sentimentos do adolescente (empatia).
- Dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito.
- Expressar respeito pelas opiniões e valores do adolescente.
- Conversar honestamente e com autenticidade.
- Mostrar a sua preocupação, cuidado e afeição.
- Focar-se nos sentimentos do adolescente.

Como não comunicar

- Interromper muito frequentemente.
- Ficar chocado ou muito emocionado.
- Dizer que está ocupado.
- Tratar o adolescente de maneira que o coloca numa posição de inferioridade.
- Fazer comentários invasivos e pouco claros.
- Fazer perguntas indiscretas.

Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação.

Ouvir com cordialidade.
Tratar com respeito.
Empatia com as emoções.
Cuidado com o sigilo.

Organização Mundial de Saúde, 2000

Comunicação com os pais

Os membros da família muitas vezes não têm conhecimento acerca dos comportamentos autolesivos.

A família e os cuidadores devem ser educados sobre os mesmos (por exemplo, o seu uso como estratégia de coping, a complexidade dos fatores contribuintes), sobre maneiras de proporcionar um ambiente seguro (maior supervisão de adultos, proteção de objetos pontiagudos) e sobre a importância de tratamento.

Orientar os pais para desenvolverem padrões de comunicação positivos que ajudam os filhos a se sentirem conectados com e amados pelas famílias.

Encorajar os pais a dar aos adolescentes válvulas de escape criativas e a ajudá-los a aceitar emoções fortes (dor, raiva e frustração) como uma parte normal da experiência humana.

Orientar os pais para os sinais de alerta de suicídio.

Como a tentativa de suicídio é com frequência uma manifestação de sofrimento familiar é essencial intervir na família.

Hockenberry & Wilson, 2011; Jones, Cohen, Worley, & Worthington, 2015

Intervenções – suicídio

Ameaças de suicídio devem ser sempre consideradas seriamente.

Se uma tentativa de suicídio não conseguir chamar atenção aos seus problemas ou se piorá-los, o adolescente pode concluir que o suicídio é a única resposta.

Os adolescentes precisam saber que alguém se preocupa com eles e devem receber intervenção de crise imediata e eficiente.

O adolescente que fez uma tentativa séria ou que tem um plano especifico de suicidar-se deve receber atenção imediata e cuidados psiquiátricos competentes.

O suicídio é um grave problema de saúde pública, no entanto, os suicídios são evitáveis com intervenções oportunas, baseadas na evidência e muitas vezes de baixo custo.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na redução do suicídio entre adolescentes, tendo a oportunidade de antecipar as orientações a pais e adolescentes.

Hockenberry & Wilson, 2011; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Organização Mundial de Saúde, 2018

Intervenções – suicídio

As intervenções ao adolescente suicida incluem reconhecimento, tratamento e prevenção precoce.

O aspeto mais importante é reconhecer sinais de alerta.

Depois de estabilizado clinicamente, é importante uma avaliação abrangente do estado emocional e psicossocial.

Intervir precocemente junto dos adolescentes que adotaram um comportamento da esfera suicidária é fundamental dado que estes comportamentos são preditivos de um comportamento futuro, com um risco de repetição acrescido nos três a seis meses seguintes ao comportamento

Adolescentes com perturbações depressivas e história de comportamento da esfera suicidária assumem-se como um grupo de risco elevado quer para a repetição do comportamento, quer para o consumar do ato.

Para os adolescentes com moderado/alto risco de suicídio ou tentativa de suicídio é fundamental o acompanhamento imediato por um profissional de Saúde Mental.

Hockenberry & Wilson, 2011; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Organização Mundial de Saúde, 2018

Intervenções – suicídio

As opções para uma avaliação imediata podem incluir internamento, transferência para um serviço de urgência de pedopsiquiatria ou consulta no próprio dia com um profissional de Saúde Mental.

A intervenção deve ser sempre adaptada às necessidades do adolescente.

Adolescentes com uma família coesa e funcional, com fortes redes de apoio (grupo de pares e apoio social), esperança no futuro e o desejo de resolver os conflitos pode apenas ser necessária intervenção orientada para a crise.

Adolescentes que tenham feito tentativas anteriores, apresentem um elevado grau de intenção de cometer suicídio, mostrem evidências de depressão grave ou outra doença psiquiátrica, evidenciem abuso de álcool ou outras drogas, que tenham baixo controle dos impulsos ou famílias que não estão dispostas a comprometer-se a aconselhamento estão em alto risco e poderá ser necessário internamento psiquiátrico, bem como intervenção psiquiátrica e psicológica a longo prazo.

Hockenberry & Wilson, 2011; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Organização Mundial de Saúde, 2018

Intervenções – suicídio

O internamento permitirá ao adolescente permanecer num ambiente protegido, dando tempo para uma completa avaliação do estado mental e permitindo o início do tratamento.

Se o adolescente expressar ideação suicida, mantenha-o sob vigilância até que possa ser encaminhado para a equipa de psiquiatria.

Avalie com cuidado o ambiente de saúde e os pertences pessoais do adolescente retirando objetos que facilmente podem ser usados como arma

- Tirar do alcance destes jovens armas, fármacos, cintos, lenços, atacadores, objetos pontiagudos ou corantes, fósforos ou isqueiros.

Observe os sinais físicos de que o adolescente tentou se automutilar, como cortes autoinfligidos nos pulsos ou cortes de hesitação noutras áreas visíveis.

Avalie o adolescente a cada turno para ideação e/ou comportamento suicida.

Hockenberry & Wilson, 2011; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Organização Mundial de Saúde, 2018

Intervenções – comportamentos autolesivos

A identificação dos comportamentos autolesivos é o primeiro passo em qualquer intervenção.

Ter atenção aos adolescentes que usam roupas que escondem grande parte de seu corpo

Realizar exame completo da pele e perguntar sobre quaisquer cicatrizes observadas.

Referenciação atempada: A avaliação e a gestão eficaz das autolesões, particularmente no serviço de urgência, são uma grande oportunidade para reduzir episódios repetidos de autolesão e futuros riscos de suicídio. Recomenda-se que a avaliação especializada deva ocorrer dentro de 48 horas após a admissão no hospital.

Entender o comportamento de autolesão: Entender como o jovem gere o stress é crucial. Os comportamentos de autolesão são evidências de experiências anteriores de dificuldades interpessoais, familiares e de relacionamento, que levam à insegurança do apego .

Basco, 2006; Burton, 2014

Intervenções – comportamentos autolesivos

Iniciando a intervenção: No centro de qualquer intervenção de qualquer profissional de saúde está uma combinação da abordagem centrada na pessoa com uma compreensão do contexto "sistémico", que é o sistema e o contexto em torno do jovem.

- O trabalho terapêutico individual com crianças e jovens raramente envolve uma única intervenção e geralmente acompanha o trabalho dos pais e da família. A intervenção é sempre sobre a aplicação apropriada de um modelo particular ao jovem, e não o contrário (isto é, adaptar o jovem ao modelo).

Estabelecer uma aliança terapêutica positiva: Embora a intervenção oferecida seja importante, a aliança terapêutica entre o enfermeiro, o jovem e sua família também são um determinante essencial dos resultados em saúde mental. A relação terapêutica é muitas vezes mais poderosa em trazer mudanças do que o modelo atual de intervenção adotado. A abordagem particular adotada dependerá de uma variedade de fatores relacionados ao indivíduo e ao seu contexto.

Basco, 2006; Burton, 2014

Intervenções - autoestima

Recomendações para adolescentes:

- Refletir sobre situações que diminuem a sua autoestima;
- Prestar atenção aos seus pensamentos negativos;
- Testar a veracidade de seus pensamentos negativos;
- Substituir os pensamentos negativos por pensamentos sinceros e positivos;
- Repetir os pensamentos negativos repetidamente até que as palavras pareçam estranhas, a fim de distanciar-se dos pensamentos negativos.
- Em vez de lutar contra eles, aceitar os pensamentos para diminuir o seu poder, "Não precisas controlar os teus pensamentos e os pensamentos negativos não precisam de te controlar"

Recomendações para os pais de adolescentes:

- Elogiar sinceramente as realizações e os esforços.
- Quando os adolescentes cometem erros, oferecer críticas construtivas.
- Em assuntos em que o filho adolescente possa ter uma escolha, pedir a opinião do mesmo.
- Incentivar os adolescentes a explorarem os seus interesses e a desenvolverem os seus talentos

Rahmandar & Biro, 2017

Planos de cuidados

Aplicação processo de enfermagem ao adolescente com comportamento suicida

Quando se conduz uma apreciação de um adolescente suicida devem-se considerar os seguintes aspetos na avaliação:

- Dados demográficos: idade, género, etnia, estado civil, situação socioecónomica, ocupação, método, religião e história familiar
- Apresentação de sintomas/diagnóstico médico-psiquiátrico: recolher dados de avaliação que digam respeito e qualquer situação psiquiátrica/física pela qual o adolescente está a ser tratado
- Ideias ou atos suicidas
- Sistema de apoio interpessoal
- Analise da crise suicida: stressor precipitante, história relevante, problemas do estádio de vida
- História psiquiatria/médica/familiar
- Estratégias de coping

Townsend, 2011

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Baixa autoestima crónica **Relacionado com...** Exposição a situações traumáticas Pertencimento inadequado Recebe afeto inadequado Recebe aprovação insuficiente dos outros Reforço negativo repetido Transtorno psiquiátrico **Manifestado por...** Busca excessivamente reafirmar-se Comportamento indeciso/não assertivo Contato visual insatisfatório Culpa Demasiadamente conformado Dependente das opiniões dos outros Exagera no feedback negativo sobre si mesmo Passividade Rejeita feedback positivo Subestima a capacidade de lidar com a situação Vergonha	Autoestima	Fortalecimento da autoestima - Monitorar as declarações de autoavaliação do cliente - Encorajar o paciente a identificar os pontos fortes - Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo utente - Evitar críticas negativas - Transmitir confiança na capacidade do cliente para lidar com a situação - Ajudar a estabelecer metas realistas para atingir uma autoestima maior - Investigar as razões da autocrítica e da culpa - Orientar os pais sobre a importância do seu interesse e apoio no desenvolvimento de um autoconceito positivo nos filhos - Monitorar a frequência de verbalizações autonegativas - Fazer declarações positivas sobre o cliente Melhora da autopercepção - Encorajar o cliente a reconhecer e a discutir pensamentos e sentimentos - Ajudar a identificar os valores que contribuem para o autoconceito - Ajudar o cliente a identificar sentimentos positivos sobre si mesmo - Ajudar o cliente a identificar situações que precipitem ansiedade - Ajudar o cliente a identificar os seus atributos positivos - Ajudar o cliente a identificar uma fonte de motivação - Ajudar o cliente a identificar comportamentos autodestrutivos

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Baixa autoestima crónica **Relacionado com...** Exposição a situações traumáticas Pertencimento inadequado Recebe afeto inadequado Recebe aprovação insuficiente dos outros Reforço negativo repetido Transtorno psiquiátrico **Manifestado por...** Busca excessivamente reafirmar-se Comportamento indeciso/não assertivo Contacto visual insatisfatório Culpa Demasiadamente conformado Dependente das opiniões dos outros Exagera no feedback negativo sobre si mesmo Passividade Rejeita feedback positivo Subestima a capacidade de lidar com a situação Vergonha	Autoestima	Melhora da imagem corporal - Determinar as expectativas do cliente quanto à imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento - Ajudar o cliente a separar aparência física de sentimentos de valor pessoal, conforme apropriado - Ajudar a determinar a influência do grupo de colegas na perceção do cliente sobre a imagem corporal atual - Ajudar o cliente a discutir as mudanças causadas pela puberdade, conforme apropriado - Monitorar a frequência das declarações de autocrítica Melhora do desenvolvimento: adolescente - Construir uma relação de confiança com o adolescente e seu(s) cuidador(es) - Facilitar a capacidade de decidir - Melhorar as habilidades de comunicação/assertividade - Encorajar reações não violentas para resolver conflitos - Encorajar os adolescentes a fixarem metas - Melhorar a eficiência dos pais do adolescente Melhora do sistema de apoio - Determinar os sistemas de apoio atualmente em uso - Monitorar a situação familiar atual

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Baixa autoestima crónica **Relacionado com...** Exposição a situações traumáticas Pertencimento inadequado Recebe afeto inadequado Recebe aprovação insuficiente dos outros Reforço negativo repetido Transtorno psiquiátrico **Manifestado por...** Busca excessivamente reafirmar-se Comportamento indeciso/não assertivo Contacto visual insatisfatório Culpa Demasiadamente conformado Dependente das opiniões dos outros Exagera no feedback negativo sobre si mesmo Passividade Rejeita feedback positivo Subestima a capacidade de lidar com a situação Vergonha	Autoestima	Apoio emocional - Conversar com o cliente sobre a experiência emocional - Investigar com o cliente o que desencadeou as emoções - Fazer declarações de apoio ou empatia - Auxiliar o cliente a identificar sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza - Ficar com o cliente e garantir a sua segurança e proteção durante períodos de ansiedade - Oferecer assistência na tomada de decisão

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Baixa autoestima situacional **Relacionado com...** Alteração na imagem corporal História de perdas História de rejeição Mudanças no papel social Padrão de fracassos Prejuízo funcional Reconhecimento inadequado **Manifestado por...** Comportamento indeciso Comportamento não assertivo Desesperança Sentimento de inutilidade Subestima a capacidade de lidar com a situação Verbalizações autonegativas	Autoestima	Fortalecimento da autoestima - Monitorar as declarações de autoavaliação do cliente - Encorajar o cliente a identificar os pontos fortes - Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo utente - Evitar críticas negativas - Transmitir confiança na capacidade do cliente para lidar com a situação - Ajudar a estabelecer metas realistas para atingir uma autoestima maior - Investigar as razões da autocrítica e da culpa - Orientar os pais sobre a importância do seu interesse e apoio no desenvolvimento de um autoconceito positivo nos filhos - Monitorar a frequência de verbalizações autonegativas - Fazer declarações positivas sobre o cliente Controle do humor - Avaliar o humor (sinais, sintomas, histórico pessoal), inicialmente, e em intervalos regulares, à medida que o tratamento evolui - Determinar se o cliente apresenta riscos à sua segurança ou à de outras pessoas - Iniciar as precauções necessárias para a salvaguarda do cliente ou de outras pessoas com risco de dano físico - Interagir com o cliente a intervalos regulares de modo a transmitir atenção e/ou oferecer uma oportunidade para expressar os seus sentimentos - Monitorar e promover a adesão do cliente ao regime medicamentoso

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Baixa autoestima situacional **Relacionado com...** Alteração na imagem corporal História de perdas História de rejeição Mudanças no papel social Padrão de fracassos Prejuízo funcional Reconhecimento inadequado **Manifestado por...** Comportamento indeciso Comportamento não assertivo Desesperança Sentimento de inutilidade Subestima a capacidade de lidar com a situação Verbalizações autonegativas	Autoestima	Melhora da autopercepção - Encorajar o cliente a reconhecer e a discutir pensamentos e sentimentos - Ajudar a identificar os valores que contribuem para o autoconceito - Ajudar o cliente a identificar sentimentos positivos sobre si mesmo - Ajudar o cliente a identificar situações que precipitem ansiedade - Ajudar o cliente a identificar os seus atributos positivos - Ajudar o cliente a identificar uma fonte de motivação - Ajudar o cliente a identificar comportamentos autodestrutivos Melhora da imagem corporal - Determinar as expectativas do cliente quanto à imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento - Ajudar o cliente a separar aparência física de sentimentos de valor pessoal, conforme apropriado - Ajudar a determinar a influência do grupo de colegas na perceção do cliente sobre a imagem corporal atual - Ajudar o cliente a discutir as mudanças causadas pela puberdade, conforme apropriado - Monitorar a frequência das declarações de autocrítica Melhora do desenvolvimento: adolescente - Construir uma relação de confiança com o adolescente e seu(s) cuidador(es) - Facilitar a capacidade de decidir - Melhorar as habilidades de comunicação/assertividade - Encorajar reações não violentas para resolver conflitos - Encorajar os adolescentes a fixarem metas

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Baixa autoestima situacional **Relacionado com...** Alteração na imagem corporal História de perdas História de rejeição Mudanças no papel social Padrão de fracassos Prejuízo funcional Reconhecimento inadequado **Manifestado por...** Comportamento indeciso Comportamento não assertivo Desesperança Sentimento de inutilidade Subestima a capacidade de lidar com a situação Verbalizações autonegativas	Autoestima	Melhora do desenvolvimento: adolescente - Melhorar a eficiência dos pais do adolescente Apoio emocional - Conversar com o cliente sobre a experiência emocional - Investigar com o cliente o que desencadeou as emoções - Fazer declarações de apoio ou empatia - Auxiliar o cliente a identificar sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza - Ficar com o cliente e garantir a sua segurança e proteção durante períodos de ansiedade - Oferecer assistência na tomada de decisão Escutar ativamente - Estabelecer o propósito da interação - Demonstrar interesse pelo adolescente - Usar perguntas ou declarações para estimular a expressão de ideias, sentimentos e preocupações - Evidenciar perceção e sensibilidade às emoções - Usar comportamento não verbal para facilitar a comunicação - Atentar para mensagens e sentimentos não expressados, tanto quando para o conteúdo da conversa - Atentar para as palavras evitadas, bem como para a mensagem não verbal que acompanha as palavras expressas - Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e feedback - Usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos e preocupações

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Distúrbio imagem corporal **Relacionado com...** Alteração na autopercepção Doença Função psicossocial prejudicada Lesão Transição desenvolvimental Trauma **Manifestado por...** Alteração na visão do próprio corpo Comportamento de monitorar o próprio corpo Evita olhar/tocar o próprio corpo Foco na aparência anterior Mudança no estilo de vida Perceções que refletem uma visão alterada da aparência do próprio corpo Personalização de uma perda por meio de um nome Preocupação com alterações Sentimentos negativos em relação ao corpo	Imagem Corporal	Melhora da imagem corporal - Determinar as expectativas do cliente quanto à imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento - Ajudar o cliente a separar aparência física de sentimentos de valor pessoal, conforme apropriado - Ajudar a determinar a influência do grupo de colegas na perceção do cliente sobre a imagem corporal atual - Ajudar o cliente a discutir as mudanças causadas pela puberdade, conforme apropriado - Monitorar a frequência das declarações de autocrítica Escutar ativamente - Estabelecer o propósito da interação - Demonstrar interesse pelo adolescente - Usar perguntas ou declarações para estimular a expressão de ideias, sentimentos e preocupações - Evidenciar perceção e sensibilidade às emoções - Usar comportamento não verbal para facilitar a comunicação - Atentar para mensagens e sentimentos não expressados, tanto quanto para o conteúdo da conversa - Atentar para as palavras evitadas, bem como para a mensagem não verbal que acompanha as palavras expressas - Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e feedback - Usar o silêncio/escuta par estimular a manifestação de sentimentos e preocupações

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Distúrbio imagem corporal **Relacionado com...** Alteração na autopercepção Doença Função psicossocial prejudicada Lesão Transição desenvolvimental Trauma **Manifestado por...** Alteração na visão do próprio corpo Comportamento de monitorar o próprio corpo Evita olhar/tocar o próprio corpo Foco na aparência anterior Mudança no estilo de vida Perceções que refletem uma visão alterada da aparência do próprio corpo Personalização de uma perda por meio de um nome Preocupação com alterações Sentimentos negativos em relação ao corpo	Imagem Corporal	Fortalecimento da autoestima - Monitorar as declarações de autoavaliação do cliente - Encorajar o cliente a identificar os pontos fortes - Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo utente - Evitar críticas negativas - Transmitir confiança na capacidade do cliente para lidar com a situação - Ajudar a estabelecer metas realistas para atingir uma autoestima maior - Investigar as razões da autocritica e da culpa - Orientar os pais sobre a importância do seu interesse e apoio no desenvolvimento de um autoconceito positivo nos filhos - Monitorar a frequência de verbalizações autonegativas - Fazer declarações positivas sobre o cliente Melhora da autopercepção - Encorajar o cliente a reconhecer e a discutir pensamentos e sentimentos - Ajudar a identificar os valores que contribuem para o autoconceito - Ajudar o cliente a identificar sentimentos positivos sobre si mesmo - Ajudar o cliente a identificar situações que precipitem ansiedade - Ajudar o cliente a identificar os seus atributos positivos

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Distúrbio imagem corporal **Relacionado com...** Alteração na autopercepção Doença Função psicossocial prejudicada Lesão Transição desenvolvimental Trauma **Manifestado por...** Alteração na visão do próprio corpo Comportamento de monitorar o próprio corpo Evita olhar/tocar o próprio corpo Foco na aparência anterior Mudança no estilo de vida Perceções que refletem uma visão alterada da aparência do próprio corpo Personalização de uma perda por meio de um nome Preocupação com alterações Sentimentos negativos em relação ao corpo	Imagem Corporal Desenvolvimento infantil: Adolescência Autoestima	Melhora da autopercepção - Ajudar o cliente a identificar uma fonte de motivação - Ajudar o cliente a identificar comportamentos autodestrutivos Melhora da autoestima Melhora do desenvolvimento: adolescente Orientação aos pais: adolescente - Ensinar as características fisiológicas, emocionais e cognitivas normais dos adolescentes - Identificar os mecanismos de defesa mais utilizados por adolescentes como negação e intelectualização - Ensinar aos pais habilidades essenciais de comunicação que aumentarão a sua capacidade de criar empatia com o adolescente e ajudá-lo a solucionar problemas - Facilitar a expressão dos sentimentos dos pais - Abordar estratégias de estabelecimento de limites aos adolescentes - Ensinar os pais a usarem a realidade e as consequências para lidar com o comportamento do adolescente Melhora da autoestima Melhora da autopercepção Melhora da Imagem corporal Melhora do desenvolvimento: adolescente Apoio emocional

Diagnóstico de Enfermagem	
Automutilação **Relacionado com...** Abuso de substância Abuso de substância na família Adolescência Alteração na imagem corporal Autoestima prejudicada/Baixa autoestima Colegas que se automutilam Comportamento instável Comunicação ineficaz entre pai/mãe e adolescente Crise de identidade sexual Despersonalização Dissociação Distúrbio alimentar Distúrbios emocionais Divórcio na família Estratégias de enfrentamento ineficazes Exige redução rápida do estresse História de abuso na infância (p. ex., físico, psicológico, sexual) História de violência autodirecionada História familiar de comportamento autodestrutivo Impulsividade Incapacidade de expressar tensão verbalmente Isolamento dos colegas	Morar em local não tradicional (p. ex., lar adotivo, grupo ou instituição) Perfeccionismo Perturbação nos relacionamentos interpessoais Sente-se ameaçado com a perda de relacionamentos significativos Sentimentos negativos (p. ex., depressão, rejeição, autoaversão, ansiedade relacionada à separação, culpa, despersonalização) Tensão crescente intolerável Transtorno de caráter Transtorno de personalidade limítrofe Transtorno psicótico Urgência irresistível de cortar-se Urgência irresistível de violência autodirecionada Uso de manipulação para obter relacionamento de apoio com outros Violência entre figuras paterna/materna **Manifestado por...** Arranhões no corpo Compressão de parte do corpo Corte de parte do corpo/no corpo Coçar feridas Esfolar-se/Golpear-se Inalação de substâncias prejudiciais Ingestão de substâncias prejudiciais Inserção de objeto(s) em orifícios do corpo Mordidas Queimaduras autoinfligida

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Automutilação	Autocontrole de comportamento Impulsivo Contenção da Automutilação	Controle de comportamento: autoagressão - Determinar o motivo/razão do comportamento - Retirar objetos perigosos do ambiente do cliente - Oferecer vigilância constante do cliente e ambiente - Antecipar situações "gatilho" que possam desencadear autoagressão e interferir para prevenir-las - Ajudar o cliente a identificar situações e/ou sentimentos que possam incitar a autoagressão - Encorajar o cliente a procurar cuidadores para conversar assim que surgir a necessidade de se agredir a si mesmo - Usar uma abordagem calma e não punitiva ao lidar com comportamento(s) de autoagressão - Monitorar o cliente quanto a impulsos autoagressivos que possam evoluir para ideias/atitudes suicidas. Controle do comportamento: autoagressão Cuidados com Lesões Técnica para acalmar - Manter contato visual com o adolescente - Manter atitudes calmas e firmes - Sentar e conversar com o adolescente - Facilitar a manifestação da raiva, de forma construtiva, pelo cliente - Reduzir ou eliminar estímulos geradores de medo ou ansiedade

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Automutilação	Contenção da Automutilação	Prevenção do suicídio - Determinar presença e grau de risco do suicídio - Determinar se o adolescente tem meios disponíveis para levar adiante o plano de suicídio - Considerar a hospitalização do cliente com grave risco de comportamento suicida - Interagir com, o adolescente a intervalos regulares para transmitir cuidados e franqueza e oportunizar a conversa sobre os sentimentos - Usar uma abordagem direta e sem julgamento ao discutir o suicídio - Observar, registar e informar qualquer mudança de humor ou no comportamento capaz de significar aumento do risco de suicídio e documentar os resultados de checagens regulares de supervisão - Facilitar o apoio da família e dos amigos do adolescente - Encaminhar o adolescente para o provedor de cuidados de saúde mental para avaliação e tratamento de ideias e comportamentos suicidas se necessário - Dar informações sobre recursos disponíveis e programas da comunidade e fora dela

Diagnóstico de Enfermagem	
Risco de Suicídio **Relacionado com...** Comportamentais Distribuir suas posses Fazer/mudar um testamento História de tentativa de suicídio Impulsividade Mudança acentuada de atitude/de comportamento/no desempenho escolar Recuperação eufórica repentina de depressão profunda Idade (adolescentes) Sexo masculino Psicológicos Abuso de substância Culpa História de abuso na infância (p. ex., físico, psicológico, sexual) História familiar de suicídio Homossexualidade na juventude Transtorno psiquiátrico	Situacionais Acesso a armas Adolescente que vive num ambiente não tradicional (p. ex., centro de detenção juvenil, prisão, lar temporário, lar grupal) Perda de autonomia Perda de independência Apoio social insuficiente Desamparo Desesperança Dificuldades legais Isolamento social Perda de relacionamento significativo Pesar Problemas disciplinares Solidão Suicídios em grupo Vida familiar problemática Ameaça de matar-se Verbalização de desejo de morrer

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Risco de Suicídio	Autocontenção do Suicídio	Controle do comportamento: autoagressão - Determinar o motivo/razão do comportamento - Retirar objetos perigosos do ambiente do cliente - Oferecer vigilância constante do cliente e ambiente - Antecipar situações "gatilho" que possam desencadear autoagressão e interferir para preveni-las - Ajudar o cliente a identificar situações e/ou sentimentos que possam incitar a autoagressão - Encorajar o cliente a procurar cuidadores para conversar assim que surgir a necessidade de se agredir a si mesmo - Usar uma abordagem calma e não punitiva ao lidar com comportamento(s) de autoagressão - Monitorar o cliente quanto a impulsos autoagressivos que possam evoluir para ideias/atitudes suicidas. Prevenção suicídio - Determinar presença e grau de risco do suicídio - Determinar se o adolescente tem meios disponíveis para levar adiante o plano de suicídio - Considerar a hospitalização do cliente com grave risco de comportamento suicida - Interagir com o adolescente a intervalos regulares para transmitir cuidados e franqueza e oportunizar a conversa sobre os sentimentos - Usar uma abordagem direta e sem julgamento ao discutir o suicídio

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Risco de Suicídio	Equilíbrio do Humor	Escutar ativamente - Estabelecer o propósito da interação - Demonstrar interesse pelo adolescente - Usar perguntas ou declarações para estimular a expressão de ideias, sentimentos e preocupações - Evidenciar perceção e sensibilidade às emoções - Usar comportamento não verbal para facilitar a comunicação - Atentar para mensagens e sentimentos não expressados, tanto quando para o conteúdo da conversa - Atentar para as palavras evitadas, bem como para a mensagem não verbal que acompanha as palavras expressas - Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e feedback - Usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos e preocupações Apoio emocional - Conversar com o cliente sobre a experiência emocional - Investigar com o cliente o que desencadeou as emoções - Fazer declarações de apoio ou empatia - Auxiliar o cliente a identificar sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza - Ficar com o cliente e garantir a sua segurança e proteção durante períodos de ansiedade - Oferecer assistência na tomada de decisão

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção
Risco de Suicídio	Equilíbrio do Humor Autoestima	Controle do humor - Avaliar o humor (sinais, sintomas, histórico pessoal), inicialmente, e em intervalos regulares, à medida que o tratamento evolui - Determinar se o cliente apresenta riscos à sua segurança ou à de outras pessoas - Iniciar as precauções necessárias para a salvaguarda do cliente ou de outras pessoas com risco de dano físico - Interagir com o cliente a intervalos regulares de modo a transmitir atenção e/ou oferecer uma oportunidade para expressar os seus sentimentos - Monitorar e promover a adesão do cliente ao regime medicamentoso Melhora da autoestima Melhora da auto-percepção Melhora da Imagem corporal Melhora do desenvolvimento: adolescente Apoio emocional

Caso prático

A Maria é uma adolescente de 14 anos que recorre ao SUP por um quadro de queixas abdominais com uma semana de evolução.

Há cerca de duas semanas veio ao SUP com quadro de cefaleias com também 1 semana de evolução.

Vem acompanhada por uma amiga. Quando questionada acerca dos pais refere que estão a trabalhar.

Na triagem apresenta um ar triste, cabisbaixo, responde às perguntas do enfermeiro de forma simples e não é capaz de estabelecer contacto visual com o mesmo.

Considerações Finais

O suicídio e os comportamentos autolesivos são uma realidade cada vez mais presente nos serviços de urgência pediátrica.

A adolescência é um período de desenvolvimento atribulado, com mudanças ao nível dos domínios cognitivo, social e biológico e que têm influência no suicídio e nos comportamentos autolesivos

A baixa autoestima é um dos fatores preditores/risco dos comportamentos autolesivos e suicídio.

O Serviço de Urgência Pediátrica é um contexto importante para identificar crianças e adolescentes em risco de suicídio, a fim de se intervir idealmente antes de se tentar o suicídio.

É importante avaliar todos os adolescentes em relação à ideação suicida no SUP, utilizando uma ferramenta de triagem padronizada, breve e baseada na evidência.

O suicídio é um grave problema de saúde pública, no entanto, os suicídios são evitáveis com intervenções oportunas, baseadas na evidência e muitas vezes de baixo custo.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na redução do suicídio/comportamentos autolesivos entre adolescentes, tendo a oportunidade de antecipar as orientações a pais e adolescentes.

Referências Bibliográficas

Ballard, E. D., Cwik, M., Eck, K. V., Goldstein, M., Alfes, C., Wilson, M. E., . . . Wilcox, H. C. (2017). Identification of At-Risk Youth by Suicide Screening in a Pediatric Emergency Department. Prevention Science, 18(2), 174-182. doi:10.1007/s11121-016-0717-5.

Basco, W. T. (14 de julho de 2006). Teens at Risk: A Focus on Adolescent Suicide. Obtido em 23 de outubro de 2018, de Medscape: https://www.medscape.org/viewarticle/540353

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Burton, M. (2014). Self-harm: working with vulnerable adolescents. Pratice Nursing, 25(5), 245-251. doi:https://doi.org/10.12968/pnur.2014.25.5.245

Davis, C., Shuss, S., & Lockhart, L. (2014). Assessing Suicide risk. (29, Ed.) Nursing Made Incredibly Easy!, 12(1), 22-. Obtido em 23 de outubro de 2018, de https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1646845&Journal_ID=417221&Issue_ID=1646738

Dekker, W., Vergouwen, A., Buster, M., & Honig, A. (2017). Acceptance of guidance to care at the emergency department following attempted suicide. BMC Psychiatry, 17, 332. doi:https://doi.org/10.1186/s12888-017-1491-z

Direção-Geral de Saúde. (n.d.). Plano Nacional de Prevenção do Suicidio 2013/2017.

Ferreira, A. V., Baracat, E. C., Junior, H. S., & Abramovici, S. (2010). Emergências Pediátricas (2ª ed.). S. Paulo: Editora Atheneu.

Harter, S. (2012). The Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations (2ª ed.). New York: The Guilford Press.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2015-2017* (10ª edição ed.). (R. M. Garcez, Trad.) S. Paulo: Artmed Editora Ltda.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Referências Bibliográficas

Jones, J. G., Cohen, A. L., Worley, K. B., & Worthington, T. (2015). Accidental scratch - or a sign of self-cutting? The Journal of Family Practice, 64(5), 277-281. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=e9bcd04e-5efd-4a00-9dac-0e619d8c3f4c%40sessionmgr104

Kalmar, S. (2013). The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors. Neuropsychopharmacologia Hungarica, 15(1), 27-39. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=137215b6-66dd-4dc5-a7b1-8aaf4c036dc3%40sessionmgr104

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos Resultados de Enfermagem* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

National Institute of Mental Health. (s.d.). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit. Obtido em 29 de outubro de 2018, de National Institute of Mental Health: https://www.nimh.nih.gov/labs-at-nimh/asq-toolkit-materials/index.shtm

Newton, A. S., Soleimani, A., Kirkland, S. W., & Gokiert, R. J. (2017). A systematic review of instruments to identify mental health and substance use problems among children in the emergency department. Academic Emergency Medicine, 24(5), 552-568. doi:10.1111/acem.13162

Nunes, A. M. (2018). Suicídio em Portugal: um retrato do país. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 67(1), 25-33. doi:10.1590/0047-2085000000180

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015*. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.

Organização Mundial de Saúde. (2000). Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra. Obtido em 23 de outubro de 2018, de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2016). mhGAP Intervention Guide - Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Obtido de Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/

Organização Mundial de Saúde. (Agosto de 2018). *Latest data on suicide*. Obtido em 19 de Outubro de 2018, de Organização Mundial de Saúde: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/

Organização Mundial de Saúde. (2018). Suicide. Obtido em 25 de outubro de 2018, de Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Organização Mundial de Saúde. (2018). Suicide Data. Obtido em 23 de outubro de 2018, de Organização Mundial de Saúde: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Papalia , D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). O Mundo da Criança (8ª edição ed.). Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

Referências Bibliográficas

Peláez, C. A., Guillaumet, M., & Martínez-Esparza, E. H. (2018). La adolescencia como factor de riesgo de la conducta suicida. Ágora de Enfermería, 22(2), 58-62. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=e9bcd04e-5efd-4a00-9dac-0e619d8c9f4c%40sessionmgr104

Philips, R., Spears, M. R., Montgomery, A. A., Milings, A., Sayal, K., & Stallard, P. (2013). Could a brief assessment of negative emotions and self-esteem identify adolescents at current and future risk of self-harm in the community? A prospective cohort analysis. BMC Public Health, 13, 604. doi:10.1186/1471-2458-13-604

Rahmandar, M. H., & Biro, F. M. (2017). Suicide, puberty, and a changing body. International Journal of Child Health and Human Development, 10(4), 299-304. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=d3188507-88d4-42d9-beac-93b38692b6b2%40pdc-v-sessmgr06

Santos, E. G., Azevedo, A. K., Silva, G. W., Barbosa, I. R., Medeiros, R. R., & Valença, C. N. (2017). O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório. Online Brazilian Journal of Nursing, 16(1), 6-16. doi:https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175416

Santos, J. P., Façanha, J. N., Gonçalves, M. B., Erse, M. Q., Cordeiro, R. C., & Façanha, R. P. (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.)

Shain, B., & Committee on Adolescence. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics, 138(1), e1-e11. doi:10.1542/peds.2016-1420

Singh, R. N., & Pathak, N. (2017). Effects of Self- esteem on Suicidal Ideation among Adolescents. The International Journal of Indian Psychology , 4(4), 60-68. doi: 10.25215/0404.127

The Joint Comission. (2016). Detecting and treating suicide ideation in all settings. (56). Obtido em 30 de outubro de 2018, de https://www.jointcommission.org/sea_issue_56/

Townsend, M. C. (2011). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6ª edição ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Vega, D., Sines, A., Fernandéz, M., Punti, J., Soler, J., Santamarina, P., . . . Pascual, J. C. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? Actas Espanolas de Psiquiatria , 45(4), 146-155. Obtido em 30 de outubro de 2018, de https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/114/ESP/20-114-ESP-146-55-463018.pdf

Literatura de Apoio

Ballard, E. D., Cwik, M., Eck, K. V., Goldstein, M., Alfes, C., Wilson, M. E., . . . Wilcox, H. C. (2017). Identification of At-Risk Youth by Suicide Screening in a Pediatric Emergency Department. Prevention Science, 18(2), 174-182. doi:10.1007/s11121-016-0717-5.

Organização Mundial de Saúde. (2016). mhGAP Intervention Guide - Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Obtido de Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/

National Institute of Mental Health. (s.d.). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit. Obtido em 29 de outubr de 2018, de National Institute of Mental Health: https://www.nimh.nih.gov/labs-at-nimh/asq-toolkit-materials/index.shtm

Newton, A. S., Soleimani, A., Kirkland, S. W., & Gokiert, R. J. (2017). A systematic review of intruments to identify mental health and substance use problems among children in the emergency department. Academic Emergency Medicine, 24(5), 552-568. doi:10.1111/acem.13162

Shain, B., & Committee on Adolescence. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics, 138(1), e1-e11. doi:10.1542/peds.2016-1420

Obrigada pela atenção!



WHEN IS THE WORLD GOING TO REALIZE THAT WE KNOW EVERYTHING?!

1.4 – CARTAZ INFORMATIVO

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Discente: Marta Ferreira
Orientador:
Docente: Professora Doutora Elisabete Nunes

Abordagem da Criança com Alterações na Autoestima Suicídio e Comportamentos Autolesivos

Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Autoestima

Manifestações baixa autoestima:

Distúrbios do sono (insónia ou dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, hipersónia);
Afastamento das atividades / dificuldade em iniciar novas atividades;
Expressão de tristeza, ansiedade ou desânimo;
Queixas de fadiga;
Expressão de sentimentos de inutilidade e inadequação, expressão de auto-depreciação, não gostar de si próprio e insatisfação consigo mesmo;
Diminuição do interesse, motivação e concentração;
Expressão de sentimentos de isolamento, não ser passível de ser amado, incapaz de se expressar ou defender e frágil demais para confrontar
Procurar reforço de outros.



Suicídio e Comportamentos Autolesivos

Sinais de Alerta

Agitação, agressividade, automutilação;
Ansiedade, apatia, anedonia;
Baixa autoestima/ falta de autoconfiança;
Falar sobre a própria morte e desejar morrer/ Falar ou escrever acerca da morte, da vida depois da morte ou do suicídio;
Cansaço;
Declarações ou sugestões de que eles não seriam perdidos se eles fossem embora ou 'eu não vou causar mais nenhum problema", descrição de si mesmo como inútil;
Exaustão sem causa nítida;
Ideias e temas de depressão, morte e suicídio;
Instabilidade emocional acentuada (humor irritável, impaciência, intolerância, humor disfórico, inquietação, agitação, infelicidade profunda, aumento da ira, choro repentino, aborrecimento ou apatia);
Permanece distante, triste, isolado – afeto vazio, expressão facial estática;
Invulgar negligência da aparência – redução do autocuidado;
Queixas físicas – dores de estômago e cabeça recorrentes.

Avaliar o Risco

As escalas autoadministradas podem ser úteis para a triagem, porque os adolescentes podem divulgar informações sobre a probabilidade de suicídio no autorrelato que negam pessoalmente.

Avaliar se há sinais não verbais que possam indicar potencialmente que o adolescente está considerando a autolesão - evitar contato com os olhos, choro ou mudança brusca de comportamentos

Avaliar todos os adolescentes para ideação suicida, usando uma ferramenta de triagem padronizada, breve e baseada na evidência: Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)

Abordagem no SUP

O primeiro contacto com o adolescente que tentou suicídio deve ser gerar o estabelecimento de um vínculo que possa garantir confiança e colaboração, visto que o adolescente encontra-se enfraquecido emocionalmente e, muitas vezes, não colaborativo com os profissionais, tornando-se essencial ouvi-lo atentamente.

A primeira tarefa no serviço de urgência é fornecer assistência médica e avaliar a gravidade da tentativa de suicídio. A segunda tarefa é avaliar a necessidade de cuidados pós-alta e fornecer encaminhamento adequado.

Comunicar com o adolescente

Como comunicar

Ouvir atentamente, ficar calmo.
Entender os sentimentos do adolescente (empatia).
Dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito.
Expressar respeito pelas opiniões e valores do adolescente.
Conversar honestamente e com autenticidade.
Mostrar sua preocupação, cuidado e afeição.
Focalizar-se nos sentimentos do adolescente.

Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação.

Ouvir com cordialidade.
Tratar com respeito.
Empatia com as emoções.
Cuidado com o sigilo.

Como não comunicar

Interromper muito frequentemente.
Ficar chocado ou muito emocionado.
Dizer que está ocupado.
Tratar o adolescente de maneira que o coloca numa posição de inferioridade.
Fazer comentários invasivos e pouco claros.
Fazer perguntas indiscretas.

Intervenções

Suicídio:

- Levar as ameaças de suicídio a sério
- Reconhecimento, tratamento e prevenção precoce
- Depois de estabilizado clinicamente, é importante uma avaliação abrangente do estado emocional e psicossocial.

Comportamentos Autolesivos:

- Identificação dos comportamentos autolesivos
- Realizar exame completo da pele
- Referenciação atempada
- Entender o comportamento de autolesão
- Estabelecer uma aliança terapêutica positiva:

Autoestima (para adolescentes):

- Refletir sobre situações que diminuem a sua autoestima;
- Prestar atenção aos seus pensamentos negativos;
- Testar a veracidade de seus pensamentos negativos;
- Substituir os pensamentos negativos por pensamentos sinceros e positivos;
- Repetir os pensamentos negativos repetidamente até que as palavras pareçam estranhas, a fim de distanciar-se dos pensamentos negativos;
- Em vez de lutar contra eles, aceitar os pensamentos para diminuir o seu poder.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção
Baixa autoestima crónica	Fortalecimento da autoestima Melhora da autoperceção Melhora da imagem corporal Melhora do desenvolvimento: adolescente Melhora do sistema de apoio Apoio emocional
Baixa autoestima situacional	Fortalecimento da autoestima Controle do humor Melhora da autoperceção Melhora da imagem corporal Melhora do desenvolvimento: adolescente Apoio emocional Escutar ativamente
Distúrbio imagem corporal	Melhora da imagem corporal Escutar ativamente Fortalecimento da autoestima Melhora da autoperceção Melhora do desenvolvimento: adolescente Orientação aos pais: adolescente

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção
Automutilação	Controle de comportamento: autoagressão Controle do comportamento: autoagressão Cuidados com Lesões Técnica para acalmar Prevenção do suicídio
Risco de Suicídio	Controle do comportamento: autoagressão Prevenção suicídio Escutar ativamente Apoio emocional Controle do humor Fortalecimento da autoestima Melhora da autoperceção Melhora da Imagem corporal Melhora do desenvolvimento: adolescente Apoio emocional

Referências Bibliográficas

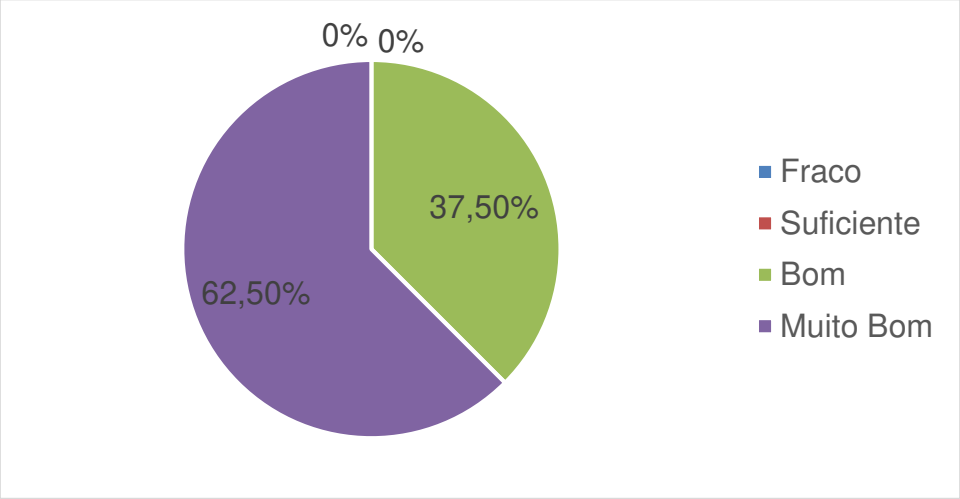
Ballard, E. D., Cwik, M., Erk, K. V., Goldstein, M., Allen, C., Wilson, M. E., . . . Wilcox, H. C. (2017). Identification of At-Risk Youth by Suicide Screening in a Pediatric Emergency Department. Preventive Sciences, 18(2), 174-182. doi:10.1007/s11121-016-0717-5.
Bruno, M. T. (24 de julho de 2008). Teens at Risk: A Focus on Adolescent Suicide. Obtido em 23 de outubro de 2018, de Medscape: https://www.medscape.org/viewarticle/580353
Butcher, G. M., Butcher, H. K., & Dechterman, J. M. (2010). Classificação das Intervenções de Enfermagem (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
Burton, M. (2014). Self-harm: working with vulnerable adolescents. Practice Nursing, 25(8), 395-232. doi:https://doi.org/10.12968/pnur.2014.25.5.395
Davis, C., Shute, S., & Lockhart, L. (2014). Assessing Suicide risk. EPI, 14(Nursing Made Incredibly Easy!, 12(1), 22. . Obtido em 23 de outubro de 2018, de https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1948495&Journal_ID=417221&Issue_ID=1949738
Deliken, W., Yergeaueau, A., Bastos, M., & Hoang, A. (2013). Acceptance of guidance issues at the emergency department following attempted suicide. SMC Psychiatry, 13, 152. doi:https://doi.org/10.1186/s12888-013-0491-z
Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2015-2017 (10ª edição ed.). (R. M. Garcez, Trad.) Porto Alegre: Editora Artmed.
Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
Jones, J. G., Cohen, R. L., Worley, K. B., & Worthington, T. (2015). Accidental scratch - or a sign of self-cutting? The Journal of Family Practice, 64(5), 277-281. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=e7bcc30e-5e6d-4a00-9dac-0a4258c984c9%40sessionmgr104
Kalkan, S. (2010). The possibilities of suicide prevention in adolescents: An child-supportive protective and risk factors. Nosocomio Psychiatrica Polska, 25(1), 27-39. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=e7bcc30e-5e6d-4a00-9dac-0a4258c984c9%40sessionmgr104
Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). O Mundo da Criança (8ª edição ed.). Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
Organização Mundial de Saúde. (2000). Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra. Obtido em 23 de outubro de 2018, de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicidepcm_phc_port.pdf
Organização Mundial de Saúde. (2018). Suicide. Obtido em 25 de outubro de 2018, de Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide
Organização Mundial de Saúde. (2018). Suicide Data. Obtido em 23 de outubro de 2018, de Organização Mundial de Saúde: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). O Mundo da Criança (8ª edição ed.). Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
Rebmeschky, M. H., & Kerr, C. M. (2017). Suicide, puberty, and maturing body. International Journal of Child Health and Human Development, 10(4), 299-304. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=e81188f0-6f7f-4864-8269-9bb3865fdb29%40pdc-v-sessmgr06
Santos, F. G., Azevedo, R. R., Silva, G. W., Barbosa, I. R., Medeiros, R. H., & Valença, C. N. (2017). O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente com tentativa de suicídio: estudo exploratório. Online Brazilian Journal of Nursing, 16(2), 6-16. doi:https://doi.org/10.17665/1676-4285.20176486
Shain, B., & Committee on Adolescence. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics, 138(1), e1-e17. doi:10.1542/peds.2016-1420
Singh, R. N., & Pathak, N. (2017). Effects of Self-esteem on Suicidal Ideation among Adolescents. The International Journal of Indian Psychology, 4(4), 60-68. doi: 10.25215/0404.127
The Joint Commission. (2015). Detecting and treating suicide ideation in all settings. (56). Obtido em 30 de outubro de 2018, de https://www.jointcommission.org/sea_issue_56/
Townsend, M. C. (2011). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (5ª edição ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.)

2 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

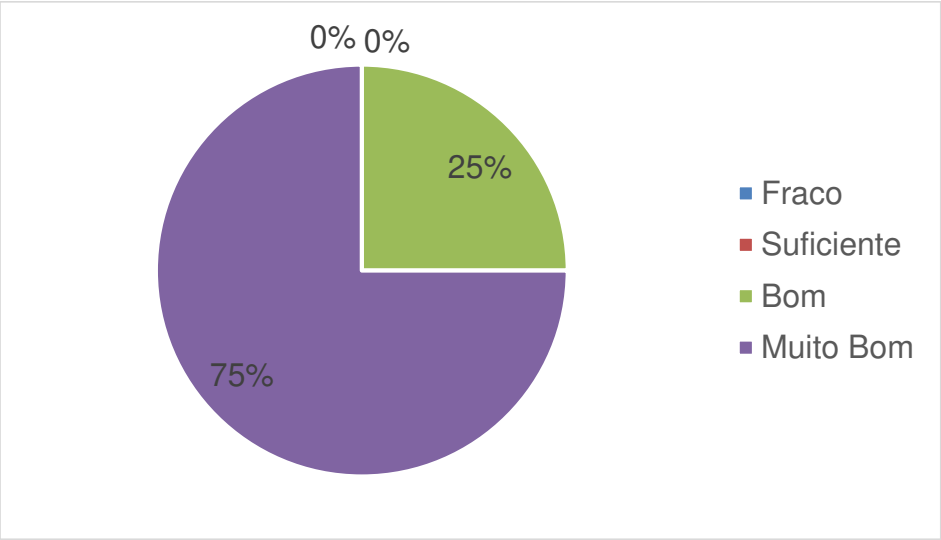
A sessão de formação realizada teve uma baixa adesão por parte da equipa de Enfermagem, apesar de ter sido realizada em dois horários distintos e junto à passagem de turno de forma a abranger o número máximo de elementos. Participaram apenas oito enfermeiros, em 27, o que corresponde a 29,6% da equipa (não foi possível aprofundar a que se deveu esta baixa adesão à sessão de formação, apesar da pertinência da temática reconhecida pela equipa através dos questionários de necessidade formativas).

Relativamente ao questionário de avaliação dos formandos os resultados foram os seguintes:

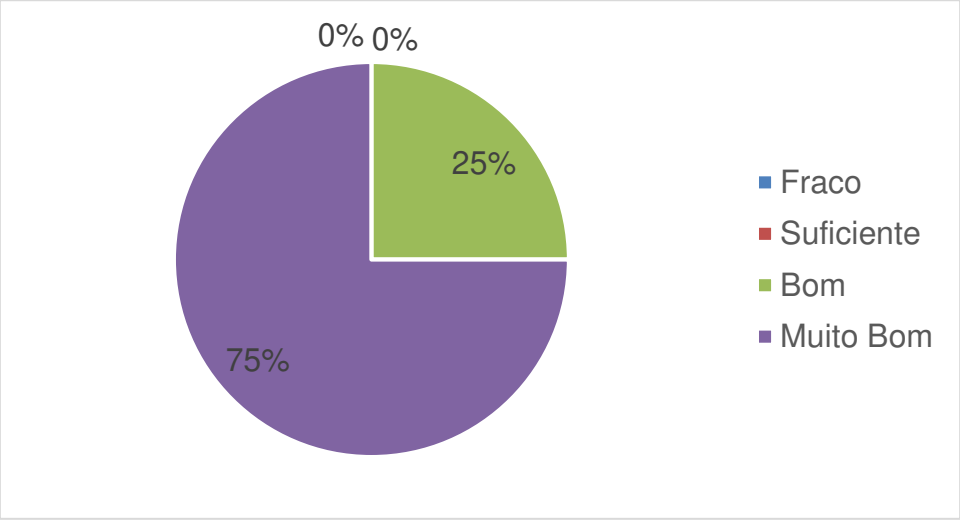
1. Avaliação da clareza na transmissão dos conteúdos:



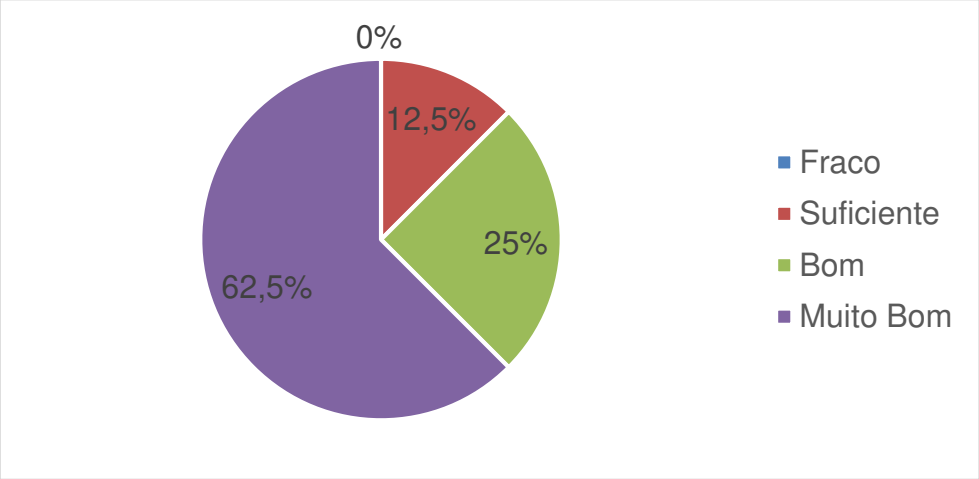
2. Avaliação da importância da temática abordada



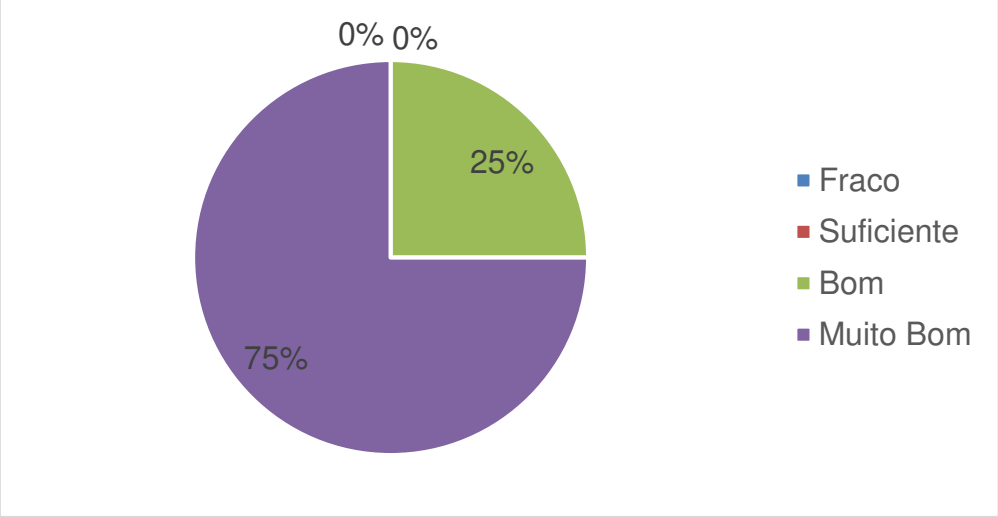
3. Avaliação da pertinência da temática para a prática de Enfermagem:



4. Nível de satisfação face às expectativas prévias:



5. Apreciação global:



6. Apresente três aspetos positivos desta ação:

Conteúdos

Adequação ao SUP

Enriquecimento pessoal

Clareza

Pertinência

Temática

Partilha conhecimentos

Clarificação de conceitos

Importância da sensibilização para o tema

Pertinência

Abordagem de tema inovador

Reflexão em contexto de urgência

Casos práticos

Intervenções de Enfermagem

Ficar mais desperto para as situações

Pertinência do tema

Abordagem

Bibliografia apresentada

Exposição da temática

Intervenções de Enfermagem

Pertinência do tema

Não respondeu

7. Apresente três aspetos desta ação que devem ser melhorados:

Duração

Casos práticos

Síntese

Condições físicas

Resumo conteúdos

Exploração de casos práticos

Aumento tempo para discussão

Quatro formandos não responderam

8. Comentários e sugestões:

Exposição pertinente e interessante

Formação muito útil para aquisição de conhecimentos

Partilha de conhecimentos

A formação ter mais tempo para discussão

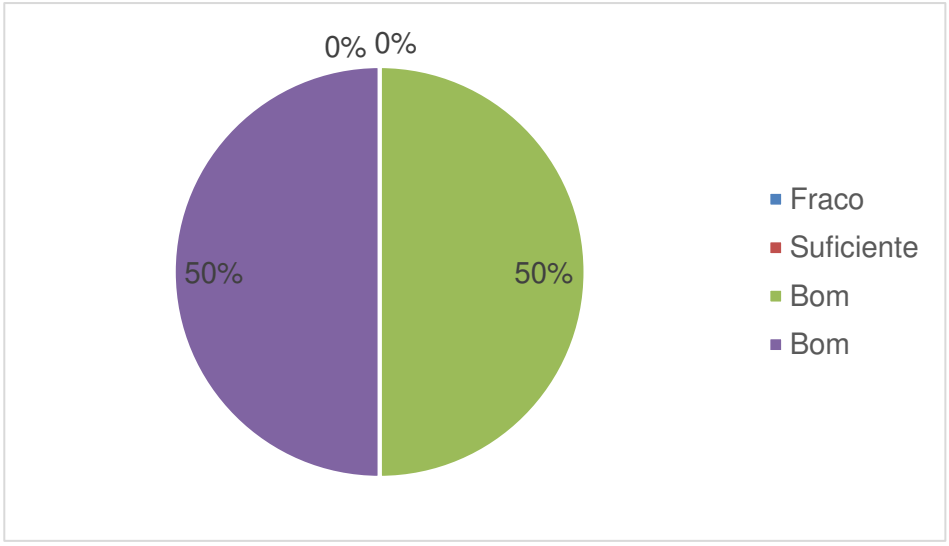
Cinco formandos não responderam

Analisando os resultados obtidos pode-se concluir que a sessão de formação teve um impacto positivo nos participantes tendo-se então cumprido o objetivo proposto.

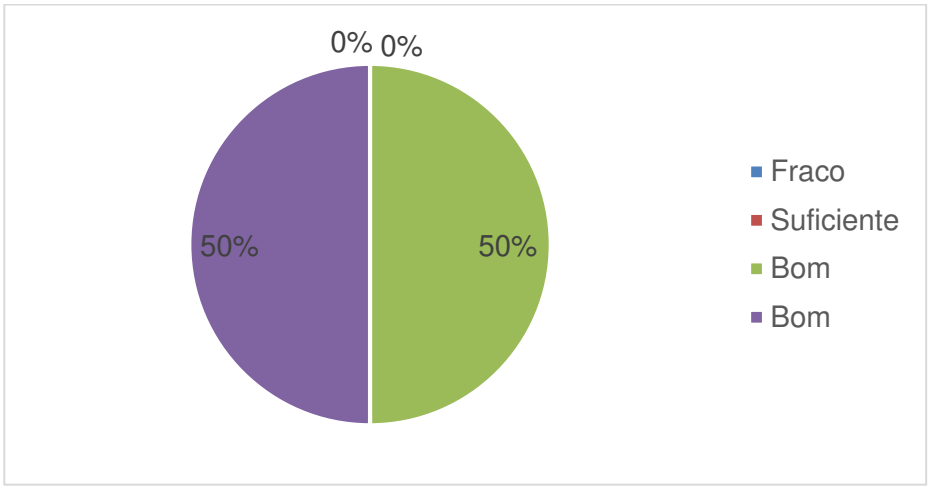
Relativamente ao questionário de avaliação dos formadores os resultados foram os seguintes:

1. Análise da realização da ação:

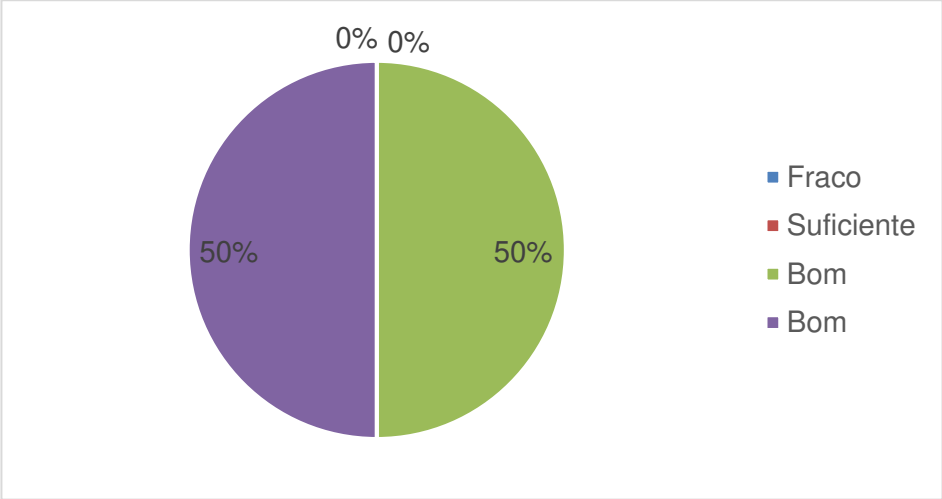
1.1) Apreciação Global:



1.2) Grau de satisfação face às expectativas prévias



1.3) Grau de participação/ motivação dos formandos



2. Aspetos positivos da ação:

Em ambas as sessões os aspetos positivos da ação foram a motivação e interesse dos formandos. Na primeira sessão um aspeto positivo importância da temática para os formandos. Na segunda ação tempo de discussão e qualidade da mesma

3. Aspetos negativos da ação:

Poucos formandos em ambas as sessões

Pouca discussão no final devido a falta de tempo e horário dos formandos na primeira sessão

4. Sugestões/ Comentários:

Sem sugestões e/ou comentários

5. Incidentes:

Não aplicável

Na perspetiva de formador a segunda sessão teve uma avaliação mais positiva em relação à primeira, na medida em que teve houve maior participação dos formandos, gerando-se alguma discussão em torno do tema e debatendo alguns casos que tinham passado pelo serviço de urgência, o que tornou a formação mais rica. Como aspetos negativos destaca-se a baixa participação da equipa de Enfermagem na ação de formação e a pouca discussão realizada no final da primeira sessão devido à indisponibilidade de tempo por parte dos formandos em permanecer na sessão.

Globalmente avalia-se a formação entre o Bom e o Muito Bom.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta ação de formação pôde considerar-se que foi uma mais valia para o meu percurso académico enquanto futura Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na medida em que me permitiu adquirir/desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, mas também uma mais valia para o serviço onde a realizei dado que pude contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito dos comportamentos autolesivos e suicídio e desta forma cumprir os objetivos que tinham sido propostos no inicio do estágio.

Esta ação de formação teve também como objetivo contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da promoção da autoestima em adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida que recorrem ao serviço de urgência pediátrica, dotando a equipa de Enfermagem de conhecimentos acerca da temática, que serão úteis para a prática dos cuidados.

A promoção da autoestima nos adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação suicida é fundamental pois muitas vezes na origem destes comportamentos estão níveis baixos de autoestima que, ao serem melhorados, contribuirão para a diminuição da ocorrência destes comportamentos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados de nível avançado, com particular atuação ao nível da "avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem (…); a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência (…); a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192). É da sua competência assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, identificando situações de risco para a criança e jovem, assim como prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, promovendo a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Desta forma estará a intervir ao nível da prevenção dos comportamentos autolesivos e suicídio na adolescência, reforçando-se assim a importância de abordar estas temáticas em contexto de formação em serviço.

O respeito pela vida e pela dignidade humana deve nortear a intervenção do Enfermeiro e de todos os outros envolvidos neste processo. Assim, uma equipa

multidisciplinar será deveras importante para orientar e promover ações que previnam a ideação suicida. Mas também é necessário o empenhamento dos órgãos que regem a saúde pública e perceber que a saúde mental, que está implícita neste quadro, deve ser promovida através de estratégias de comunicação, informação e sensibilização envolvendo os mais diversos setores da saúde. Transversalmente deve haver um esforço para desenvolver programas que visem a promoção da prevenção do suicídio, pois muitos adolescentes sofrem na procura de respostas à sua dor psíquica, bem como recuperar a autoestima e a capacidade de resolução de problemas.

A realização desta sessão de formação também foi útil para aprofundar conhecimentos nesta área e tornou-se evidente e necessário realizar uma revisão de literatura sobre a temática, que certamente contribuirão para a melhoria da minha própria prática e para o meu futuro desempenho enquanto Enfermeira Especialista.

Apesar de baixa participação da equipa de Enfermagem na sessão de formação, os que participaram avaliaram a sessão, na sua maioria, em muito bom, referindo a importância da mesma para a prática de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ballard, E. D., Cwik, M., Eck, K. V., Goldstein, M., Alfes, C., Wilson, M. E., . . . Wilcox, H. C. (2017). Identification of At-Risk Youth by Suicide Screening in a Pediatric Emergency Department. Prevention Science, 18(2), 174-182. doi:10.1007/s11121-016-0717-5.

Basco, W. T. (14 de julho de 2006). Teens at Risk: A Focus on Adolescent Suicide. Obtido em 23 de outubro de 2018, de Medscape: https://www.medscape.org/viewarticle/540353

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). Classificação das Intervenções de Enfermagem (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Burton, M. (2014). Self-harm: working with vulnerable adolescents. Pratice Nursing, 25(5), 245-251. doi:https://doi.org/10.12968/pnur.2014.25.5.245

Davis, C., Shuss, S., & Lockhart, L. (2014). Assessing Suicide risk. (29, Ed.) Nursing Made Incredibly Easy!, 12(1), 22-. Obtido em 23 de outubro de 2018, de https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1646845&Journal_ID=417221&Issue_ID=1646738

Dekker, W., Vergouwen, A., Buster, M., & Honig, A. (2017). Acceptance of guidance to care at the emergency department following attempted suicide. BMC Psychiatry, 17, 332. doi:https://doi.org/10.1186/s12888-017-1491-z

Direção-Geral de Saúde. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicidio 2013/2017.

Ferreira, A. V., Baracat, E. C., Junior, H. S., & Abramovici, S. (2010). Emergências Pediátricas (2ª ed.). S. Paulo: Editora Atheneu.

Harter, S. (2012). The Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations (2ª ed.). New York: The Guilford Press.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2015-2017 (10ª edição ed.). (R. M. Garcez, Trad.) S. Paulo: Artmed Editora Ltda.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Jones, J. G., Cohen, A. L., Worley, K. B., & Worthington, T. (2015). Accidental scratch - or a sign of self-cutting? The Journal of Family Practice, 64(5), 277-281. Obtido em 23 de outubro de 2018, de

http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=e9bcd04e-5efd-4a00-9dac-0e619d8c9f4c%40sessionmgr104

Kalmar, S. (2013). The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors. Neuropsychopharmacologia Hungarica, 15(1), 27-39. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=137215b6-66dd-4dc5-a7b1-8aaf4c036dc3%40sessionmgr104

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). Classificação dos Resultados de Enfermagem (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

National Institute of Mental Health. (s.d.). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit. Obtido em 29 de outubro de 2018, de National Institute of Mental Health: https://www.nimh.nih.gov/labs-at-nimh/asq-toolkit-materials/index.shtml

Newton, A. S., Soleimani, A., Kirkland, S. W., & Gokiert, R. J. (2014). A systematic review of intruments to identify mental health and substance use problems among children in the emergency department. Academic Emergency Medicine, 24(5), 552-568. doi:10.1111/acem.13162

Nunes, A. M. (2018). Suicídio em Portugal: um retrato do país. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 67(1), 25-33. doi:10.1590/0047-2085000000180

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, n.º133 – II Série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Organização Mundial de Saúde. (2000). Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra. Obtido em 23 de outubro de 2018, de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2016). mhGAP Intervention Guide - Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Obtido de Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/

Organização Mundial de Saúde. (Agosto de 2018). Latest data on suicide. Obtido em 19 de Outubro de 2018, de Organização Mundial de Saúde: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/

Organização Mundial de Saúde. (2018). Suicide. Obtido em 25 de outubro de 2018, de Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Organização Mundial de Saúde. (2018). Suicide Data. Obtido em 23 de outubro de 2018, de Organização Mundial de Saúde: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Papalia , D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). O Mundo da Criança (8ª edição ed.). Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

Peláez, C. A., Guillaumet, M., & Martínez-Esparza, E. H. (2018). La adolescencia como factor de riesgo de la conducta suicida. Ágora de Enfermería, 22(2), 58-62. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=e9bcd04e-5efd-4a00-9dac-0e619d8c9f4c%40sessionmgr104

Philips, R., Spears, M. R., Montgomery, A. A., Milings, A., Sayal, K., & Stallard, P. (2013). Could a brief assessment of negative emotions and self-esteem identify adolescents at current and future risk of self-harm in the community? A prospective cohort analysis. BMC Public Health, 13, 604. doi:10.1186/1471-2458-13-604

Rahmandar, M. H., & Biro, F. M. (2017). Suicide, puberty, and a changing body. International Journal of Child Health and Human Development, 10(4), 299-304. Obtido em 23 de outubro de 2018, de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=d3188507-88d4-42d9-beac-93b38692b6b2%40pdc-v-sessmgr06

Santos, E. G., Azevedo, A. K., Silva, G. W., Barbosa, I. R., Medeiros, R. R., & Valença, C. N. (2017). O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório. Online Brazilian Journal of Nursing, 16(1), 6-16. doi:https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175416

Santos, J. P., Façanha, J. N., Gonçalves, M. B., Erse, M. Q., Cordeiro, R. C., & Façanha, R. P. (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.)

Shain, B., & Committee on Adolescence. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics, 138(1), e1-e11. doi:10.1542/peds.2016-1420

Singh, R. N., & Pathak, N. (2017). Effects of Self- esteem on Suicidal Ideation among Adolescents. The International Journal of Indian Psychology , 4(4), 60-68. doi: 10.25215/0404.127

The Joint Comission. (2016). Detecting and treating suicide ideation in all settings. (56). Obtido em 30 de outubro de 2018, de https://www.jointcommission.org/sea_issue_56/

Townsend, M. C. (2011). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6ª edição ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Vega, D., Sines, A., Fernandéz, M., Punti, J., Soler, J., Santamarina, P., . . . Pascual, J. C. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? Actas Espanolas de Psiquiatria , 45(4), 146-155. Obtido em 30 de outubro de 2018, de https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/114/ESP/20-114-ESP-146-55-463018.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário individual de necessidades de formação

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA·PORTO·VISEU

Questionário Individual de Necessidades de Formação
Serviço de Urgência Pediátrica

Elaborado por: Marta Ferreira
Enfª Orientadora:
Prof. Orientadora: Prof. Doutora Elisabete Nunes

Outubro de 2018

No âmbito do mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário individual.

Este questionário tem por objetivo identificar os interesses e as necessidades formativas dos Enfermeiros da Urgência Pediátrica no âmbito da promoção da autoestima em crianças e adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida que recorrem ao serviço de urgência pediátrica, permitindo assim saber quais os conteúdos mais pertinentes a inserir na formação em serviço

O preenchimento do questionário é anónimo e voluntário, sendo garantida a confidencialidade dos dados.

Após o seu preenchimento solicita-se que deposite o mesmo na caixa que se encontra na sala de pausa e que está identificada com "Promoção da autoestima".

Desde já agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

1. Assinale com uma cruz a resposta que para si é correta ou responda de forma breve e sucinta

2. Está familiarizado com o conceito de autoestima?
   Sim ☐ Não ☐

3. Considera a autoestima um conceito importante para a Enfermagem?
   Sim ☐ Não ☐

4. Em que situações considera que a autoestima de uma criança/adolescente possa ser baixa?

_____
_____
_____

5. Está familiarizado com o conceito de suicídio e comportamento autolesivo?
   Sim ☐ Não ☐

6. Considera que a baixa autoestima e as alterações da autoimagem em crianças e adolescente podem ser fatores precipitadores da tentativa de suicídio e comportamentos autolesivos?
   Sim ☐ Não ☐

7. Perante uma criança/adolescente que recorra à urgência por tentativa de suicídio, ideação suicida ou comportamentos autolesivos consegue identificar sinais de baixa autoestima?
   Sim ☐ Não ☐

8. Perante uma criança/adolescente com baixa autoestima e que recorra à urgência por tentativa de suicídio, ideação suicida ou comportamentos autolesivos sabe que intervenções de Enfermagem pode utilizar para abordar esta criança e promover um aumento na sua autoestima?
   Sim ☐ Não ☐

9. Se fosse realizada uma sessão de formação em serviço sobre a promoção da autoestima em crianças/adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida, que temas gostaria de ver abordados?

_____
_____
_____

Obrigada!

APÊNDICE II

Documento Informativo do Horário da Sessão de Formação

Formação em Serviço

“Abordagem do Adolescente com Alterações na Autoestima”

Data: 6 de novembro às 8h e às 15h

Duração: 30min

Local: Sala de Reuniões

Formador: Marta Ferreira, mestranda em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, UCP

Sob a orientação:

APÊNDICE III

Plano de Sessão da Formação

Plano de Sessão

Tema da ação: "Abordagem da Criança com Alterações na Autoestima"
Destinatários: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência
Formador:
- Marta Ferreira

Local:
- Sala de Reuniões
- Serviço de Urgência Pediátrica
- Amadora

Data: 6 de novembro 2018
Hora: entre as 8h e as 8h30 e entre as 15h e as 15h30
Duração: 30 minutos

Objetivo Geral: Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da promoção da autoestima em crianças/adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida que recorrem ao serviço de urgência pediátrica.

Etapas	Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos/Técnicas Pedagógicas	Tempo	Formador
Introdução	- Apresentar formador - Expor a temática - Esclarecer pertinência da temática - Clarificar estrutura do trabalho - Apresentar os resultados do questionário individual de necessidades de formação	- Nome - Tema - Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da promoção da autoestima em crianças/adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação/intenção suicida que recorrem ao serviço de urgência pediátrica. - Apresentação dos conteúdos selecionados - Apresentação dos resultados do questionário individual de necessidades de formação	- Método expositivo com recurso a data-show	5min	Marta
Desenvolvimento	- Definir conceitos - Clarificar os motivos, método, fatores preditores e de risco e fatores de proteção no suicídio - Clarificar o método e fatores de risco nos comportamentos autolesivos - Abordar os sinais de alerta - Clarificar a abordagem no Serviço de urgência pediátrica	- Autoestima, Intenção suicida, suicídio e comportamentos autolesivos - Suicídio (Motivação, Métodos, Fatores Preditores e de Risco, Fatores Protetores) - Comportamentos autolesivos (Método e Fatores de Risco) - Sinais de Alerta - Abordagem no Serviço de urgência pediátrica - Avaliar o risco	- Método expositivo com recurso a data-show	20min	Marta

	- Abordar a avaliação do risco - Apresentar diferentes formas de comunicação com o adolescente e com os pais - Facultar intervenções de Enfermagem para o suicídio e comportamentos autolesivos - Validar conhecimentos	- Comunicação com o adolescente - Comunicação com os pais - Diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem - Caso prático			
Síntese	- Relembrar as ideias fundamentais	- Considerações finais	- Método expositivo com recurso a data-show	2 min	Marta
Avaliação	- Avaliar a forma como correu a formação	- Pertinência, desempenho dos formadores, transmissão dos conhecimentos, clareza, importância do tema	- Método interrogativo com recurso a questionário	3 min	Marta

APÊNDICE IV

Questionário de Avaliação da Atividade - Formandos

Questionário de avaliação da ação de formação

Tema: "Abordagem da criança com alterações na autoestima"
Data: 6 de novembro 2018
Formador: Marta Ferreira

Com o objetivo de melhorar a qualidade de formações futuras, solicita-se a sua colaboração, procedendo à realização deste questionário avaliativo.

A sua resposta é anónima, solicitando assim, o preenchimento a **tinta preta** e com letra de imprensa.

Assinale com um "x" a resposta á que melhor traduz a sua opinião sobre a formação que acabou de assistir.

1. Avaliação da clareza na transmissão dos conteúdos:
Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

2. Avaliação da importância da temática abordada:
Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

3. Avaliação da pertinência da temática para a prática de Enfermagem:
Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

4. Nível de satisfação face às expectativas prévias:
Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

5. Apreciação global:
Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

6. Apresente três aspetos positivos desta ação:
_____ - _____ - _____

7. Apresente três aspetos desta ação que devem ser melhorados:
_____ - _____ - _____

8. Comentários e sugestões:
_____
_____
_____
_____

Obrigado pela colaboração!

APÊNDICE V

Questionário de Avaliação da Atividade - Formador

Questionário de avaliação da ação pelos formadores

Tema: "Abordagem da criança com alterações na autoestima"
Data: 6 de novembro 2018
Formador_____

9. Análise da realização da ação:

5.1) Apreciação Global:

Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

5.2) Grau de satisfação face às expectativas prévias:

Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

5.3) Grau de participação/ motivação dos formandos:

Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

6. Aspetos positivos da ação:

_____
_____
_____

7. Aspetos negativos da ação:

_____
_____
_____

8. Sugestões/ Comentários:

_____
_____
_____

9. Incidentes:

_____
_____
_____

APÊNDICE XVIII

Relatório atividade: Visita Equipa de Enfermagem Pedopsiquiatria

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório atividade
Visita Equipa de Enfermagem Pedopsiquiatria

Unidade Curricular:

Estágio Final e Relatório

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, novembro de 2018

INTRODUÇÃO

Durante a realização do estágio em contexto de SUP sentiu-se a necessidade, enquanto futura EEESIP, de compreender melhor de que forma são feitos o encaminhamento e o seguimento dos adolescentes com tentativa de suicídio e comportamentos autolesivos. É da competência do EEESIP estabelecer e manter "redes de recursos comunitários de suporte à criança/adolescente e família com necessidades de cuidados" (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018, p.19193), assim como trabalhar em "parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde" (OE, 2018, p.19193). É também da sua competência encaminhar as "crianças doentes que necessitem de cuidados de outros profissionais" (OE, 2018, p.19193).

Neste sentido, e sabendo que o encaminhamento tem um papel fundamental nestes casos, considerou-se pertinente realizar como atividade uma visita à equipa de Enfermagem da consulta externa de Pedopsiquiatria do hospital onde se realizou o estágio, e desta forma conhecer o seu trabalho, os recursos comunitários e trazer novos conhecimentos para a prática profissional, enriquecendo-a e contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados.

O presente relatório tem como objetivo descrever a visita realizada (funções da equipa de Enfermagem, como é feito o encaminhamento e acompanhamento destes jovens), refletindo acerca da importância da mesma para o percurso formativo.

Para a realização da atividade foi elaborado previamente um guião de entrevista (semiestruturada – APÊNDICE I) que serviu de orientação para a realização da visita e posterior elaboração do relatório.

RELATÓRIO ATIVIDADE

A equipa de Enfermagem da Consulta Externa de Pedopsiquiatra intervém a nível comunitário realizando o acompanhamento de crianças e jovens com problemas do foro da saúde mental (tratamento de problemas emocionais e comportamentais, promoção e prevenção da saúde mental).

A equipa é composta por um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, que se encontra integrado numa equipa multidisciplinar constituída por médico pedopsiquiatra, psicóloga, psicomotricista e terapeuta ocupacional, e que se rege por um Modelo de Intervenção Comunitária. Os cuidados de Enfermagem prestados centram-se no binómio criança/jovem e família e têm por base a Filosofia e Ciência do Cuidar de Jean Watson. Em contexto de Consulta de Pedopsiquiatria, o Enfermeiro desenvolve intervenções no âmbito da promoção da relação terapêutica; da promoção do crescimento do desenvolvimento infantil, contribuindo para o *empowerment* da criança/jovem; da identificação de problemas no desenvolvimento da criança/jovem; da promoção da expressão das emoções; da promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, capacitando a família para o desenvolvimento de estratégias de coping e de adaptação; da promoção da adesão à terapêutica e monitorização do impacto do uso continuado dos psicofármacos; da providência de cuidados à criança/jovem e família promotores de ganhos em saúde mental; da intervenção em crise.

O Enfermeiro também realiza visitas domiciliárias, em conjunto com outros elementos da equipa, com o intuito de avaliar, intervir e promover a adesão ao plano terapêutico; e promove, quando pertinente, a referenciação para outros profissionais e/ou recursos na comunidade. O Enfermeiro, em conjunto com a equipa multidisciplinar, é responsável por favorecer a transição do jovem para os serviços de Psiquiatria de adulto, acompanhando-o nas primeiras reuniões, contribuindo assim para a continuidade de cuidados.

Para cada criança são formulados diagnósticos de Enfermagem, é elaborado um plano de cuidados específicos que promova a capacitação da criança/jovem assim como um plano terapêutico em parceria com outros profissionais da equipa multidisciplinar, sendo que no final é realizada uma avaliação da intervenção.

As crianças e jovens chegam a esta consulta apenas através de referenciação. A referenciação é feita em reuniões comunitárias, reuniões hospitalares e reuniões de triagem, onde são discutidos os pedidos de consulta que chegam, e também através do sistema ALERT. É importante referir que o enfermeiro tem uma participação ativa, em

parceria com o médico, no processo de triagem das crianças e jovens que são referenciadas para a consulta.

Relativamente ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) as crianças e jovens são avaliados pela psiquiatria de ligação (até aos 15 anos) e pela psiquiatria de adultos (16-18 anos) que é então responsável por decidir se faz o encaminhamento da criança/jovem para a consulta. O encaminhamento é feito de acordo com a área de residência e dependendo da patologia da criança/adolescente. A equipa da Pedopsiquiatria tem sempre conhecimento dos pedidos de consulta, mas a família é que tem a responsabilidade de entregar a carta com o pedido de marcação na unidade, pretendendo-se desta forma responsabilizar e envolver a família. Após a entrega da carta é marcada a consulta médica e a consulta de Enfermagem. A consulta de Enfermagem é realizada um mês antes da consulta médica e quinze dias antes. Se se considerar necessário marcam-se mais consultas, dependendo do grau de risco que a criança/jovem apresenta.

Na unidade, as crianças e adolescentes têm acesso a consultas médicas, de Enfermagem, Terapia ocupacional, Psicomotricidade e Psicologia. A intervenção pode ser realizada em grupo ou individual. As consultas de Enfermagem podem ser de dois tipos:

- Consulta de monitorização terapêutica;
- Consulta de adesão à medicação e à intervenção.

Relativamente aos comportamentos autolesivos e ao suicídio a abordagem é diferente. Ao nível dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida a intervenção é feita ao nível escolar através da capacitação dos professores para intervir (é feita formação nas escolas aos professores). Aqui a intervenção é individual, a intervenção em grupo não é recomendada. Ao nível do suicídio a intervenção realizada é individual e em consulta e os cuidados passam por tranquilizar, avaliar a expressão suicida, intenção, plano, autoimagem, discurso, pensamento.

A equipa multidisciplinar da Pedopsiquiatria também desenvolve outros projetos para além das consultas realizados. Os projetos que realizam destinam-se a pais de crianças entre os 8 e os 11 anos e tem como objetivo promover as competências parentais; a crianças com pais com problemas de saúde mental; e adolescentes.

REFLEXÃO E AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE

O número de crianças com perturbações emocionais e comportamentais tem aumentado (OE, 2011; Direção-Geral de Saúde (DGS), 2013) fazendo-se necessário intervir não só na crise, mas também de forma preventiva. Os sentimentos de baixa autoestima estão muitas vezes na origem destas perturbações, a baixa autoestima é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de doenças mentais (Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004; Hosogi, Okada, Fujii, Noguchi, & Watanabe, 2012). Também o número de jovens com comportamentos autolesivos e com tentativa de suicídio aumentado (DGS, 2013; Organização Mundial de Saúde, 2018).

Acompanhando este crescimento dos problemas de saúde mental na criança/jovem encontra-se também o aumento do número de pedidos para consultas de Pedopsiquiatria, que, infelizmente, continuam a ser poucas para aquilo que é solicitado deixando muitas crianças e adolescentes de fora, sem cuidados, correndo-se o risco de desenvolverem complicações.

É da responsabilidade do EEESIP a "deteção precoce e o encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco e suicídio" (OE, 2018, p.19192), a "identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico" (OE, 2018, p.19192), o estabelecimento e manutenção de "redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados" (OE, 2018, p.19192), o trabalho em "parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde" (OE, 2018, p.19192), e o encaminhamento de "crianças doentes que necessitem de cuidados de outros profissionais" (OE, 2018, p.19192).

O desenvolvimento desta atividade de observação foi útil para o percurso formativo pois permitiu a aquisição das competências supracitadas, que tinham sido identificadas como lacunas no conhecimento, e desta forma ampliar e aprofundar conhecimentos. A atividade realizada avalia-se de forma positiva pelo contributo que deu para o percurso formativo. Sendo a intervenção do Enfermeiro fundamental nestes casos torna-se necessário que o mesmo saiba como atuar de forma a prestar cuidados adequados. Esta experiência permitiu também obter conhecimentos que serão úteis para a prática profissional pessoal, uma vez que no serviço onde exerço funções, estão crianças internadas com estas patologias e ao saber como se pode realizar o encaminhamento estar-se-á a promover a melhoria dos cuidados e a adequar os cuidados para aquela criança/jovem e família, promovendo ao mesmo tempo bem-estar da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta atividade foi útil para o percurso formativo pois permitiu a aquisição de novas competências, mas também de novos conhecimentos, assim como uma mais valia para o desenvolvimento pessoal.

O EEESIP desempenha um papel fundamental nos cuidados prestados à criança com perturbações emocionais e comportamentais, na medida em que dá o seu contributo a todo este processo de diagnóstico, abordando as dificuldades emocionais, do comportamento e da socialização, procurando ajudar as famílias, em busca da resolução dos problemas que se põem no seu trabalho diário, refletindo acerca das práticas e perspetivando novos estímulos.

Refletir sobre todo o trabalho aqui desenvolvido levará a que haja novas reflexões e novas questões sobre o trabalho desenvolvido, trazendo para a discussão problemáticas pertinentes que possam levar a possíveis respostas e intervenções especializadas de forma mais alargada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral de Saúde. (2013b). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Obtido em 15 de fevereiro de 2018, de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx

Hosogi, M., Okada, A., Fujii, C., Noguchi, K., & Watanabe, K. (2012). Importance and usefulness of evaluating self-esteem in children. *Biopsychosocial Medicine, 6*(9), 1-6. Obtido em 17 de janeiro de 2019, de https://bpsmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1751-0759-6-9

Mann, M., Hosman, C., Schaalma, H., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research, 19*(4), 357-372. Obtido em 26 de maio de 2018, de AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAjowggI2BgkqhkiG9w0BBwagggInMIICIwIBADCCAhwGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMIZG11WPg6wQbLOW3AgEQgIIB7fRIHsc7CXIhRcV

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, n.º133 – II Série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Suicide*. Obtido em 25 de outubro de 2018, de Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide

APÊNDICES

APÊNDICE I

Guião Entrevista

GUIÃO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Tema: Suicídio e Comportamentos autolesivos na adolescência

Objetivos: Conhecer o modo de funcionamento da equipa de enfermagem da Pedopsiquiatria

Questões/Temas

1. Funções da equipa de Enfermagem
2. Intervenção de Enfermagem nos comportamentos autolesivos e no suicídio
3. Como funciona o encaminhamento destes jovens
4. Como é feito o acompanhamento destes jovens
5. Outras informações relevantes para a atividade

APÊNDICE XIX

Reflexão:

Suicídio e comportamentos autolesivos na adolescência, que resposta?

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Reflexão

Suicídio e comportamentos autolesivos na adolescência, que resposta?

Unidade Curricular:

Estágio Final e Relatório

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, novembro de 2018

INTRODUÇÃO

A presente reflexão foi elaborada no âmbito do estágio da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório" realizado em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica.

A situação relatada surgiu no final do estágio quando deu entrada no serviço de urgência uma adolescente por tentativa de suicídio. A adolescente foi estabilizada e ficou internada no serviço de urgência para vigilância e avaliação pela psiquiatria. Na sequência da avaliação pela psiquiatria, a adolescente tinha critério para internamento em psiquiatria, no entanto, não havia vagas para internamento e como tal a adolescente teve alta para domicílio com indicação de vigilância permanente, sendo que os pais se comprometeram a vigiá-la constantemente. A questão que se coloca é: será legítimo "obrigar" estes pais a realizar um cuidado que é da competência dos profissionais de saúde? Até que ponto os profissionais de saúde podem "exigir" aos pais este cuidado? Foi este o ponto de partida desta reflexão, que tem como objetivo refletir acerca da situação vivenciada, analisando-a, de forma a melhorar a prática dos cuidados.

O exercício reflexivo assume-se como uma "resposta humana da pessoa à experiência, onde o aprendente recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e a avalia" (Boud et al., 1985, citado por Peixoto & Peixoto, 2016, p.122). Refletir sobre os cuidados e as intervenções permite não só colmatar lacunas existentes entre a teoria e a prática como ampliar os conhecimentos de Enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016). Obriga o Enfermeiro a refletir sobre o sentido do que faz e como faz (Peixoto & Peixoto, 2016) e é "um suporte importante, na aprendizagem, para lidar com as situações mais difíceis que emergem na prática de cuidados" (Wilkin e Slevin, 2004, citado por Pereira-Mendes, 2016, p. 15). De acordo com Jarvis (1999) citado por Peixoto & Peixoto (2016, p.122) "A prática reflexiva inicia-se quando os praticantes problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga."

A análise reflexiva assume-se então como uma ferramenta indispensável para a aquisição de novos conhecimentos e para a melhoria dos cuidados.

A presente reflexão foi elaborada com base no ciclo de Gibbs (1998) (Lia, 2016).

REFLEXÃO

A situação sobre a qual irei refletir aconteceu no final do estágio no serviço de urgência pediátrica onde me encontrava a realizar o estágio da unidade curricular "Estágio Final e Relatório". No dia anterior, no turno da tarde, deu entrada no serviço de urgência pediátrica, vinda do domicílio, uma adolescente de 17 anos por ingestão medicamentosa voluntária.

A jovem de 17 anos é solteira, vive com os pais, tem dois irmãos mais velhos e frequenta o 12º ano de escolaridade. Tem como antecedentes psiquiátricos uma perturbação depressiva com início há cerca de 1 ano, com humor triste, fadiga, avolia e anedonia, associados a sintomas ansiosos com estigmas de pânico (palpitações, dispneia, sensação de morte iminente). Refere ideias de morte há alguns meses e vivia com egodistonia até recentemente. Refere comportamentos autolesivos, tendo o último sido uma semana antes do internamento, sensação de vazio e nega acompanhamento psiquiátrico anterior. Refere estar medicada no domicílio para a ansiedade. Relativamente a antecedentes psiquiátricos há a referir uma perturbação depressiva na mãe, mas nega história familiar de suicídio ou tentativas de suicídio. Nega consumos.

Referiu ter tomado cerca de 40 comprimidos, "todos os que tinha em casa" SIC, e que tinha o intuito de morrer. Fez uma primeira toma de cerca de oito comprimidos, mas como sentiu que não foi suficiente tomou o resto dos comprimidos. Depois perdeu os sentidos e foi encontrada pelos pais. Nesse dia faltou à escola com desconhecimento dos pais e ficou em casa. A jovem referiu também ter avisado a melhor amiga, que tinha conhecimento dos pensamentos da jovem, a dizer que a amava depois de ter tomado os comprimidos. Esta foi logo ter com ela. A jovem referiu também ter ingerido uma semana antes uma garrafa de álcool, assolada por ideias de morte, tendo considerado tomar os comprimidos nessa altura.

Segundo foi também apurado a jovem terá sabido no dia anterior ao internamento que o atual namorado a traia, soube também recentemente que um ex-namorado tinha engravidado outra rapariga enquanto se tentava reaproximar da jovem e que viu recentemente a série "13 Razões Porquê" e sentiu que a melhor forma de aliviar o sofrimento era cometer o suicídio.

Os pais referem que nos últimos tempos andava mais triste colocando em causa as suas opções em termos de escola, nomeadamente em relação à ida para a universidade. A jovem frequenta um curso técnico profissional e não irá seguir para o ensino superior porque os pais não conseguem suportar financeiramente um curso superior, apesar de ser um desejo

da jovem.

A adolescente acabou por ficar internada no serviço de urgência para vigilância e para avaliação pela psiquiatra, o que sucedeu no dia seguinte. A equipa médica de psiquiatria veio avaliar a jovem na manhã seguinte e concluiu que a mesma precisava de internamento pois mantinha a ideação suicida estruturada e o risco elevado de suicídio. No entanto não existia nenhuma vaga de Pedopsiquiatria nem de Psiquiatria para poder internar a jovem. Assim, a equipa de pedopsiquiatra veio reavaliar a jovem no turno da tarde e deu alta à mesma, referindo que na segunda avaliação a jovem encontrava-se mais calma, negando ideias de morte, apesar de assumirem que apresentava ideação suicida, embora pouco estruturada e passiva.

A jovem teve alta para domicílio medicada e com indicação de vigilância permanente. Foi solicitado aos pais colaboração para vigiarem a jovem permanentemente e assegurarem a toma da medicação, sendo que estes prontificaram-se logo a tal. A jovem também se comprometeu a pedir ajuda sempre que tivesse novos pensamentos suicidas. Apesar de a equipa de Enfermagem considerar que esta alta não seria benéfica para a jovem, acabou por dá-la também, pois, uma vez que não havia vaga em internamento de pedopsiquiatra/psiquiatria, a mesma não poderia ficar internada no serviço de urgência, posto que não lhe seriam prestados os cuidados adequados.

Neste caso acabei por não intervir, pois não tive oportunidade de prestar cuidados à jovem, uma vez que ela ia ter alta nesse dia. No entanto sinto que, apesar de ser uma área que me desperta interesse e onde ao longo do estágio pude aprofundar conhecimentos, talvez não conseguisse intervir de forma adequada. Apesar disso decidi fazer esta reflexão para no futuro saber como intervir.

Este caso suscitou alguma discussão entre os elementos da equipa de Enfermagem presentes no turno pois se por um lado não concordavam com a solução oferecida à jovem, nem com o que tinha sido proposto aos pais, por outro lado reconheciam que naquele serviço e naquele hospital não tinham muito mais a oferecer à jovem.

Esta situação provocou na equipa de Enfermagem, e em mim, sentimentos de impotência e alguma revolta perante a situação. Estava-se perante uma jovem com intenção suicida e elevado risco de suicídio, que necessitava urgentemente de internamento, e para a qual não havia resposta. A equipa também sentiu algum receio relativamente ao que poderia suceder à jovem após a alta, nomeadamente a ocorrência de nova tentativa de suicídio. Por outro lado, esta situação também suscitou alguma surpresa na equipa dado que, no espaço de quatro horas, segundo a equipa da psiquiatria, a jovem deixou de apresentar risco elevado

de suicídio, já não sendo necessário o internamento, levantando aqui algumas dúvidas sobre se a avaliação tinha sido bem feita pela equipa de psiquiatria ou se a jovem tinha manipulado as respostas que tinha dado de forma a poder ter alta. Por fim a equipa também sentiu que ao solicitar aos pais que vigiassem permanentemente a filha estariam a incutir-lhes uma grande responsabilidade que ultrapassava os seus deveres parentais, pois quem deveria prestar esse cuidado seriam os profissionais de saúde. A questão que se colocou foi até que ponto os profissionais de saúde podem "exigir" aos pais este cuidado? Vigiar a filha permanentemente implicaria que os pais estivessem sempre em casa, levando a que, provavelmente, faltassem ao trabalho e acabassem por viver em função da filha e do seu comportamento. Seria possível obrigar os pais a isso? Nesta situação acabou por ser, apesar de se considerar que não foi a decisão mais correta, mas, na verdade, não existiam outras opções, o que nos leva a outra questão, que também merece alguma reflexão da nossa parte, que respostas tem o Serviço Nacional de Saúde para estes casos?

Ao avaliar a situação faço um balanço pouco positivo da mesma. Apesar da situação me ter permitido refletir acerca da prática dos cuidados, particularmente ao nível da temática trabalhada em estágio (comportamentos autolesivos e suicídio na adolescência), e onde pude observar na prática aquilo que se encontra descrito na literatura, senti que, enquanto Enfermeiros falhamos nos cuidados prestados a esta família, pois não foi possível oferecer a esta família os cuidados que mereciam, "descartando" a nossa responsabilidade de cuidar daquela jovem para aqueles pais, quando não era função deles. Sinto que talvez pudéssemos ter oferecido algo mais àquela família. Mas talvez o lado mais negativo da situação tenha sido observar que as questões relacionadas com o suicídio e os comportamentos autolesivos continuam a ser situações em que os profissionais de saúde se sentem pouco à vontade em lidar com, talvez porque não se sintam com competência na área, e como tal são colocadas de lado, havendo pouco investimento nas mesmas apesar da sua pertinência.

"O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social." (Direção-Geral de Saúde, 2013, p.3.), representando um grave problema de saúde pública (Direção-Geral de Saúde, 2013). De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (2018), cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, ou seja, uma pessoa a cada 40 segundos. O suicídio foi responsável por 1,4% de todas as mortes no mundo, sendo a 18ª causa de morte em 2016 e é a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos no mundo (Organização Mundial de Saúde, 2018). Em Portugal (entre 2007 - 2014) a taxa de mortalidade por suicídio entre os 15-24 anos foi 2-4 por 100.000 habitantes (Nunes, 2018),

o que é um valor muito elevado e com tendência a crescer, sendo que existe cada vez menos resposta por parte da saúde para estes casos.

"O jovem que tenta o suicídio fracassou no seu processo de desenvolvimento, numa tripla perspetiva (individual, familiar e social) determinando uma visão negativa de si próprio" (Sampaio, et al., 2000, e NES, 2013, citados por Direção-Geral de Saúde, 2013, p.68), e como tal torna-se essencial desenvolver intervenções oportunas, baseadas na evidência e muitas vezes de baixo custo, de forma a poder prevenir a ocorrência do suicídio.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem como foco de atuação a "avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio (…); a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192), e como tal pode desempenhar um papel fundamental na redução das taxas de suicídio entre adolescentes, na medida em que tem a oportunidade de antecipar as orientações a pais e adolescentes e pode intervir ao nível da família, comunidade, escola e instituições de saúde (Hockenberry & Wilson, 2011; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014; Peláez, Guillaumet, & Martínez-Esparza, 2018).

Os enfermeiros encontram-se então numa posição priveligiada para intervir ao nível da prevenção do suicídio mas também para cuidar dos adolescentes que se tentaram suicidar.

A família, em particular os pais, também desempenham um papel fundamental na prevenção do suicidio e na adesão ao tratamento, "o apoio da família deve ser uma constante no tratamento, existindo evidências do seu contributo na adesão e no sucesso do tratamento" (Santos, et al., 2012, p.67). Alguns autores defendem que os adolescentes com uma família coesa e funcional, com fortes redes de apoio (grupo de pares e apoio social), esperança no futuro e o desejo de resolver os conflitos necessita apenas de intervenção orientada para a crise, podendo permanecer no seu domicílio. Pelo contrário, os adolescentes que tenham feito tentativas anteriores, apresentem um elevado grau de intenção de cometer suicídio, mostrem evidências de depressão grave ou outra doença psiquiátrica, evidenciem abuso de álcool ou outras drogas, que tenham baixo controle dos impulsos ou famílias que não estão dispostas a comprometer-se a aconselhamento estão em alto risco e será necessário o internamento psiquiátrico, bem como intervenção psiquiátrica e psicológica a longo prazo (Hockenberry & Wilson, 2011; Santos, et al., 2012; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014;

Organização Mundial de Saúde, 2018).

No entanto, segundo Santos, et al. (2012, p.66), "os adolescentes com comportamentos da esfera suicidária geralmente têm baixas taxas de adesão ao tratamento em ambulatório, encontrando-se, por isso, elevadas taxas de abandono", podendo então concluir-se que o internamento continua a ser a melhor opção para o tratamento dos jovens com tentativa de suicídio.

De referir também que os profissionais de saúde dos serviços de urgência desempenham um papel fundamental, não só na realização de avaliações de emergência adequadas a adolescentes suicidas, mas também contribuem para a melhoria da continuidade de cuidados (Santos, et al., 2012).

O Código Civil, no nº1 do artigo 1878º (Decreto-Lei n.º 47344), refere que "Compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, prover ao seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los, ainda que nascituros, e administrar os seus bens", dá algum suporte à decisão tomada pela equipa de saúde, pois ao solicitar aos pais que vigiassem a jovem permanentemente os pais estariam a velar pela saúde da filha, e assim descartando a responsabilidade do profissional de saúde. No entanto, considero que o artigo não justifica de todo a decisão tomada, pois estamos a retirar responsabilidades do profissional de saúde e a colocá-las em pessoas que, apesar de terem o dever de velar pela saúde dos filhos, não possuem os conhecimentos e as competências necessárias para agir nestes. Assim, teria sido importante toda a equipa reunir entre si e discutir o caso, assim como reunir com os pais de forma a tentar encontrar uma solução alternativa ao internamento que fosse benéfica para toda a família.

Como referido anteriormente o número de adolescentes suicidas, e com outras perturbações psiquiátricas, tem aumentado, sendo que a tendência é de continuar a crescer. Apesar de ser reconhecido como um problema grave de saúde pública, a resposta por parte do Serviço Nacional de Saúde não é suficiente para este número elevado. No país inteiro, ao nível da Saúde Mental da Infância e Adolescência, existem apenas 3 Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência integrados em 3 Hospitais Pediátricos, 9 Serviços Locais de Saúde Mental da Infância e Adolescência, 20 Unidades de Saúde Mental Comunitária da Infância e Adolescência e 9 consultas de Saúde Mental da Infância e Adolescência (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017). Apesar de parecer que a rede é extensa, na verdade a mesma não tem capacidade para responder a todas as solicitações efetuadas, o que reforça a necessidade de criar mais serviços hospitalares e comunitários direcionados para a Saúde Mental da Infância e Adolescência, apesar de já

estar previsto no Programa Nacional para a Saúde Mental - apoiar a criação de 1500 lugares para adulto e 500 para crianças/ adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

Analisando novamente a situação vivenciada, e de acordo com a literatura encontrada, considero que ainda é necessário percorrer muito caminho para chegarmos à excelência de cuidados nestes casos, e quem sabe poder efetivamente dar alta a estas jovens para o seu domicílio com o acompanhamento necessário.

A situação relatada foi muito benéfica e útil para o meu percurso enquanto futura Enfermeira Especialista pois permitiu-me refletir acerca dos cuidados que prestamos e aprofundar conhecimentos acerca desta temática. Por outro lado, foi interessante poder ter observado neste caso que tudo aquilo que foi apresentado na formação realizada em contexto de estágio à equipa de Enfermagem do serviço de urgência pediátrica se encontra na prática dos cuidados. Neste caso foi possível identificar fatores de risco e fatores precipitadores do suicídio tal como aparecem descritos na literatura, assim como identificar que a autoestima desempenha um papel preponderante nestes casos, reforçando assim a importância da sua promoção no adolescente.

Se tivesse que passar novamente pela mesma situação sinto que já conseguiria intervir de forma mais autónoma e com outra perspetiva.

Considero que neste tipo de situações o papel do Enfermeiro Especialista é fundamental pois para além de ele ser o perito na área ele possui conhecimentos aprofundados acerca do desenvolvimento infantil que lhe permitem prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Sinto que o facto de ter vivenciado esta experiência e de ter tido oportunidade de refletir sobre a mesma me deu a oportunidade de adquirir novos conhecimentos e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mas também me fez crescer enquanto enfermeira e deu-me várias ferramentas que me irão ser úteis não só no futuro, mas também no presente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"A prática reflexiva é, atualmente, vista como uma habilidade indispensável no contexto clínico dos estudantes de enfermagem, pois permite que os mesmos se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré-pós e na ação" (Peixoto & Peixoto, 2016; p. 132), sendo também útil para o percurso académico do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na medida em que permite adquirir algumas competências especificas.

Cada vez mais se torna importante refletir sobre a prática e sobre as situações vivenciadas pois é uma forma de subsidiar a construção do pensamento em Enfermagem (Pereira-Mendes, 2016). A prática reflexiva na Enfermagem assume uma grande "importância ao nível da aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho dos enfermeiros" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.121) constituindo-se uma "premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.131).

O exercício reflexivo "emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro" (Pereira-Mendes, 2013, p.3) permitindo que o "saber experienciado e construído, sustente cautelosamente o futuro e o seu entendimento" (Pereira-Mendes, 2013, p.3).

Esta reflexão sobre a prática permitiu-me adquirir algumas competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, mas acima de tudo permitiu-me compreender que o suicídio na adolescência está a crescer e que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na sua prevenção e são a chave para a diminuição destes números.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Davis, C., Shuss, S., & Lockhart, L. (2014). Assessing Suicide risk. (29, Ed.) Nursing Made Incredibly Easy!, 12(1), 22-. Retrieved outubro 23, 2018, from https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1646845&Journal_ID=417221&Issue_ID=1646738

Decreto-Lei n.º 47344 - Diário do Governo n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25

Direção-Geral de Saúde. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicidio 2013/2017.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Lia, P. (2016). Using Gibbs' Reflective Cycle. Retrieved from https://www.kcl.ac.uk/campuslife/services/disability/onlineresources/StudyGuides/USING-GIBBS-REFLECTIVE-CYCLE-IN-COURSEWORK-DEC-2016-P-LIA.pdf

Nunes, A. M. (2018). Suicídio em Portugal: um retrato do país. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 67(1), 25-33. doi:10.1590/0047-2085000000180

Organização Mundial de Saúde. (2018). Suicide. Retrieved outubro 25, 2018, from Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexica em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 4(11), 121-132. doi:http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030

Peláez, C. A., Guillaumet, M., & Martínez-Esparza, E. H. (2018). La adolescencia como factor de riesgo de la conducta suicida. Ágora de Enfermería, 22(2), 58-62. Retrieved outubro 23, 2018, from http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=e9bcd04e-5efd-4a00-9dac-0e619d8c9f4c%40sessionmgr104

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construçao do pensamento em Enfermagem. Revista Electrónica Educare, 20(1), 1-23. doi:http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9

Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. (Direção-Geral da Saúde, Ed.) Lisboa.

Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, nº133 – II Série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros

Santos, J. P., Façanha, J. N., Gonçalves, M. B., Erse, M. Q., Cordeiro, R. C., & Façanha, R. P. (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.)

APÊNDICE XX

Relatório atividade:

Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório atividade

Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

Unidade Curricular:

Estágio Final e Relatório

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, novembro de 2018

INTRODUÇÃO

Enquanto gestor do bem-estar da criança, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) tem como campo de atuação a "deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192), nomeadamente ao nível dos maus-tratos infantis.

Sendo a área dos maus-tratos infantis do escopo de ação do EEESIP, considerou-se pertinente realizar uma atividade neste âmbito durante o estágio em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), uma vez que os maus-tratos infantis, na maioria das vezes, estão na origem dos comportamentos autolesivos e do suicídio na adolescência (Hockenberry & Wilson, 2011; Davis, Shuss, & Lockhart, 2014), tendo sido esta a temática trabalhada em contexto de estágio. Por outro lado, a maioria dos casos de maus-tratos é observada no SUP, ou seja, é por este serviço que a maioria das crianças dá entrada, e como tal é necessário que o Enfermeiro que trabalha neste serviço possua conhecimentos nesta área e saiba como fazer o encaminhamento destes casos. É também importante que os enfermeiros que trabalhem em pediatria saibam fazer estes encaminhamentos, pois são eles os profissionais mais aptos a detetar estas situações e são eles que passam mais tempo com as crianças e jovens (Hockenberry & Wilson, 2011). Uma vez que este processo formativo tem como objetivo desenvolver e adquirir competências de EEESIP, sendo os maus-tratos uma área do escopo de ação do EEESIP e tendo a própria estudante sentido que esta área era uma lacuna nos seus conhecimentos, particularmente ao nível do encaminhamento destas crianças e jovens, decidiu realizar-se uma atividade de observação do trabalho desenvolvido pelo Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACRJ) - observação da consulta do NHACRJ e da reunião semanal do núcleo com objetivo de conhecer o funcionamento do NHACRJ e o papel do Enfermeiro no NHACRJ. Com a realização desta atividade pretendeu-se também adquirir novos conhecimentos nesta área os quais serão úteis para a prática, enquanto enfermeira especialista, particularmente ao nível da referenciação e encaminhamento destes casos, que é uma competência do EEESIP.

O presente relatório tem como objetivo descrever a observação realizada, refletindo sobre a mesma, assim como realizar a avaliação da mesma.

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE REALIZADA

Descrição do NHACRJ

A equipa do NHACRJ é uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos pediatras, assistente social, psicóloga e outros consultores técnicos multidisciplinares. O núcleo tem como missão identificar as situações de crianças e jovens vítimas de maus-tratos e em situações de risco, detetando sinais de alerta ou sintomas sugestivos, sendo da sua competência a formação dos profissionais do hospital nesta área e em situações de risco de crianças e jovens; o acolhimento da criança e dos acompanhantes, precedendo ao registo de informação pertinente sobre os antecedentes da criança; o apoio terapêutico da criança e da família; a articulação e integração das intervenções de todos os serviços que a nível local possam ou devam estar envolvidos na resolução/orientação de cada caso; e a preparação e elaboração de relatório a remeter às entidades competentes.

A equipa de Enfermagem do NHACRJ é responsável pela deteção e sinalização precoce de fatores de risco/perigo e de sinais de alarme na criança e nas relações familiares em contexto hospitalar. Deve avaliar situações de risco em colaboração com a equipa multidisciplinar, identificando necessidades das crianças sinalizadas, bem como das competências parentais no cuidar do menor; ser elemento de referência da equipa de Enfermagem no que respeita à sinalização, gestão e encaminhamento de casos detetados, transmissão de informação e formação relativa a condutas a adotar e modo de atuação e promoção da articulação com vários profissionais de saúde envolvidos.

Observação realizada:

Consulta Médica

A consulta médica efetuada uma vez por semana tem como objetivo realizar o acompanhamento das crianças/jovens em risco/vítimas de maus tratos. Nesta consulta é feita a vigilância de saúde da criança/jovem, é fornecida informação acerca dos resultados de análises realizadas e é avaliado o estado psicológico da criança. Nesta consulta são também abordadas algumas questões relativamente ao processo judicial em curso. São também esclarecidas dúvidas e, se necessário, é feito o encaminhamento da criança/jovem para outros técnicos.

No dia da observação assistiram-se a 2 consultas, todas realizadas a adolescentes do sexo feminino e vítimas de abuso sexual. Apesar de terem em comum o facto de terem sido vítimas de abuso sexual, cada uma das consultas foi realizada de forma diferente pois

as adolescentes eram diferentes e encontravam-se em fases também diferentes do processo.

O caso da primeira adolescente observada tinha ocorrido há 6 meses. Na consulta realizada a jovem foi informada acerca dos resultados das análises realizadas e questionada acerca do acompanhamento que estava a ter e como se sentia. A mesma referiu que tinha acompanhamento de uma psicóloga e que se sentia bem com isso. A mãe foi também questionada acerca do processo judicial, referindo que estava encaminhado. Tendo em conta que, do ponto de vista clínico, não havia mais necessidade de realizar a consulta foi dada alta à jovem tendo sido feitas algumas recomendações para o futuro.

A segunda adolescente observada encontrava-se ainda numa fase muito inicial do processo pois o caso tinha ocorrido há apenas um mês e como tal foi-lhe explicado no início da consulta qual o objetivo da mesma. No decorrer da consulta a jovem foi informada acerca do resultado das análises e foi também explorada a situação vivenciada, sobre a qual a jovem não se sentiu à vontade para falar. Tendo em conta este facto a mesma foi encaminhada para a psicologia. A mãe foi questionada relativamente ao processo judicial referindo que ainda estavam à espera de serem chamadas para depor. No final foi marcada nova consulta e esclarecidas dúvidas.

Reunião semanal da equipa multidisciplinar

A reunião semanal da equipa multidisciplinar do NHACRJ realiza-se todas as segundas feiras. Nesta reunião está presente toda a equipa multidisciplinar e são discutidos os casos que estão referenciados ao núcleo. É também feita a discussão de trabalhos realizados, assim como outros assuntos referentes ao funcionamento do núcleo.

Os casos apresentados em cada reunião são avaliados pela equipa, sendo delineadas intervenções e estratégias de atuação e sendo feito o encaminhamento dos mesmos sempre que necessário. Nestas reuniões são também dadas altas quando já não se justifica a intervenção do núcleo.

AVALIAÇÃO E REFLEXÃO

A realização desta atividade foi útil para o percurso formativo na medida em que possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e de competências de EEESIP, assim como permitiu compreender a importância destes núcleos ao nível hospitalar, como se realiza o encaminhamento destes casos e qual o papel que o Enfermeiro pode ter. Esta atividade permitiu também perceber como é feito o seguimento destes casos, algo que até agora era desconhecido, mas que tem muita importância para a prática profissional de Enfermagem pois permite que o profissional esteja consciente do que vai acontecer a seguir, podendo assim esclarecer dúvidas que surjam no momento da sinalização.

O Enfermeiro desempenha um papel importante ao nível da deteção e sinalização destas crianças e jovens, servindo como elemento de referência na equipa de Enfermagem. Apesar de durante a observação o papel do Enfermeiro não se ter destacado, reconhece-se que a sua presença no núcleo é importante, pois os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam com as crianças, na prestação de cuidados na hospitalização, e são também os primeiros profissionais com quem as famílias se cruzam, nomeadamente ao nível do SUP, e como tal possuem mais conhecimentos acerca da criança e da sua família encontrando-se assim numa posição privilegiada para reconhecer e atuar nestes casos.

Os maus-tratos infantis são um problema de saúde pública a nível mundial (Leça, et al., 2011) e uma realidade cada vez mais presentes nos serviços de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011), com a qual os enfermeiros lidam diariamente, tornando-se assim necessário que os mesmos sejam competentes na área, sabendo como atuar e como encaminhar. Os enfermeiros são responsáveis por identificar situações abusivas tão cedo quanto possível (Hockenberry & Wilson, 2011), como tal devem estar à vontade para o saber.

O EEESIP é responsável pela identificação e encaminhamento de situações de risco para a criança e jovem, assim como pela assistência a estas crianças (Ordem dos Enfermeiros, 2018), justificando-se assim a pertinência da realização desta atividade de observação, pois ao compreender o papel dos NHACRJ e a atuação do Enfermeiro nestes casos foi possível adquirir novos conhecimentos que serão úteis no futuro enquanto EEESIP.

A nível pessoal, a atividade realizada foi de grande proveito, pois ao trabalhar num serviço de pediatria, lido diariamente com casos de crianças e jovens maltratadas e sentia que os maus-tratos eram uma lacuna de conhecimento que tinha, e que isso influenciava

os cuidados que prestava. Ao ter a oportunidade de conhecer o modo de funcionamento e a missão do NHACRJ pude compreender a importância do mesmo, assim como aprender a referenciar estes jovens, alargando conhecimentos que terão uma implicação direta nos cuidados que presto.

Conhecer o que está para além dos serviços onde prestamos cuidados pode ser encarado como um cuidado de Enfermagem na medida em que estamos a oferecer à criança e família cuidados de excelência e ajustados às suas necessidades

Conclui-se então que a realização desta atividade foi fundamental para aquisição de novos conhecimentos e competências de EEESIP os quais serão úteis no futuro para a prática de cuidados especializados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta atividade assumiu-se como essencial para o processo de aquisição de competências de EEESIP, proporcionando a melhoria da prática de cuidados. O EEESIP é responsável pela identificação e encaminhamento de situações de risco para a criança e jovem, assim como pela assistência a estas crianças e jovens, atuando ao nível da prevenção de complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A observação realizada permitiu adquirir conhecimentos nesta área, particularmente ao nível do encaminhamento destes casos, que era uma lacuna de conhecimentos identificada, permitindo desta forma a melhoria dos cuidados prestados no dia-a-dia e enquanto futura EEESIP:

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na deteção e encaminhamento destes casos pois são os profissionais que mais tempo passam com as crianças e jovens e como tal devem ser competentes na área, justificando-se assim a realização desta atividade. O papel dos enfermeiros passa pela estruturação de ferramentas de avaliação diagnóstica competentes e capazes de aprofundar a realidade onde se encaixam as crianças e as suas famílias.

Com esta atividade sentiu-se necessidade de fazer uma reflexão que promovesse um maior conhecimento das questões encontradas em diferentes contextos, por forma a que a recolha e observação das situações seja a mais correta possível. Importa também que as informações sejam pertinentes, pois só assim é possível tornar o nível de confiança nas decisões tomadas, significativo.

Após a conclusão da atividade faz-se um balanço positivo da mesma, pois permitiu não só a aquisição de novas competências e novos conhecimentos que possibilitarão melhorar os cuidados prestados, garantindo assim o bem-estar da criança. A complexidade destas situações consideradas de perigo exige decisões e respostas indispensáveis a um trabalho mais eficaz, por parte dos profissionais, na construção conjunta de trilhos e opções, que levem a intervenções de sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Davis, C., Shuss, S., & Lockhart, L. (2014). Assessing Suicide risk. (29, Ed.) *Nursing Made Incredibly Easy!, 12*(1), 22-. Obtido em 23 de outubro de 2018, de https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1646845&Journal_ID=417221&Issue_ID=1646738

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Leça, A., Perdigão, A., Laranjeira, A. R., Menezes, B., Velez, C., Veloso, C., . . . Prazeres, V. (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem e Diagnóstico e Intervenção. (D.-G. d. Saúde, & D. d. Vida, Edits.) Obtido em 17 de outubro de 2018, de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, nº133 – II Série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

APÊNDICE XXI

Reflexão:

Medidas Não Farmacológicas e Técnicas de Distração no Serviço de Urgência Pediátrica

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Reflexão

Medidas Não Farmacológicas e Técnicas de Distração no Serviço de Urgência Pediátrica

Unidade Curricular:

Estágio Final e Relatório

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, novembro de 2018

INTRODUÇÃO

A presente reflexão foi elaborada no âmbito do estágio da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório" realizado em contexto de Urgência Pediátrica e tem como objetivo refletir acerca de uma situação vivenciada ao longo do estágio.

A situação relatada surgiu aquando da prestação de cuidados em contexto de sala de tratamentos onde pude observar que havia enfermeiros que realizam os procedimentos às crianças sempre com recurso a medidas não farmacológicas, independentemente da colaboração da criança, demorando por vezes mais tempo do que o necessário, e havia outro grupo de enfermeiros, que apesar de reconhecer a importância dos cuidados atraumáticos e da utilização de medidas não farmacológicas para a realização de procedimentos invasivos às crianças, não utilizavam os mesmos com todas as crianças. Consoante a criança, e os tempos de espera, eles optavam ou não pela utilização de medidas não farmacológicas, avaliando os prós e contras e o benefício que a utilização de medidas não farmacológicas teria na criança.

"A prática reflexiva inicia-se quando os praticantes problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga" (Jarvis, 1999, citado por Peixoto & Peixoto, 2016, p. 122). O exercício reflexivo "emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro" (Pereira-Mendes, 2013, p.3) permitindo que o "saber experienciado e construído, sustente cautelosamente o futuro e o seu entendimento" (Pereira-Mendes, 2013, p.3).

Refletir sobre os cuidados e as intervenções permite não só colmatar lacunas existentes entre a teoria e a prática como ampliar os conhecimentos de Enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016). Obriga o Enfermeiro a refletir sobre o sentido do que faz e como faz (Peixoto & Peixoto, 2016) e é "um suporte importante, na aprendizagem, para lidar com as situações mais difíceis que emergem na prática de cuidados" (Wilkin e Slevin, 2004, citado por Pereira-Mendes, 2016, p. 15).

A análise reflexiva assume-se então como uma ferramenta indispensável para a aquisição de novos conhecimentos e para a melhoria dos cuidados.

REFLEXÃO

A reflexão realizada tem como objetivo refletir acerca da utilização por parte da equipa de Enfermagem do serviço de urgência pediátrica de medidas não-farmacológicas para a realização de procedimentos invasivos às crianças em contexto de sala de tratamentos. Pretende-se também com esta reflexão analisar qual a relação entre o custo, o benefício e o impacto na criança da utilização ou não das mesmas aquando da realização dos procedimentos invasivos.

O serviço de urgência pediátrica é um local assustador para as crianças, sendo considerado pelas mesmas uma das piores experiências hospitalares traumáticas da sua vida, e onde a criança se encontra exposta a um ambiente estranho, assustador e a experiências que podem provocar medo ou causar dor (Hockenberry & Wilson, 2014; Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016). "Nos cuidados de enfermagem em contexto de urgência são frequentes os procedimentos associados ao desconforto e à dor" (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016, p.36) e é onde os enfermeiros se confrontam diariamente com a experiência de medo das crianças (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016). Apesar disso os enfermeiros "procuram desenvolver interações que transformem a situação de doença e hospitalização numa experiência positiva" (Fernandes, 2012, citado por Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016, p.29).

Em Enfermagem Pediátrica, para além da parceria de cuidados, preconiza-se também a realização de cuidados atraumáticos de Enfermagem. Estes podem definir-se como a "provisão de cuidados terapêuticos em contextos, por profissionais, e pelo uso de intervenções que eliminem ou minimizem o sofrimento psicológico e físico sentido pelas crianças e as suas famílias no sistema de saúde" (Hockenberry & Wilson, 2011, p.12), sendo que o cuidado terapêutico "abrange prevenção, diagnóstico, tratamento ou medidas paliativas para os problemas crônicos ou agudos" (Hockenberry & Wilson, 2011, p.12). Assim o Enfermeiro deve evitar ou minimizar a separação da criança da família, promover uma sensação de controle e evitar ou minimizar lesões e dores (Hockenberry & Wilson, Wong, 2011) de forma a prestar os seus cuidados de forma atraumática.

Tal como referido anteriormente "o medo, a ansiedade e a dor associados a procedimentos técnicos constituem um dos principais focos de atenção da enfermagem de saúde da criança e do jovem, e sua família" (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida; 2016, p. 29) e devem ser tidos em conta aquando da realização de intervenções de Enfermagem.

Ao longo do dia, na sala de tratamentos da urgência pediátrica são realizados diversos procedimentos invasivos às crianças que recorrem ao serviço de urgência pediátrica. Muitas

vezes o volume de trabalho que o Enfermeiro tem quando está na sala de tratamentos é muito elevado, sendo que ele é apenas um, juntamente com um auxiliar de ação médica, para dar resposta a todos os pedidos dos diversos médicos. Por seu turno, em média, na sala de tratamentos, o Enfermeiro chega a realizar mais de 100 procedimentos invasivos, ou seja, nem sempre o mesmo tem disponibilidade de tempo para poder utilizar medidas não-farmacológicas para realizar estes procedimentos, e também não dispõe de um segundo elemento de Enfermagem para colaborar com ele. Portanto poucas opções lhe restam para além de solicitar apoio do auxiliar para conter a criança de forma a realizar o procedimento no mínimo tempo possível. No entanto é importante referir que é sempre feita uma explicação prévia aos pais e/ou criança acerca do procedimento que o Enfermeiro vai realizar, e sempre que possível solicita-se a colaboração da criança.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013) as intervenções não farmacológicas são um importante recurso para "o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas" (OE, 2013, p.17) e que "a sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas" (OE, 2013, p.17). Existem diversas intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor na criança, mas a "sua escolha depende dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de coping, do tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), do contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico) e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva)" (Batalha, 2010, Linhares e Doca, 2010, Chen, Joseph e Zeltzer, 2000, citados por OE, 2013, p.17), sendo que acrescentaria que também depende da disponibilidade de tempo existente.

Em contexto de urgência o tempo é muito importante, e quando se trabalha num serviço de urgência que recebe diariamente cerca de 164 crianças, é importante despender o mínimo tempo necessário na realização de intervenções pois nunca se sabe se a criança que vem a seguir está pior do que a que está à nossa frente. De acordo com Hockenberry & Wilson (2014) existe uma tendência para as equipas pouparem tempo em contexto de urgência devido à agitação que se vive nestes serviços, e como tal os enfermeiros devem focar as suas intervenções em necessidades essenciais e posteriormente, quando a criança estiver mais estável despender mais tempo com ela (Hockenberry & Wilson, 2014).

Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeirda (2016, p.30) referem que é "necessário algum tempo de investimento na interação, antecipadamente, para permitir às crianças que colaborem no procedimento e nos que se seguem, reduzindo tempo posteriormente na

tentativa de as acalmar, e minimizando o seu sofrimento", mas será que o Enfermeiro em contexto de urgência dispõe desse tempo? Penso que não. Apesar de reconhecer e defender a importância da utilização das medidas não farmacológicas, durante a realização de procedimentos invasivos, e de as utilizar no contexto da minha prática profissional, reconheço que em contexto de urgência é muito difícil utilizá-las.

A maioria das crianças que recorre ao serviço de urgência apresentam-se logo na triagem assustadas, pois, tal como a literatura refere, a urgência é um local assustador para a criança, criando medos e ansiedade na mesma que dificilmente poderemos eliminar. Após a triagem a mesma é observada pelo médico, ou seja, é mais um momento stressante para a criança. Depois da observação médica ela é encaminhada para a sala de tratamentos para colheita de análises de sangue, colheita exsudado faríngeo, colheita de urina, realização de aerossóis, entre outros. Portanto a criança quando chega a este ponto vem ainda mais assustada e receosa do que quando entrou e, portanto, encontra-se renitente a colaborar com o Enfermeiro. Mesmo após a explicação do procedimento por parte do Enfermeiro esta mantém-se receosa, demonstrando indisponibilidade para colaborar.

Portanto o Enfermeiro pode seguir por um de dois caminhos. Ou despende (muito) tempo a falar com a criança acerca do que vai fazer e tenta utilizar técnicas de distração, correndo o risco de a criança nunca colaborar e de ele em vez de realizar o procedimento à primeira tentativa conseguir apenas à quarta ou quinta tentativa (ou não conseguir de todo) ou então explica o procedimento à criança (e aos pais), solicita a sua colaboração e caso a criança recuse colaborar este acaba por contê-lo (com consentimento dos pais) e realizar o procedimento (na maioria das vezes) na primeira tentativa.

Apesar de à primeira vista parecer que a contenção da criança é algo agressivo, considero que é menos agressivo do que submeter a criança a diversas tentativas de realização do procedimento, o que só aumentará a ansiedade, o medo e o stress. Acima de tudo penso que o importante é saber analisar cada situação porque nem todas as crianças são iguais e os recursos (humanos) existentes são escassos, portanto é preciso saber avaliar os prós e contras de fazer de uma maneira ou de outra, mas sem nunca perder de vista o bem-estar da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais se torna importante refletir sobre a prática e sobre as situações vivenciadas pois é uma forma de subsidiar a construção do pensamento em Enfermagem (Pereira-Mendes, 2016). Através da reflexão o Enfermeiro tem a oportunidade de "perceber e criticar os conhecimentos tácitos que se formaram em torno das experiências repetitivas de uma prática especializada, e pode atribuir um novo significado às situações de incerteza ou singularidade que a prática permitiu experienciar" (Schön, 1983, citado por Peixoto & Peixoto, 2016, p. 122).

A prática reflexiva na Enfermagem assume uma grande "importância ao nível da aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho dos enfermeiros" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.121) constituindo-se uma "premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.131).

Considero que esta reflexão foi muito benéfica e útil para o meu percurso enquanto futura enfermeira especialista, pois permitiu-me refletir acerca dos cuidados que prestamos e compreender que, na minha prática profissional, posso considerar-me privilegiada por dispor de recursos que me permitem realizar procedimentos invasivos sem dor.

Apesar de já se fazer muito no campo da dor em pediatria, ainda existe um longo caminho a percorrer e cabe a cada Enfermeiro desenvolver atitudes que contribuam para o avanço nesta caminhada, rumo à excelência dos cuidados.

Sinto que o facto de ter vivenciado esta experiência e de ter tido oportunidade de refletir sobre a mesma me deu o ensejo de adquirir novos conhecimentos e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mas também me fez crescer enquanto enfermeira e deu-me várias ferramentas que me irão ser úteis não só no futuro, mas também no presente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Criançlas em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. Pensar Enfermagem, 20(2), 26-47. Obtido em 05 de novembro de 2018, de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição (9ª ed., Vol. II). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexica em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 4(11), 121-132. doi:http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construçao do pensamento em Enfermagem. Revista Electrónica Educare, 20(1), 1-23. doi:http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de Boa Prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Obtido em 19 de setembro de 2017, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

APÊNDICE XXII

Relatório Sessão de Formação:

"Promoção da Autoestima em Mães de Recém-Nascidos Prematuros Internados na Unidade de Neonatologia"

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório Sessão de Formação "Promoção da Autoestima em Mães de Recém-Nascidos Prematuros Internados na Unidade de Neonatologia"

Unidade Curricular:

Estágio Final e Relatório

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, dezembro de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 3
1 – DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 4
1.1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 4
1.2 – DIAPOSITIVOS A APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO 17
2 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO 29
CONSIDERAÇÕES FINAIS 34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 36
APÊNDICES 40
APÊNDICE I Documento Informativo do Horário da Sessão de Formação 41
APÊNDICE II Plano de Sessão da Formação 43
APÊNDICE III Questionário de Avaliação da Atividade - Formandos 47
APÊNDICE IV Questionário de Avaliação da Atividade - Formador 49

INTRODUÇÃO

A autoestima materna é um fator importante para o desenvolvimento da relação mãe-bebé e da vinculação. A relação mãe-bebé, particularmente a capacidade da mãe em interagir e cuidar do seu filho, é vista como central para o desenvolvimento da autoestima e da confiança materna (McGrath & Meyer, 1992). A autoestima materna é um fator decisivo para a mulher conseguir ultrapassar os desafios da maternidade (Lourenço, 2013).

A fragilidade na autoestima é um dos sentimentos predominantes mais relatados pelas mães de recém-nascidos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015). As mães de recém-nascidos prematuros apresentam uma autoestima mais baixa em relação às mães de recém-nascidos de termo (McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001). As mães sentem dificuldade em "sentirem-se compreendidas na singularidade das suas experiências e nas particularidades de suas realidades. Sentem que o real esforço que fazem e seu envolvimento com a situação do filho não são reconhecidos" (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015, p. 231).

Com base na análise documental realizada no início do estágio e de acordo com o resultado da entrevista realizada à enfermeira chefe e à enfermeira orientadora, foi levantada como problemática de intervenção as alterações na autoestima das mães de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatologia. Assim, considerou-se pertinente a realização de atividades que permitissem dotar a equipa de Enfermagem de conhecimentos acerca da temática. Definiu-se como objetivo "Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da promoção da autoestima das mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia" e selecionou-se como atividades que permitissem cumprir o objetivo:

- Realização de uma sessão de formação em serviço à equipa de Enfermagem da Unidade de Neonatologia acerca da promoção da autoestima em mães de RN prematuros internados na Unidade de Neonatologia (sinais de baixa autoestima, escalas de avaliação da autoestima das mães, diagnósticos e intervenções de Enfermagem CIPE relacionados com a baixa autoestima das mães).

As atividades realizadas e a avaliação das mesmas encontram-se descritas nos capítulos seguintes.

1 – DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A sessão de formação sobre a promoção da autoestima em mães de recém-nascidos prematuros foi elaborada de acordo com a informação obtida a partir da revisão de literatura sobre a temática, tendo sido selecionada a informação mais pertinente e adequada aos objetivos da atividade, definidos no projeto individual.

A data e horário da sessão de formação foram previamente acordados com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe, tendo sido afixada a informação na sala de cuidados intensivos neonatais e na sala de cuidados intermédios neonatais (APÊNDICE I).

Os conteúdos da formação foram revistos pela enfermeira orientadora, antes da apresentação à equipa de Enfermagem, tendo sido feitas algumas alterações de acordo com as sugestões da enfermeira orientadora. Foi também elaborado o plano de sessão da formação (APÊNDICE II).

No final de cada sessão foi realizada uma avaliação da mesma por parte dos formandos (APÊNDICE III) e do formador (APÊNDICE IV).

De seguida apresenta-se o resumo da revisão de literatura realizada e os diapositivos da apresentação da sessão de formação.

1.1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A autoestima faz parte do autoconceito, juntamente com a imagem corporal e a identidade pessoal (Townsend, 2011). Define-se como "Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva" (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 42) ou como "Grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem à suas capacidades e julgamentos" (Townsend, 2011, p. 250). Pode ser influenciada por fatores focais ("preocupação imediata que está a causar a ameaça à auto-estima e o estímulo que está a gerar o comportamento actual" (Townsend, 2011, p. 253)), por fatores Contextuais ("estímulos presentes no ambiente da pessoa que contribuem para o comportamento que está a ser causado pelo estímulo focal" (Townsend, 2011, p. 253)) e por fatores Residuais ("factores que podem influenciar o comportamento mal-adaptativo de um indivíduo em resposta a estímulos ficais e contextuais" (Townsend, 2011, p. 253)).

A autoestima materna define-se como o valor que uma mulher atribui à avaliação refletida de si mesma como mãe, é a identificação pela mulher do seu papel maternal que por sua vez é refletido na relação mãe/criança. A relação mãe-bebé, particularmente a capacidade da mãe em interagir e cuidar do seu filho, é vista como central para o desenvolvimento da autoestima e da confiança materna (McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

A autoestima materna é uma componente essencial da maternidade, é mediadora dos efeitos de diversos fatores biopsicossociais que influenciam a obtenção do papel materno e envolve componentes cognitivos e afetivos da perceção maternal (McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

A autoestima materna é também um fator decisivo para a mulher conseguir ultrapassar os desafios da maternidade, sendo que quanto melhor o seu estado emocional, maior a probabilidade de ultrapassar os obstáculos com sucesso (Lourenço, 2013).

A autoestima materna tem influência no autoconceito geral, sendo que uma autoavaliação positiva no domínio específico da maternidade contribui para um nível de autoestima geral mais positivo (McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

Tal como referido inicialmente, o sentimento de autoestima das mulheres como mães reflete-se no relacionamento mãe-bebé, portanto uma experiência positiva de autoafirmação do nascimento para a mãe aumenta o seu sentimento de autoestima e como tal o seu autoconceito como mulher e mãe (McGrath & Meyer, 1992).

A autoestima materna é estimulada quando a mãe percebe que é a melhor mãe possível para o seu filho e atribui valor ao seu papel de mãe (McGrath & Meyer, 1992). "Sentir-se confiante e segura no papel de mãe, sendo capaz de realizá-lo com prazer e sucesso, afetará (…) a sua autoestima e bem-estar emocional" (Felice, 2006, citado por Lourenço, 2013, p.20-21).

A autoestima materna é afetada por fatores maternos e infantis (estado de saúde da criança, perceção materna do estado de saúde infantil, comportamento do recém-nascido e variáveis sociais e demográficas), pelo apoio familiar e pelas respostas e comportamentos dos profissionais de saúde (McGrath, Boukydis, & Lester, 1993).

A capacidade que o bebé tem em manter a estabilidade fisiológica, demonstrar

organização comportamental, ser consolado e se autorregular também influencia a autoestima materna da mãe (McGrath, Boukydis, & Lester, 1993).

As mães de recém-nascidos prematuros apresentam uma autoestima materna significativamente menor do que as mães de recém-nascidos de termo, podendo apresentar distúrbios emocionais e dificuldades de ajustamento. As mães dos recém-nascidos prematuros não se sentem psicologicamente preparadas para o seu papel parental (McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001).

Por outro lado, os recém-nascidos prematuros não apresentam as mesmas competências sociais que os bebés de termo (previsibilidade de comportamento, responsividade social e legibilidade de pistas). Eles tendem a ser irritáveis, imprevisíveis, não são facilmente acalmados e são indiferentes, e isso causa nos pais dificuldade em compreender o seu comportamento e influencia a autoestima materna (McGrath, Boukydis, & Lester, 1993).

A fragilidade na autoestima é um dos sentimentos predominantes relatados pelas mães de recém-nascidos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais. (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015). As mães sentem dificuldade em "sentirem-se compreendidas na singularidade das suas experiências e nas particularidades de suas realidades. Sentem que o real esforço que fazem e seu envolvimento com a situação do filho não são reconhecidos" (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015, p. 231).

A possibilidade de ter um parto prematuro e de ter o seu filho internado na UCIN gera na mãe uma sobreposição de perdas e de sentimentos:

- Sensação de fracasso no desempenho do papel materno (perda de sonho da maternidade);

- Perspetiva de não ter o filho (medo que não sobreviva);

- Perda do filho idealizado e a impossibilidade de estar com ele em casa;

- Sentimento de impotência (por não ter concebido um bebé "normal" e por sentir que o parto prematuro foi provocado por si, por falta de cuidado/ignorância);

- Sentimento de culpa (Chen & Conrad, 2001; Cho, et al., 2016; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

As mães podem apresentar sentimentos confusos e ambivalentes, tais como sentimentos de culpa, ansiedade, medo, depressão e raiva, que decorrem da privação da mãe em poder cuidar do seu filho durante o internamento. O facto de as mães não participarem no processo de prestação de cuidados ao filho fá-las sentirem-se impotentes, deprimidas e ansiosas, alterando o seu papel parental (Perlin, Oliveira, & Gomes, 2011;

Parhiz, Birjandi, Khazaie, & Sharifzadeh, 2016). Estes sentimentos desencadeiam nas mães aumentos dos níveis de ansiedade, desequilíbrios emocionais e alterações na autoestima (Chen & Conrad, 2001; Perlin, Oliveira, & Gomes, 2011; Cho, et al., 2016; Parhiz, Birjandi, Khazaie, & Sharifzadeh, 2016; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

Portanto, os recém-nascidos que necessitam de internamento representam ameaças potenciais ao desenvolvimento da autoestima materna. A incerteza em torno da sobrevivência da criança, interrupções da rotina familiar, incapacidade de cuidar do recém-nascido frágil e a ambivalência envolvendo o investimento emocional na criança convergem para tornar este um momento stressante para os pais (McGrath & Meyer, 1992).

O nascimento de um filho prematuro tem um grande impacto na autoestima da mãe, nas suas capacidades maternais e no papel feminino. É concebido como uma perda de uma parte do corpo, um insulto à sua integridade corporal e um sinal de inferioridade. O nascimento e a hospitalização do recém-nascido prematuro, com o consequente stresse e rutura da oportunidade de cuidar, podem alterar o valor que uma mulher atribui a si mesma como mãe (McGrath & Meyer, 1992; Chen & Conrad, 2001).

Para as mães o internamento do seu filho na UCIN equivale à perda do filho idealizado e da impossibilidade de estar com ele, gerando nela sentimentos de inutilidade, fracasso, inferioridade, angústia, fragilidade, insegurança e medos (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). "A mãe vivencia momentos de dor e de grandes conflitos, visto que, durante a gestação, provavelmente, imaginava que teria um bebê saudável. O nascimento de um bebê enfermo desfaz esse sonho e traz desapontamentos, sentimento de incapacidade, culpa e medo da perda" (Baldissarella & Dell'Aglio, 2009, citados por Cartaxo, et al., 2014, p. 552).

Na Unidade de cuidados intensivos (UCIN) as mães sentem-se privadas da sua função materna, apresentando dificuldades em reconhecer-se como mães e em aceitar e reconhecer o seu filho (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). "Na UCIN sentem-se expectadoras do cuidado ao filho, vivenciam uma fase de observar para compreender, depois questionam e acabam por se conformar com a justificativa de ser algo próprio daquele ambiente. Isto contribui para o não reconhecimento de si e tem implicações negativas na sua autoestima" (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015, p. 232). Na UCIN, as mães mostraram-se permissivas às ordens dos profissionais "apesar de intimamente tentarem buscar formas de se manifestar como mãe" (p.232), o que tem

impacto na sua autorrealização, autoconfiança e autoestima (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015).

Para as mães, o internamento na UCIN faz com que sintam que perderam o seu papel maternal. Apresentam dificuldade em reconhecer-se como mães e muitas vezes de reconhecer seu bebé, pois há uma equipa que se apropria dos cuidados que deveriam ser dela, e a falta de oportunidade para a mãe interagir afetivamente com seu filho hospitalizado pode levar a alterações na vinculação e ocasionar desordens no relacionamento futuro de ambos (Cartaxo, et al., 2014).

A hospitalização prolongada do recém-nascido prematuro leva ao contato limitado com os pais e à dificuldade de se relacionar com as mães, podendo produzir atraso no desenvolvimento, distúrbios do desenvolvimento e distúrbios de personalidade, bem como interromper o vínculo natural mãe-filho (Cho, et al., 2016). Face a essa delicada fase enfrentada pelas mães e família, o estabelecimento do vínculo afetivo com o bebé pode estar comprometido, podendo originar alterações no relacionamento entre ambos. A falta de oportunidade para a mãe interagir afetivamente com o seu filho internado pode desencadear problemas na vinculação e ocasionar alterações no relacionamento futuro de ambos (Cartaxo, et al., 2014; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

A vinculação define-se como o vínculo emocional que a criança desenvolve com os seus pais (ou cuidadores) (Medina et al., 2018). Desenvolve-se desde a vida intrauterina sendo fundamental o contato entre mãe e filho nos momentos iniciais após o nascimento (Cartaxo, et al., 2014). O vínculo entre mãe e filho inicia-se entre o segundo e o terceiro trimestre da gravidez, estende-se ao período pós-parto e neonatal e contribui para o desenvolvimento físico, psicológico e emocional de recém-nascidos prematuros (Medina, et al., 2018). Após o nascimento prematuro, a separação do recém-nascido e dos pais e o ambiente altamente tecnológico da UCIN influenciam a vinculação, logo a UCIN tem um efeito negativo no processo de vinculação entre a mãe e o recém-nascido (Chen & Conrad, 2001; Hopwood, 2010).

A autoestima materna desempenha um papel relevante no processo de interação da mãe com o bebé, quanto mais a mãe tiver uma boa imagem de si mesma, melhor cuidará do seu filho (Bayle, 2006, citado por Lourenço, 2013).

A autoestima materna está positivamente relacionada com uma vinculação positiva. O nível de autoestima materna é um importante preditor das competências maternas e de alta qualidade na interação mãe-bebé sendo um fator fundamental para o desenvolvimento do vínculo materno ao bebé. As mães que têm um nível de autoestima

mais elevado, apresentam uma vinculação positiva ao bebé e a baixa autoestima inibe a formação do vínculo materno (Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013).

Um vínculo adequado é a base para relacionamentos saudáveis entre pais e filhos e a base para a saúde mental dos recém-nascidos prematuros (Steyn, Poggenpoel, & Myburgh, 2017). A experiência de conhecimento do filho, e de autoconhecimento do papel materno, é extremamente importante para formação do vínculo mãe-filho (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

O sentimento de segurança, associado ao acolhimento adequado, fortalece a formação do vínculo criança-equipa-família, propiciando uma permanência maior do familiar no acompanhamento do recém-nascido dentro da unidade. A mãe passa a identificar-se mais com o ambiente, a conhecer a dinâmica da UCIN, as rotinas dos profissionais que prestam a assistência, as diversas pessoas que lá convivem (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

A vinculação pode ser promovida através do toque positivo e de competências comunicacionais. As evidências sugerem que o toque positivo, na forma de contato pele a pele, e o uso de comunicação terapêutica, por meio do qual o Enfermeiro permite a formação de um relacionamento simétrico com os pais e um fluxo consistente de informações precisas, podem contribuir para o desenvolvimento da vinculação. Com o apoio e a educação adequados, os enfermeiros podem desempenhar um papel no fortalecimento efetivo do vínculo entre os pais e recém-nascido, contribuindo para o bem-estar da criança (Hopwood, 2010).

O Método Canguru também está relacionado com a autoestima materna. No recém-nascido prematuro, o Método Canguru demonstrou promover a regulação térmica, diminuir o risco de mortalidade infantil e infeções, mas também aumentar a confiança materna e melhorar o sucesso da amamentação e da vinculação. Portanto o Método Canguru tem efeitos na autoestima materna, promovendo níveis elevados da mesma (Lee & Kyung-Sook, 2011; Tamez, 2013).

As mães que fazem canguru relatam maior confiança, autoestima, sentimento de satisfação, sentido de fortalecimento, confiança e um sentimento de que podem fazer algo positivo pelos seus bebés prematuros. Os pais também disseram que se sentiam relaxados, confortáveis e contentes enquanto prestavam e realizavam canguru com os seus filhos (Organização Mundial de Saúde & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2003).

Existe uma redução significativa do stress materno, que se poderá dever ao tempo

de contacto direto gasto pelas mães com os seus bebés, a adaptação ao ambiente da UCIN e um acompanhamento mais próximo das mães e dos seus bebés durante o canguru (Cho, et al., 2016).

O Método Canguru capacita as mães e aumenta a sua confiança para prestarem cuidados ao filho prematuro, aumentando o sentimento de controlo e de competência para prestar cuidados (Organização Mundial de Saúde & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2003; Tamez, 2013). Deve ser incentivado o mais rápido possível após o nascimento, porque melhora o vínculo e faz com que as mães se sintam mais competentes (Chen e Conrad, 2001; Organização Mundial de Saúde & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2003).

Como referido anteriormente a autoestima materna assume uma grande importância no processo de transição para a maternidade, devendo constituir-se como um fator a considerar e a promover pelos profissionais de saúde (Lourenço, 2013). A autoestima materna é aumentada quando a mãe atribui um valor afetivo ao seu papel materno e acredita que ela é a melhor mãe possível para seu bebé. Assim é importante que a mãe ganhe confiança e competência no seu papel materno (McGrath, Boukydis, & Lester, 1993).

Para promover a autoestima os profissionais de saúde devem ter atitudes positivas, privilegiar a aproximação e a participação nos cuidados ao recém-nascido. Desta forma contribuirão para a consolidação dos laços afetivos, "tão importantes para a superação dos obstáculos enfrentados pela díade criança e família no contexto da hospitalização neonatal" (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017, p.4).

Também a vivência diária com o recém-nascido prematuro é "fundamental para o desenvolvimento da autoconfiança e a reestruturação do papel materno" (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017, p.6). Os sentimentos maternos em relação a um recém-nascido prematuro podem ser atenuados/reforçados com a oportunidade de a mãe participar, de alguma forma, nos cuidados ao filho (Cartaxo, et al., 2014).

A abordagem e acolhimento da família é de grande importância para a efetivação da aproximação e participação no cuidado, devendo ser valorizada nos primeiros encontros com o recém-nascido internado. O primeiro contato físico entre mãe e filho tem grande importância no processo de construção dos laços de afetividade que atenuam os receios até então experimentados, conferindo segurança à mãe, que passa a sentir-se capaz de poder exercer o cuidado materno (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). Ao cuidar do filho, "a mãe passa a sentir-se útil e confiante acerca dos seus cuidados para

com o bebê. Esses momentos de interação fazem com que a mãe sinta-se recompensada" (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017, p.6).

É importante envolver a mãe no processo de ensino-aprendizagem como sujeito ativo do processo educativo (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). "O processo de participação do profissional deve acompanhar a evolução dessa autonomia materna, primeiramente demonstrando e orientando, depois, auxiliando a mãe no cuidado, e por fim, supervisionando a realização do procedimento, sempre de modo disponível e acolhedor. (…) As práticas sucessivas e a inserção gradativa das mães no cuidado tornam os procedimentos cada vez mais fáceis de serem realizados e, consequentemente, mais prazerosos. O sentimento de segurança faz com que as mães se vejam mais competentes no exercício de sua função de cuidadoras dos próprios filhos" (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017, p.6). Aos estabelecerem um relacionamento positivo com os seus filhos, as mães melhoram as suas habilidades para cuidar deles. Este tipo de interação permite que as mães recuperem a sua autoestima e a sua capacidade de responder aos seus filhos como um cuidador "especialista" (Ionio, et al., 2013). A atenção precisa ser dada não apenas às habilidades de cuidar, mas também à avaliação da mãe de si mesma como mãe (Chen & Conrad, 2001).

As intervenções da UCIN devem então ser voltadas para o restabelecimento da autoestima materna, reduzindo o stresse materno e a depressão, e incentivando as interações com o recém-nascido como parte integrante do cuidado necessário o recém-nascido prematuro (Guillaume, et al., 2013). As intervenções devem ser planeadas com o intuito de estimular o vínculo entre mãe e filho, favorecer a adaptação dos pais à UCIN, incentivar o contato físico e o cuidado precoce e implementar grupos e redes de apoio aos pais e familiares, com a cooperação da equipa multidisciplinar (Cartaxo, et al., 2014).

Os enfermeiros nestas unidades desempenham um papel fundamental na facilitação do início de interações positivas mãe-filho (Guillaume, et al., 2013). É necessário que os profissionais desenvolvam uma interação efetiva, compreendam a vivência dos pais nesta fase da vida, possam oferecer espaço para que expressem os seus sentimentos e ofereçam elementos concretos e facilitadores, para que ocorram transformações que os possibilite superar barreiras e se movimentarem em direção à aproximação e interação com o seu filho (Cartaxo, et al., 2014).

McGrath e & Meyer (1992) recomendam aos profissionais de saúde algumas práticas que têm como objetivo promover a autoestima de mães de recém-nascidos prematuros. Estas recomendações passam pela compreensão alargada do papel materno;

promoção de um clima de não-julgamento, no qual os profissionais confiam nas mães, é propício para promover a autoestima materna; oferecer às mães oportunidades para consolidar a sua história de nascimento e experiências de hospitalização (conversa informal ou grupos de apoio de pais); abster-se de "fazer pela" mãe, pois pode diminuir o seu sentido de competência em desenvolvimento (podem intimidar ou inibir as mães com as suas habilidades e grau de proficiência); criar um ambiente propício à aprendizagem (não avaliativo, não apressado, solidário) incentivando as mães a dedicarem o seu tempo e a individualizar as oportunidades de aprendizagem; fornecer às mães visitas ilimitadas, incluindo a oportunidade de privacidade e sossego, e incluir a família; promover fóruns regulares para troca de informações entre mães e equipa de saúde, evitando os relatos unidirecionais de informações de enfermeiros para pais; proporcionar às mães o acesso a uma variedade de recursos para aprender sobre cuidados gerais e cuidados parentais de um bebé prematuro, e de consolidar o que aprendeu (livros, biblioteca de recursos, vídeos, planos de cuidados individualizados, grupos de pais, sites); proporcionar às mães oportunidades para participar nos cuidados (posicionamento, banho, segurar, alimentação); facilitar oportunidades para as mães entrarem em contato com outros pais de bebés prematuros; reconhecer os sucessos e habilidades das mães em cuidar e interagir com seus bebés, como forma de estimular o seu sentido de orgulho e enfatizar a sua prontidão para cuidar do bebé; incentivar as mães a compartilhar as suas perceções e experiências com seus bebés; recordar às mães que elas têm coisas especiais para oferecer aos seus bebés que não podem ser fornecidas pela equipa (toque, voz, leite materno), especialmente quando as mães não podem prestar assistência direta; proporcionar às mães oportunidades de aprender sobre o comportamento e o desenvolvimento dos bebés prematuros; ensinar as mães a conhecerem os seus filhos e a aprenderem sobre as capacidades dos seus filhos, os seus sinais comportamentais, a sua consolabilidade e as suas preferências; e incentivar as mães a observar e interpretar o comportamento dos bebés, e a modificar/adequar a sua interação (McGrath & Meyer, 1992).

Desta forma estaremos a contribuir para a melhoria da autoestima e facilitação do internamento na UCIN.

Foram também incluídas na formação algumas escalas de avaliação da autoestima, da vinculação e avaliação parental (stress, necessidades e competência parental) por se considerar que seria de grande utilidade para a equipa de Enfermagem uma vez que poderão contribuir para a adequação das intervenções de Enfermagem promotoras da autoestima materna.

Escala	**Objetivo**	
Escala de Autoestima de Rosenberg (Santos, 2008; (Santos & Maia, 2003; Romano, Negreiros, & Martins, 2007) *Rosenberg Self-esteem scale* (Rosenberg, 1965)	Avaliar a autoestima global	Constituída por 10 itens (conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo) 5 de orientação positiva e 5 de orientação negativa. Inicialmente construída como uma escala de Guttman, mas na maioria das vezes os investigadores optam por um formato de Likert, com 4 alternativas de resposta medida
Escala Bonding (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, 2005) *Maternal Baby Bonding Questionnaire* (Taylor, et al, in press)	Avaliar a qualidade do envolvimento emocional dos pais com o bebé	Escala de 12 itens de autorrelato, com resposta numa escala de tipo "Likert" de 4 pontos. Duração média de administração: 4minutos É uma escala bem aceite pelos pais, de administração rápida e fácil
Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento (Nazaré, Fonseca, &	Avaliar a existência de perturbações na relação que mães e pais estabelecem com o seu	Instrumento de autorresposta composto por 12 itens (original composto por 25 itens) e com uma escala de resposta de seis

Canavarro, 2012) *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ) (Brockington, Oates, George, Turner, Vostanis, Sullivan, & Murdoch, 2001)	bebé.	pontos (de 0 – Nunca a 5 – Sempre) Duração média de administração: 5 minutos
Escala De Stress Parental: Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais (Santos, 2014) *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (Miles, Funk e Carlson, 1993)	Avaliar o stress vivenciado pelos pais de recém-nascidos internados em unidades neonatais	Escala de classificação de 5 pontos, que varia do "nada stressante" ao "extremamente stressante". Desenvolvida para estudar as perceções parentais acerca do stress associado ao internamento, nomeadamente no que diz respeito ao ambiente físico e psicossocial, comportamento e aparência do RN, relação com os profissionais e alteração do papel parental
Inventário de Necessidades da Família na UCIN (Alves, Severo, Amorim, Grande, & Silva, 2016) *NICU Family Needs Inventory* (Ward, 2001)	Avaliar as necessidades de mães e pais durante o internamento do neonato na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	Escala de autorrelato de 22 itens divididos em duas subescalas, uma sobre as necessidades dos pais e a outra a necessidades do bebé. (Escala original: A escala original tinha 56 declarações de necessidades destinadas a mensurar a importância atribuída às necessidades da família por mães e pais no ambiente de UCIN, dividida em cinco subescalas:

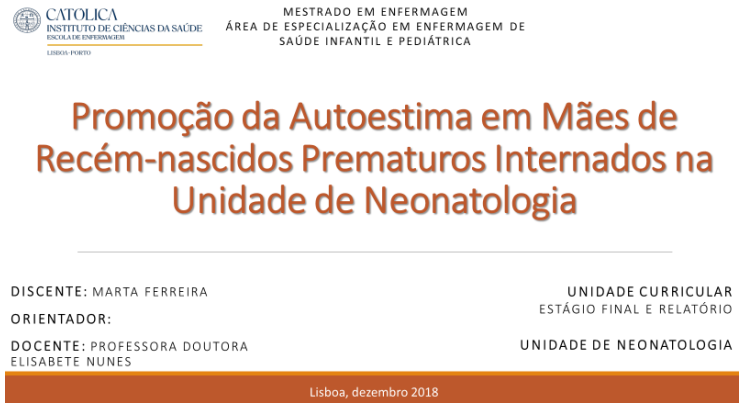
		apoio, informação, conforto, confiança e proximidade)
Questionário de Competência Parental (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2011) *Maternal Confidence Questionnaire* (Badr & Further, 2005)	Avaliar a confiança dos progenitores relativamente às suas próprias competências como cuidadores de um bebé, bem como a sua capacidade para reconhecer as necessidades do bebé	Questionário composto por 13 itens com uma escala de resposta do tipo Likert de 5 pontos (de 1 - Nunca a 5 - Sempre). Dimensões avaliadas: - Conhecimento acerca do bebé - Prestação de cuidados ao bebé - Avaliação da experiência de parentalidade Instrumento útil na avaliação de mães e pais de bebés nos primeiros meses de vida, possibilitando a sinalização de situações de risco acrescido ao nível destas díades
Inventário de Percepção Neonatal (Moreira, et al., 2009) *Neonatal Perception Inventory* (Broussard, 1963)	Avaliar a perceção que a mãe tem do comportamento do seu bebé, por comparação com a maioria dos bebés ou do bebé típico	Questionário de autorresposta que explora seis dimensões comportamentais típicas dos bebés (choro, alimentação, vómitos, sono, funcionamento dos intestinos/sistema digestivo e rotinas/ritmos de alimentação e sono), em dois momentos distintos do período de transição para a maternidade (o NPI-I é aplicado entre um a quatro dias após o parto; o NPI-II entre quatro a seis semanas após o parto) e que permite classificar como positiva

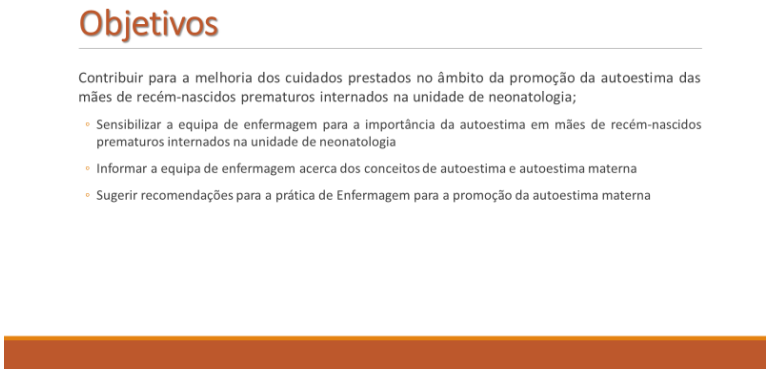
		ou negativa a perceção neonatal da mãe relativamente ao seu bebé. Cada item avalia uma dimensão comportamental distinta e as respostas são avaliadas a partir de uma escala de Likert de cinco pontos, que vai desde 1 (nada) a 5 (muito). Valores mais baixos representam os comportamentos mais desejáveis.
Escala da Mãe e do Bebé (Sereno, Maroco, Correia, & Leal, 2012) *The Mother and Baby Scales* (St. James-Roberts e Wolke, 1987)	Avaliar a confiança da mãe na prestação de cuidados ao bebé, nomeadamente, a emocionalidade negativa dos bebés e os seus comportamentos de alerta, assim como as perceções dos pais acerca da sua confiança na prestação de cuidados ao bebé	Escala constituída por 64 itens distribuídos por 8 subescalas As respostas aos itens são do tipo Likert e variam entre 0 (de maneira nenhuma) e 5 (muito/muitas vezes). A versão reduzida da MABS é constituída por 30 itens que definem 8 fatores de acordo com a proposta inicial O MABS foi desenhado como complemento da Escala de Avaliação Comportamental Neonatal (NBAS) Dividida em duas grandes áreas: "O seu bebé e os seus sentimentos" e "A alimentação do meu bebé" **Subescalas relativas ao recém-nascido:** Instabilidade/Irregularidade Irritável durante a alimentação

		Estado de alerta/Reatividade Estado de alerta durante a alimentação Facilidade **Subescalas relativas à confiança materna:** Falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé Falta de confiança para alimentar o bebé Confiança global

De acordo então com a revisão de literatura feita, foi elaborada a seguinte apresentação de powerpoint.

1.2 – DIAPOSITIVOS A APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO





Índice

Autoestima

Autoestima Materna

Autoestima Materna e a Prematuridade

Autoestima e Vinculação

Autoestima e o Método Canguru

Autoestima Materna: Escalas de Avaliação Autoestima

Autoestima Materna: Escalas de Avaliação Vinculação

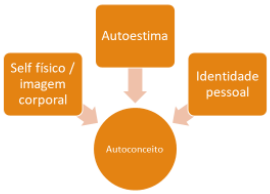
Autoestima Materna: Escalas de Avaliação Parentais

Autoestima Materna: Recomendações para a prática de Enfermagem

Autoestima

Autoestima:

- *Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva"* (CIPE, 2015, p. 42).
- *Grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem à suas capacidades e julgamentos* (Townsend, 2011, p. 250)



Autoestima

Pode ser influenciada por

- **Fatores focais:** *preocupação imediata que está a causar a ameaça à auto-estima e o estímulo que está a gerar o comportamento actual"* (Townsend, 2011, p. 253).
  - Qualquer experiência ou situação que faça o individuo questionar ou diminuir o seu valor próprio.
- **Fatores Contextuais:** *"estímulos presentes no ambiente da pessoa que contribuem para o comportamento que está a ser causado pelo estímulo focal"* (Townsend, 2011, p. 253)
  - Crises situacionais e a capacidade do indivíduo lidar com elas; o modo como um indivíduo lida com sentimentos de culpa, vergonha ou impotência; o grau de autoestima que um indivíduo tem, consciência e capacidade de um indivíduo lidar com sentimentos e de os exprimir, o sentimento atual de um indivíduo de esperança e conforto consigo próprio
- **Fatores Residuais:** *factores que podem influenciar o comportamento mal-adaptativo de um indivíduo em resposta a estímulos ficais e contextuais"* (Townsend, 2011, p. 253)
  - Idade e mecanismos de coping desenvolvidos, situações de stress experienciadas anteriormente e o modo como um individuo lidou com elas

Autoestima materna

Autoestima materna
- Valor que uma mulher atribui à avaliação refletida de si mesma como mãe
- Identificação pela mulher do seu papel maternal que por sua vez é refletido na relação mãe/criança

A autoestima materna é uma componente essencial da maternidade
- A maternidade tem um grande significado e valor afetivo para a mulher
- Ser mãe é um momento especial e muito esperado pela mulher

É mediadora dos efeitos de diversos fatores biopsicossociais que influenciam a obtenção do papel materno

Influencia o autoconceito geral → uma autoavaliação positiva no domínio específico da maternidade contribui para um nível de autoestima geral mais positivo

A autoestima materna envolve componentes cognitivos e afetivos da perceção maternal

A expectativa da mãe da sua eficácia é inicialmente derivada de níveis gerais de expectativas de competência, e será reforçada, mantida ou diminuída de acordo com a sua experiência com a criança

(McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017)

Autoestima materna

O sentimento de autoestima das mulheres como mães pode ser refletido no relacionamento mãe-bebé

- Uma experiência positiva de autoafirmação do nascimento para a mãe aumenta o seu sentimento de autoestima e como tal o seu autoconceito como mulher e mãe

A relação mãe-bebé, particularmente a capacidade da mãe em interagir e cuidar do seu filho, é vista como central para o desenvolvimento da autoestima e da confiança materna

A autoestima materna é estimulada quando a mãe percebe que é a melhor mãe possível para o seu filho e atribui valor ao seu papel de mãe

(McGrath & Meyer, 1992)

"Sentir-se confiante e segura no papel de mãe, sendo capaz de realizá-lo com prazer e sucesso, afetará (…) a sua autoestima e bem-estar emocional"

(Felice, 2006, citado por Lourenço, 2013, p.20-21)

Autoestima materna

A autoestima materna é um fator decisivo para a mulher conseguir ultrapassar os desafios da maternidade

- Quanto melhor o seu estado emocional, maior a probabilidade de ultrapassar os obstáculos com sucesso

(Lourenço, 2013)

A autoestima materna é afetada por fatores maternos e infantis:

- Estado de saúde da criança,
- Perceção materna do estado de saúde infantil,
- Comportamento do recém-nascido,
- Variáveis sociais e demográficas.

O apoio familiar está fortemente relacionado com a autoestima materna

A autoestima materna também pode ser afetada pelas respostas e comportamentos dos profissionais de saúde

(McGrath, Boukydis, & Lester, 1993)

Autoestima materna

Quanto maior a capacidade do bebé em manter a estabilidade fisiológica, demonstrar organização comportamental, ser consolado e se autorregular, maior é a autoestima materna.

- As mães entendem a instabilidade fisiológica do bebé como sendo o seu comportamento característico e não devido a eventos fisiológicos transitórios → As características do bebé, como a estabilidade fisiológica e a organização comportamental, percebidas pela mãe, podem desafiar ou sustentar o seu nível de autoestima

O comportamento infantil tem apenas efeitos indiretos no nível de autoestima da mãe

Três áreas de competência social em bebés contribuem para a interação com pais:

- Previsibilidade de comportamento
- Responsividade social
- Legibilidade de pistas

Os recém-nascidos prematuros geralmente não apresentam esses sinais de competência social. Pelo contrário, eles tendem a ser irritáveis, imprevisíveis, não são facilmente acalmados e são indiferentes

(McGrath, Boukydis, & Lester, 1993)

Autoestima materna e a prematuridade

As mães de recém-nascidos prematuros apresentam uma autoestima materna significativamente menor do que as mães de recém-nascidos de termo → As mães não se sentem psicologicamente preparadas para o seu papel parental

- Podem apresentar distúrbios emocionais e dificuldades de ajustamento

(McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001)

A fragilidade na autoestima é um dos sentimentos predominantes relatados pelas mães de recém-nascidos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais.

- As mães sentem dificuldade em "*sentirem-se compreendidas na singularidade das suas experiências e nas particularidades de suas realidades. Sentem que o real esforço que fazem e seu envolvimento com a situação do filho não são reconhecidos*"

(Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015, p. 231)

Os recém-nascidos que necessitam de internamento representam ameaças potenciais ao desenvolvimento da autoestima materna

A incerteza em torno da sobrevivência da criança, interrupções da rotina familiar, incapacidade de cuidar do recém-nascido frágil e a ambivalência envolvendo o investimento emocional na criança convergem para tornar este um momento stressante para os pais

(McGrath & Meyer, 1992)

Autoestima materna e a prematuridade

A possibilidade de ter um parto prematuro e de ter o seu filho internado na UCIN gera na mãe uma sobreposição de perdas e de sentimentos:

- Sensação de fracasso no desempenho do papel materno (perda de sonho da maternidade)
- Perspetiva de não ter o filho (medo que não sobreviva)
- Perda do filho idealizado e a impossibilidade de estar com ele em casa
- Sentimento de impotência (por não ter concebido um bebé "normal" e por sentir que o parto prematuro foi provocado por si por falta de cuidado/ignorância)
- Sentimento de culpa

(Chen & Conrad, 2001; Cho, et al., 2016; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017)

As mães podem apresentar sentimentos confusos e ambivalentes

- Sentimentos de culpa, ansiedade, medo, depressão e raiva, que decorrem da privação da mãe em poder cuidar do seu filho durante o internamento
- O facto de as mães não participarem no processo de prestação de cuidados ao filho fá-las sentirem-se impotentes, deprimidas e ansiosas, alterando o seu papel parental.

(Perlin, Oliveira, & Gomes, 2011; Parhiz, Birjandi, Khazaie, & Sharifzadeh, 2016)

Desequilíbrio emocional

Aumento níveis de ansiedade da mãe

Alterações na autoestima

Autoestima materna e a prematuridade

O nascimento de um filho prematuro tem um grande impacto na autoestima da mãe, nas suas capacidades maternais e no papel feminino

- É concebido como uma perda de uma parte do corpo, um insulto à sua integridade corporal e um sinal de inferioridade
- O nascimento e a hospitalização do recém-nascido prematuro, com o consequente stresse e rutura da oportunidade de cuidar, podem alterar o valor que uma mulher atribui a si mesma como mãe

(McGrath & Meyer, 1992; Chen & Conrad, 2001)

Para as mães o internamento do seu filho na UCIN equivale à perda do filho idealizado e da impossibilidade de estar com ele, gerando nela sentimentos de inutilidade, fracasso, inferioridade, angústia, fragilidade, insegurança e medos

(Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017)

"A mãe vivencia momentos de dor e de grandes conflitos, visto que, durante a gestação, provavelmente, imaginava que teria um bebê saudável. O nascimento de um bebê enfermo desfaz esse sonho e traz desapontamentos, sentimento de incapacidade, culpa e medo da perda"

(Baldissarella & Dell'Aglio, 2009, citados por Cartaxo, et al., 2014, p. 552)

Autoestima materna e a prematuridade

Na UCIN as mães sentem-se privadas da sua função materna, apresentando dificuldades em reconhecer-se como mães e em aceitar e reconhecer o seu filho

(Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017)*

"Na UCIN sentem-se expectadoras do cuidado ao filho, vivenciam uma fase de observar para compreender, depois questionam e acabam por se conformar com a justificativa de ser algo próprio daquele ambiente. Isto contribui para o não reconhecimento de si e tem implicações negativas na sua autoestima"

(Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015, p. 232)

Na UCIN, as mães mostraram-se permissivas às ordens dos profissionais *"apesar de intimamente tentarem buscar formas de se manifestar como mãe"* (p.232), o que tem impacto na sua autorrealização, autoconfiança e autoestima

(Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015)

Autoestima materna e a prematuridade

Para as mães, o internamento na UCIN faz com que sintam que perderam o seu papel maternal:

- Dificuldade em reconhecer-se como mãe e muitas vezes de reconhecer seu bebé, pois há uma equipa que se apropria dos cuidados que deveriam ser dela
- A falta de oportunidade para a mãe interagir afetivamente com seu filho hospitalizado pode levar a alterações na vinculação e ocasionar desordens no relacionamento futuro de ambos

(Cartaxo, et al., 2014)

A hospitalização prolongada do recém-nascido prematuro leva ao contato limitado com os pais e à dificuldade de se relacionar com as mães.

- Podem produzir atraso no desenvolvimento, distúrbios do desenvolvimento e distúrbios de personalidade, bem como interromper o vínculo natural mãe-filho

(Cho, et al., 2016)

Face a essa delicada fase enfrentada pelas mães e família, o estabelecimento do vínculo afetivo com o bebé pode estar comprometido, podendo originar alterações no relacionamento entre ambos

- A falta de oportunidade para a mãe interagir afetivamente com o seu filho internado pode desencadear problemas na vinculação e ocasionar alterações no relacionamento futuro de ambos

(Cartaxo, et al., 2014; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017)

Autoestima materna e vinculação

A vinculação é o vínculo emocional que a criança desenvolve com os seus pais (ou cuidadores)

(Medina et al., 2018)

A vinculação desenvolve-se desde a vida intrauterina sendo fundamental o contato entre mãe e filho nos momentos iniciais após o nascimento

(Cartaxo, et al., 2014)

O vínculo entre mãe e filho inicia-se entre o segundo e o terceiro trimestre da gravidez, estende-se ao período pós-parto e neonatal e contribui para o desenvolvimento físico, psicológico e emocional de recém-nascidos prematuros

(Medina et al., 2018)

Após o nascimento prematuro, a separação do recém-nascido e dos pais e o ambiente altamente tecnológico da UCIN influenciam a vinculação

(Chen & Conrad, 2001)

Autoestima materna e vinculação

A UCIN tem um efeito negativo no processo de vinculação entre a mãe e o recém-nascido

- Fatores que podem levar à rutura do processo de vinculação: a separação dos pais dos seus filhos, níveis de ansiedade materna elevados

(Hopwood , 2010)

A autoestima materna é relevante no processo de interação com a criança → quanto mais a mãe tiver uma boa imagem de si mesma, melhor cuidará do seu filho

(Bayle, 2006, citado por Lourenço, 2013)

A autoestima materna está positivamente relacionada com uma vinculação positiva

- O nível de autoestima materna é um importante preditor das competências maternas e de alta qualidade na interação mãe-bebé sendo um fator fundamental para o desenvolvimento do vínculo materno ao bebé
- As mães que têm um nível de autoestima mais elevado, apresentam uma vinculação positiva ao bebé
- O nível de autoestima da mulher é um fator essencial para o desenvolvimento do vínculo materno ao bebé
- A baixa autoestima inibe a formação do vínculo materno

(Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013)

Autoestima materna e vinculação

Um vínculo adequado é a base para relacionamentos saudáveis entre pais e filhos e a base para a saúde mental dos recém-nascidos prematuros

(Steyn, Poggenpoel, & Myburgh, 2017)

A experiência de conhecimento do filho, e de autoconhecimento do papel materno, é extremamente importante para formação do vínculo mãe-filho

O sentimento de segurança, associado ao acolhimento adequado, fortalece a formação do vínculo criança-equipa-família, propiciando uma permanência maior do familiar no acompanhamento do recém-nascido dentro da unidade

A mãe passa a identificar-se mais com o ambiente, a conhecer a dinâmica da UCIN, as rotinas dos profissionais que prestam a assistência, as diversas pessoas que lá convivem

- Possibilita a formação de opiniões e conceitos sobre tudo aquilo que acontece, favorecendo a criação de vínculos positivos, tanto com a criança quanto com a equipa, importantes para a mãe e toda a família

(Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017)

Autoestima materna e vinculação

Como promover a vinculação?

Toque positivo

- O toque materno desempenha um papel significativo nos recém-nascidos prematuros no desenvolvimento da vinculação.
- Beijos, abraços e carícias têm sido associados a resultados de vinculação tanto para mães quanto para o bebé, as mães também expressaram a sensação de intensidade e "conectividade" através da realização do método canguru

Competências Comunicacionais

- A comunicação eficaz entre enfermeiros e pais é um elemento essencial do cuidado de apoio e da filosofia dos cuidados centrada na família, sendo essencial para a redução do stresse parental
- Métodos de comunicação positiva, conforme descrito pelas mães, incluíam conversas (sobre questões gerais à parte da criança), e fazer perguntas, encorajando os pais a fazer perguntas em troca
- As enfermeiras que utilizam a expressão emocional, que demonstram simpatia e empatia, são mais capazes de construir relacionamentos de apoio com as mães e incentivar a vinculação

(Hopwood, 2010)

Autoestima materna e vinculação

As evidências sugerem que o toque positivo, na forma de contato pele a pele, e o uso de comunicação terapêutica, por meio do qual o enfermeiro permite a formação de um relacionamento simétrico com os pais e um fluxo consistente de informações precisas, podem contribuir para o desenvolvimento da vinculação

Com o apoio e a educação adequados, os enfermeiros podem desempenhar um papel no fortalecimento efetivo do vínculo entre os pais e recém-nascido, contribuindo para o bem-estar da criança

(Hopwood, 2010)

Autoestima materna e Método Canguru

O Método Canguru no recém-nascido prematuro demonstrou promover a regulação térmica, diminuir o risco de mortalidade infantil e infeções, aumentar a confiança materna e melhorar o sucesso da amamentação e da vinculação

O Método Canguru tem efeitos na autoestima materna, promovendo níveis elevados da mesma

(Lee & Kyung-Sook, 2011; Tamez, 2016)

As mães que fazem canguru relatam maior confiança, autoestima, sentimento de satisfação, sentido de fortalecimento, confiança e um sentimento de que podem fazer algo positivo pelos seus bebés prematuros

Os pais também disseram que se sentiam relaxados, confortáveis e contentes enquanto prestavam e realizavam canguru com os seus filhos

(Organização Mundial de Saúde & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2003)

Existe uma redução significativa do stress materno, que se poderá dever ao tempo de contato direto gasto pelas mães com os seus bebés, a adaptação ao ambiente da UCIN e um acompanhamento mais próximo das mães e dos seus bebés durante o canguru

(Cho, et al., 2016)

Autoestima materna e Método Canguru

O Método canguru capacita as mães e aumenta a sua confiança para prestarem cuidados ao filho prematuro

- Aumenta o sentimento de controlo e de competência para prestar cuidados

(Organização Mundial de Saúde & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2003; Tamez, 2013)

O Método Canguru deve ser incentivado o mais rápido possível após o nascimento, porque melhora o vínculo e faz com que as mães se sintam mais competentes

(Chen e Conrad, 2001; Organização Mundial de Saúde & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2003)

Autoestima materna: Escalas Avaliação Autoestima

Escala	Objetivo	
Escala de Autoestima de Rosenberg (Santos, 2008; Santos & Maia, 2003; Romano, Negreiros, & Martins, 2007) *Rosenberg Self-esteem scale* (Rosenberg, 1965)	Avaliar a autoestima global	Constituída por 10 itens (conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo) 5 de orientação positiva e 5 de orientação negativa. Inicialmente construída como uma escala de Guttman, mas na maioria das vezes os investigadores optam por um formato de Likert, com 4 alternativas de resposta medida

Autoestima materna: Escalas Avaliação Vinculação

Escala	Objetivo	
Escala Bonding (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, 2005) *Maternal Baby Bonding Questionnaire* (Taylor, et al, in press)	Avaliar a qualidade do envolvimento emocional dos pais com o bebé	Escala de 12 itens de autorrelato, com resposta numa escala de tipo "Likert" de 4 pontos. Duração média de administração: 4minutos É uma escala bem aceite pelos pais, de administração rápida e fácil
Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2012) *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ) (Brockington, Oates, George, Turner, Vostanis, Sullivan, & Murdoch, 2001)	Avaliar a existência de perturbações na relação que mães e pais estabelecem com o seu bebé.	Instrumento de autorresposta composto por 12 itens (original composto por 25 itens) e com uma escala de resposta de seis pontos (de 0 – Nunca a 5 – Sempre) Duração média de administração: 5 minutos

Autoestima materna: Escalas Avaliação Parentais

Escala	Objetivo	
Escala De Stress Parental: Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais (Santos, 2014) *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (Miles, Funk e Carlson, 1993)	Avaliar o stress vivenciado pelos pais de recém-nascidos internados em unidades neonatais	Escala de classificação de 5 pontos, que varia do "nada stressante" ao "extremamente stressante". Desenvolvida para estudar as perceções parentais acerca do stress associado ao internamento, nomeadamente no que diz respeito ao ambiente físico e psicossocial, comportamento e aparência do RN, relação com os profissionais e alteração do papel parental
Inventário de Necessidades da Família na UCIN (Alves, Severo, Amorim, Grande, & Silva, 2016) *NICU Family Needs Inventory* (Ward, 2001)	Avaliar as necessidades de mães e pais durante o internamento do neonato na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	Escala de autorrelato de 22 itens divididos em duas subescalas, uma sobre as necessidades dos pais e a outra a necessidades do bebé. (Escala original: A escala original tinha 56 declarações de necessidades destinadas a mensurar a importância atribuída às necessidades da família por mães e pais no ambiente de UCIN, dividida em cinco subescalas: apoio, informação, conforto, confiança e proximidade)

Autoestima materna: Escalas Avaliação Parentais

Escala	Objetivo	
Questionário de Competência Parental (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2011) *Maternal Confidence Questionnaire* (Badr & Further, 2005)	Avaliar a confiança dos progenitores relativamente às suas próprias competências como cuidadores de um bebé, bem como a sua capacidade para reconhecer as necessidades do bebé	Questionário composto por 13 itens com uma escala de resposta do tipo Likert de 5 pontos (de 1 - Nunca a 5 - Sempre). Dimensões avaliadas: - Conhecimento acerca do bebé - Prestação de cuidados ao bebé - Avaliação da experiência de parentalidade Instrumento útil na avaliação de mães e pais de bebés nos primeiros meses de vida, possibilitando a sinalização de situações de risco acrescido ao nível destas díades

Autoestima materna: Escalas Avaliação Parentais

Escala	Objetivo	
Inventário de Percepção Neonatal (Moreira, et al., 2009) *Neonatal Perception Inventory* (Broussard, 1963)	Avaliar a perceção que a mãe tem do comportamento do seu bebé, por comparação com a maioria dos bebés ou do bebé típico	Questionário de autorresposta que explora seis dimensões comportamentais típicas dos bebés (choro, alimentação, vómitos, sono, funcionamento dos intestinos/sistema digestivo e rotinas/ritmos de alimentação e sono), em dois momentos distintos do período de transição para a maternidade (o NPI-I é aplicado entre um a quatro dias após o parto; o NPI-II entre quatro a seis semanas após o parto) e que permite classificar como positiva ou negativa a perceção neonatal da mãe relativamente ao seu bebé. Cada item avalia uma dimensão comportamental distinta e as respostas são avaliadas a partir de uma escala de Likert de cinco pontos, que vai desde 1 (nada) a 5 (muito). Valores mais baixos representam os comportamentos mais desejáveis.

Autoestima materna: Escalas Avaliação Parentais

Escala	Objetivo		
Escala da Mãe e do Bebé (Sereno, Maroco, Correia, & Leal, 2012) *The Mother and Baby Scales* (St. James-Roberts e Wolke, 1987)	Avaliar a confiança da mãe na prestação de cuidados ao bebé, nomeadamente, a emocionalidade negativa dos bebés e os seus comportamentos de alerta, assim como as perceções dos pais acerca da sua confiança na prestação de cuidados ao bebé	Escala constituída por 64 itens distribuídos por 8 subescalas As respostas aos itens são do tipo Likert e variam entre 0 (de maneira nenhuma) e 5 (muito/muitas vezes). A versão reduzida da MABS é constituída por 30 itens que definem 8 fatores de acordo com a proposta inicial O MABS foi desenhado como complemento da Escala de Avaliação Comportamental Neonatal (NBAS)	Dividida em duas grandes áreas: "O seu bebé e os seus sentimentos" e "A alimentação do meu bebé" **Subescalas relativas ao recém-nascido:** Instabilidade/Irregularidade Irritável durante a alimentação Estado de alerta/Reatividade Estado de alerta durante a alimentação Facilidade **Subescalas relativas à confiança materna:** Falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé Falta de confiança para alimentar o bebé Confiança global

Autoestima materna

Em que situações já sentiram que ajudaram a promover a autoestima materna?

Autoestima materna: Recomendações para a prática de Enfermagem

A autoestima materna assume grande importância no processo de transição para a maternidade, devendo constituir-se um fator a considerar e a promover pelos profissionais de saúde

(Lourenço, 2013)

Para promover a autoestima os profissionais de saúde devem ter atitudes positivas, privilegiar a aproximação e a participação nos cuidados ao recém-nascido

- Desta forma contribuirão para a consolidação dos laços afetivos, "*tão importantes para a superação dos obstáculos enfrentados pela díade criança e família no contexto da hospitalização neonatal*"

(Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017, p.4)

Os sentimentos maternos em relação a um recém-nascido prematuro podem ser atenuados/reforçados com a oportunidade da mãe participar, de alguma forma, nos cuidados ao filho

(Cartaxo, et al., 2014)

A autoestima materna é aumentada quando a mãe atribui um valor afetivo ao seu papel materno e acredita que ela é a melhor mãe possível para seu bebé

(McGrath, Boukydis, & Lester, 1993)

Autoestima materna: Recomendações para a prática de Enfermagem

É importante a mãe ganhar confiança e competência no seu papel materno

(McGrath, Boukydis, & Lester, 1993)

A vivência diária com o recém-nascido prematuro é "*fundamental para o desenvolvimento da autoconfiança e a reestruturação do papel materno*"

(Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017, p.6)

A abordagem e acolhimento da família é de grande importância para a efetivação da aproximação e participação no cuidado, devendo ser valorizada nos primeiros encontros com o recém-nascido internado.

O primeiro contato físico entre mãe e filho tem grande importância no processo de construção dos laços de afetividade que atenuam os receios até então experimentados, conferindo segurança à mãe, que passa a sentir-se capaz de poder exercer o cuidado materno

(Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017)

Ao cuidar do filho, "*a mãe passa a sentir-se útil e confiante acerca dos seus cuidados para com o bebê. Esses momentos de interação fazem com que a mãe sinta-se recompensada*"

(Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017, p.6)

Autoestima materna: Recomendações para a prática de Enfermagem

É importante envolver a mãe no processo de ensino-aprendizagem como sujeito ativo do processo educativo

(Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017, p.6)

"O processo de participação do profissional deve acompanhar a evolução dessa autonomia materna, primeiramente demonstrando e orientando, depois, auxiliando a mãe no cuidado, e por fim, supervisionando a realização do procedimento, sempre de modo disponível e acolhedor. (...) As práticas sucessivas e a inserção gradativa das mães no cuidado tornam os procedimentos cada vez mais fáceis de serem realizados e, consequentemente, mais prazerosos. O sentimento de segurança faz com que as mães se vejam mais competentes no exercício de sua função de cuidadoras dos próprios filhos"

(Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017, p.6)

Aos estabelecerem um relacionamento positivo com os seus filhos, as mães melhoram as suas habilidades para cuidar deles.

- Este tipo de interação permite que as mães recuperem a sua autoestima e a sua capacidade de responder aos seus filhos como um cuidador "especialista"

(Ionio, et al., 2013)

Autoestima materna: Recomendações para a prática de Enfermagem

A atenção precisa ser dada não apenas às habilidades de cuidar, mas também à avaliação da mãe de si mesma como mãe

(Chen & Conrad, 2001)

As intervenções da UCIN devem ser voltadas para o restabelecimento da autoestima materna, reduzindo o stresse materno e a depressão, e incentivando as interações com o recém-nascido como parte integrante do cuidado necessário o recém-nascido prematuro

Programas para diminuir o stresse materno, para criar oportunidades para o fortalecimento dos pais , e para promover o contato pele a pele, e mudanças no layout físico das unidades têm demonstrado efeitos positivos sobre o bem-estar dos pais de recém-nascidos prematuros internados na UCIN.

Os enfermeiros nestas unidades desempenham um papel fundamental na facilitação do início de interações positivas mãe-filho

(Guillaume, et al., 2013)

Autoestima materna: Recomendações para a prática de Enfermagem

As intervenções devem ser planeadas com o intuito de:

- Estimular o vínculo entre mãe e filho,
- Favorecer a adaptação dos pais à UCIN,
- Incentivar o contato físico e o cuidado precoce,
- Implementar grupos e redes de apoio aos pais e familiares, com a cooperação da equipa multidisciplinar

É necessário que os profissionais desenvolvam uma interação efetiva, compreendam a vivência dos pais nesta fase da vida, possam oferecer espaço para que expressem os seus sentimentos e ofereçam elementos concretos e facilitadores, para que ocorram transformações que os possibilite superar barreiras e se movimentarem em direção à aproximação e interação com o seu filho

(Cartaxo, et al., 2014)

Autoestima materna: Recomendações para a prática de Enfermagem

Recomendações para a promoção da autoestima em mães de recém-nascidos prematuros

Compreensão alargada do papel materno.

- Compreender como a mãe julga a sua capacidade como mãe é de particular importância.
- É preciso reconhecer os pais como os cuidadores finais, onde a equipa desempenha um papel circunscrito.

Promover um clima de não-julgamento, no qual os profissionais confiam nas mães, é propício para promover a autoestima materna.

- Todas as mães precisam sentir-se bem-vindas na UCIN e sentir que é um lugar seguro para aprender e conhecer os seus filhos

Promover fóruns regulares para troca de informações entre mães e equipa de saúde, evitando os relatos unidirecionais de informações de enfermeiros para pais.

- Perguntar aos pais sobre as suas perceções sobre o progresso da criança, usar linguagem compreensível e simples.
- No caso dos pais não conseguirem colocar questões, a equipa pode facilitar o diálogo partilhando preocupações comuns e modelando questões de outros pais.
- A informação capacita os pais e fornece-lhes as bases necessárias para cumprir as suas funções de tomada de decisão

(McGrath & Meyer, 1993)

Autoestima materna: Recomendações para a prática de Enfermagem

Oferecer às mães oportunidades para consolidar a sua história de nascimento e experiências de hospitalização (conversa informal ou grupos de apoio de pais)

- Assim, a forma tradicional de discurso é expandida para além do status médico do bebé para incluir o bem-estar da mãe e o sentido de autoestima.

Abster-se de "fazer pela" mãe, pois pode diminuir o seu sentido de competência em desenvolvimento (podem intimidar ou inibir as mães com as suas habilidades e grau de proficiência).

Criar um ambiente propício à aprendizagem (não avaliativo, não apressado, solidário) incentivando as mães a dedicarem o seu tempo e a individualizar as oportunidades de aprendizagem.

- Dar tempo à mãe para segurar e conhecer o seu bebé.

Fornecer às mães visitas ilimitadas, incluindo a oportunidade de privacidade e sossego, e incluir a família

- Esses esforços ajudam a normalizar a experiência pós-parto, permitem a partilha do bebé com a família e mobilizam a rede de apoio social natural

(McGrath & Meyer, 1992)

Autoestima materna: Recomendações para a prática de Enfermagem

Proporcionar às mães o acesso a uma variedade de recursos para aprender sobre cuidados gerais e cuidados parentais de um bebé prematuro, e de consolidar o que aprendeu (livros, biblioteca de recursos, vídeos, planos de cuidados individualizados, grupos de pais, sites).*

Proporcionar às mães oportunidades para participar nos cuidados (posicionamento, banho, segurar, alimentação).

- Um aumento gradual da participação e responsabilidade da mãe no cuidar, que está sintonizado com as habilidades e desejos da mãe, pode fomentar a autoestima materna.
- Algumas mães podem beneficiar de ter responsabilidades específicas com os seus bebés, que somente elas preenchem

Facilitar oportunidades para as mães entrarem em contato com outros pais de bebés prematuros

Reconhecer os sucessos e habilidades das mães em cuidar e interagir com seus bebés, como forma de estimular o seu sentido de orgulho e enfatizar a sua prontidão para cuidar do bebé.

Incentivar as mães a compartilhar as suas perceções e experiências com seus bebés

(McGrath & Meyer, 1992)

Autoestima materna: Recomendações para a prática de Enfermagem

Recordar às mães que elas têm coisas especiais para oferecer aos seus bebés que não podem ser fornecidas pela equipa (toque, voz, leite materno), especialmente quando as mães não podem prestar assistência direta.

- Esse reconhecimento da equipa serve como um meio de validação e respeito, e transmite às mães que elas são de vital importância para os seus bebés

Proporcionar às mães oportunidades de aprender sobre o comportamento e o desenvolvimento dos bebés prematuros.

- Ensinar as mães a conhecerem os seus filhos e a aprenderem sobre as capacidades dos seus filhos, os seus sinais comportamentais, a sua consolabilidade e as suas preferências.
- Incentivar as mães a observar e interpretar o comportamento dos bebés, e a modificar/adequar a sua interação

(McGrath & Meyer, 1992)

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem - Proposta

Vinculação: Vinculação Comprometida

- Ensinar a mãe e (ou) pai sobre a vinculação
  - Salientar a importância da vinculação para a autoestima materna
- Instruir a mãe e (ou) pai sobre o método canguru
  - Especificar como a mãe se sentiu, o quão importante foi para si realizar canguru

Papel parental: Papel Parental Comprometido

- Incentivar o desempenho do papel parental
  - Método canguru: Especificar como a mãe se sentiu, o quão importante foi para si realizar canguru

Considerações Finais

A maternidade tem um grande significado e valor afetivo para a mulher

A autoestima materna é uma componente essencial da maternidade e um fator decisivo para a mulher conseguir ultrapassar os desafios da maternidade

A relação mãe-bebé, particularmente a capacidade da mãe em interagir e cuidar do seu filho, é vista como central para o desenvolvimento autoestima e da confiança materna

A autoestima materna é estimulada quando a mãe percebe que é a melhor mãe possível para o seu filho e atribui valor ao seu papel de mãe

O nascimento de um filho prematuro tem um grande impacto na autoestima da mãe, nas suas capacidades maternais e no papel feminino

Para promover a autoestima os profissionais de saúde devem ter atitudes positivas, privilegiar a aproximação e a participação nos cuidados ao recém-nascido

As intervenções da UCIN devem ser voltadas para o restabelecimento da autoestima materna, reduzindo o stresse materno e a depressão, e incentivando as interações com o recém-nascido como parte integrante do cuidado necessário o recém-nascido prematuro

Referências Bibliográficas

Alves, E., Severo, M., Amorim, M., Grande, C., & Silva, S. (2016). A short form of the neonatal intensive care unit family needs inventory. Jornal de Pediatria, 92(1), 73-80. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n1/pt_1678-4782-jped-92-01-00073.pdf

Cartaxo, L. d., Torquato, J. A., Agra, G., Fernandes, M., Platel, I. C., & Freire, M. M. (2014). Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Enfermagem UERJ, 22(4), 551-557. Obtido em 24 de novembro de 2018, de http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf

Chen, C.-W., & Conrad, B. (2001). The Relationship Between Maternal Self-Esteem and Maternal Attachment in Mothers of Hospitalized Premature Infants. Journal of Nursing Research, 9(4), 69-81. Obtido em 26 de novembro de 2018, de https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11789133

Cho, E.-S., Kim, S.-J., Kwon, M. S., Cho, H., Kim, E. H., Jun, E. M., & Lee, S. (2016). The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stress. Journal of Pediatric Nursing, 31(4), 430-438. Obtido em 21 de novembro de 2018, de https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(16)00053-1/fulltext

Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. Psychologica, 40, 133-154. Obtido em 07 de dezembro de 2018, de http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4717

Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., LEscure, S., . . . Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. BMC Pediatrics, 13(18), 1-9. Obtido em 27 de novembro de 2018, de https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-18

Hopwood , R. (2010). The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU. Infant Journal, 6(2), 54-58. Obtido em 30 de novembro de 2018, de http://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_032_npp.pdf

Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2013). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. Europe'sJournalofPsychology, 12(4), 604-621. Obtido em 24 de novembro de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5114875/pdf/ejop-12-604.pdf

Lee, J., & Kyung-Sook, B. (2011). The effects of Kangaroo Care on Maternal Self-esteem and Premature Infants' Physiological Stability. Korean Journal of Women Health Nursing, 17(3), 454-462. Obtido em 22 de novembro de 2018, de https://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/0102KJWHN/kjwhn-17-454.pdf

Lourenço, I. M. (2013). Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a Autoestima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé. Dissertação, Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais, Psicologica, Évora. Obtido em 26 de novembro de 2018, de http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/11171

Referências Bibliográficas

Moreira, H., Silva, S., Oliveira, C., Pedrosa, A. A., Canavarro, M. C., & Barros, L. (2009). Percepção Neonatal na Transição para a Maternidade: Estudos Psicométricos do Inventário de Percepção Neonatal Numa Amostra de Mães da População Portuguesa. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 2(28), 81-104. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645444006.pdf

McGrath, M. M., & Meyer, E. C. (1992). Maternal Self-Esteem: From Theory to Clinical Pratice in a Special Care Nursery. Children's Health Care, 21(4), 199-205. doi:10.1207/s15326888chc2104_2

McGrath, M., Boukydis, C. F., & Lester, B. M. (1993). Determinant of Maternal Self-Esteem in the Neonatal Period. Infant Mental Health Journal, 14(1), 35-48. Obtido em 26 de novembro de 2018, de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0355%281993%2914%3A1<35%3A%3AAID-IMHJ2280140104>3.0.CO%3B2-R

Medina, I. F., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Ávila, M. C., & Rodríguez, M. L. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. Women and Birth, 31(4), 325-330. doi:10.1016/j.wombi.2017.11.008

Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. (2011). Avaliação da Confiança Parental: Versão Portuguesa do Maternal Confidence Questionnaire. Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (pp. 1949-1960). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18232

Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2012). Avaliação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). Laboratório de Psicologia, 10(1), 47-61. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de valiação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.

Organização Mundial de Saúde, & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. (2003). Kangaroo mother care: a practical guide. Obtido em 27 de novembro de 2018, de World Health Organization: Maternal, newborn, child and adolescent health: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/

Parhiz, Z., Birjandi, M. H., Khazaie, T., & Sharifzadeh, G. (2016). The Effects of an Empowerment Program on the Knowledge, Self-Efficacy, Self-Esteem, and Attitudes of Mothers of Preterm Neonates. Modern Care Journal, 13(3), 1-5. Obtido em 21 de novembro de 2018, de http://health.bums.ac.ir/dorsapax/FileManager/UserFiles/Sub_32/o6333219.pdf

Perlin, D. A., Oliveira, S. M., & Gomes, G. C. (2011). A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. Revista Gaúcha de Enfermagem, 32(3), 458-464. Obtido em 30 de novembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/04.pdf

Referências Bibliográficas

Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg numa Amostra de Adolescentes da Região Interior Norte do País. Psicologia, Saúde & Doenças, 8(1), 107-114. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a08.pdf

Santos, C. P. (2014). Tradução, adaptação cultural e validação da Parental Stress Scale-Neonatal Intensive Care Unit para a população Portuguesa. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=1362&code=196

Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale Numa Amostra de Estudantes do Ensino Superior. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. XIII. Braga: PsiquilíbriosEdições. Obtido em 7 de dezembro de 2018, de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16164/2/Santos2008000077971.pdf

Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise Factorial Confirmatória e Validação Preliminar de Uma Versão Portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. Psicologia: Teoria, Inesvtigação e Prática, 2, 253-268. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16170/2/SantoseMaia2003000077930.pdf

Sereno, S., Marcoco, J., Correia, M., & Leal, I. (2012). Versão Portuguesa do Mother and Baby Scales (MABS). Psicologia, Saúde e Doenças, 13(2), 447-485. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de http://repositorio.iapa.pt/bitstream/10400.12/2493/1/PSD_13_447-458.pdf

Steyn, E., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2017). Lived experiences of parents of premature babies in the intensive care unit in a private hospital in Johannesburg, South Africa. Curationis, 40(1), 1-8. Obtido em 24 de novembro de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091584/pdf/CUR-40-1698.pdf

Tamez, R. N. (2013). Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de auto risco (5ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Guanabara Koogan LTDA.

Townsend, M. C. (2011). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6ª edição ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Veronez, M., Borghesan, N. A., Corrêa, D. A., & Higarashi, I. H. (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. Revista Gaúcha de Enfermagem, 38(2), e60911. doi:http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-1447201702609111.pdf

Wernet, M., Ayres, J. d., Viera, C. S., Leite, A. M., & Mello, D. F. (2015). Reconhecimento materno na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem, 225-234. Obtido em 22 de novembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0228.pdf

Obrigada pela atenção!



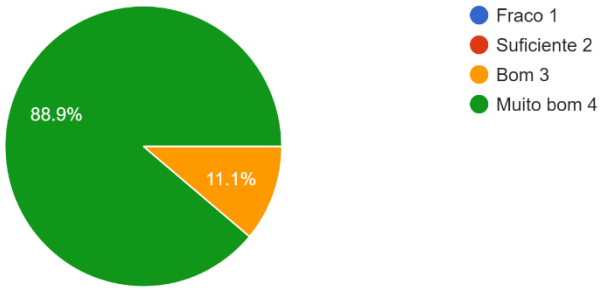
https://www.abc.net.au/news/2015-08-12/amazing-true-story-of-how-babies-are-made-premature/6691446

2 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

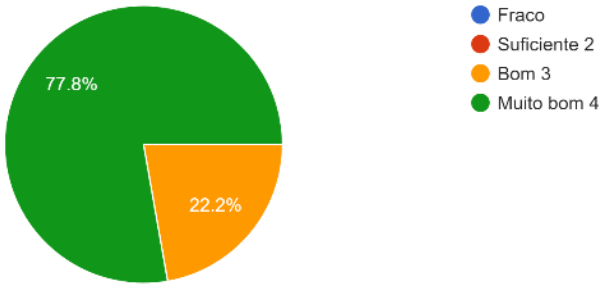
A sessão de formação realizada teve uma baixa adesão por parte da equipa de Enfermagem, apesar de ter sido realizada em dois dias distintos e junto à passagem de turno de forma a abranger o máximo número de elementos. Participaram apenas nove enfermeiros, em vinte e oito, o que corresponde a 32% da equipa (não foi possível aprofundar a que se deveu esta baixa adesão à sessão de formação, apesar da pertinência da temática).

Relativamente ao questionário de avaliação dos formandos os resultados foram os seguintes:

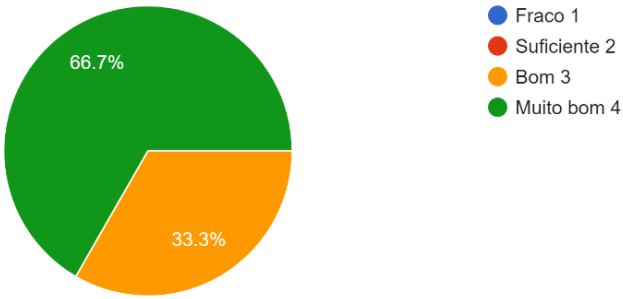
1. Avaliação da clareza na transmissão dos conteúdos:



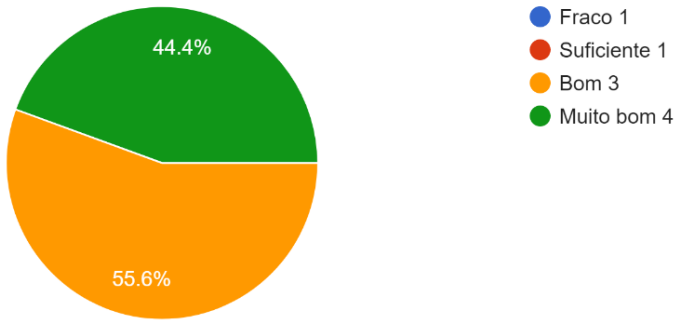
2. Avaliação da importância da temática abordada:



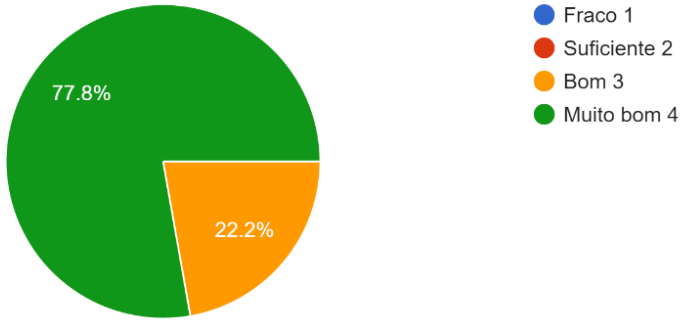
3. Avaliação da pertinência da temática para a prática de Enfermagem:



4. Nível de satisfação face às expectativas prévias:



5. Apreciação global:



6. Apresente três aspetos positivos desta ação:

Importância/Pertinência da temática

Fluência/disponibilidade do formador

Aplicabilidade para a prática

Boa pesquisa bibliográfica

Adequado à neonatologia

Mais valia para a individualização de registos

Valorização do papel materno

Consciencialização de práticas na unidade

Valorização da mãe como individuo

Conhecimento atualizado

Bem estruturada

Transmissão simples

Reforço da importância da autoestima das mães

Importância da Vinculação

Sistematização conhecimento

Um participante não respondeu

7. Apresente três aspetos desta ação que devem ser melhorados:

Apresentar equipa toda

Inclusão de testemunhos sobre a temática

Sete participantes não responderam

8. Comentários e sugestões:

Obrigada pela pertinência da temática

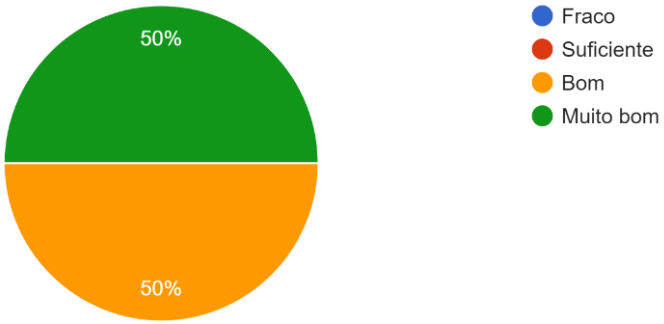
Oito participantes não responderam

Analisando os resultados obtidos pode-se concluir que a sessão de formação teve um impacto positivo nos participantes tendo-se então cumprido o objetivo proposto.

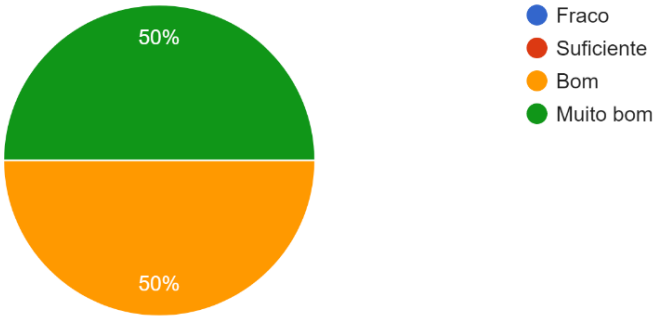
Relativamente ao questionário de avaliação dos formadores os resultados foram os seguintes:

10. Análise da realização da ação:

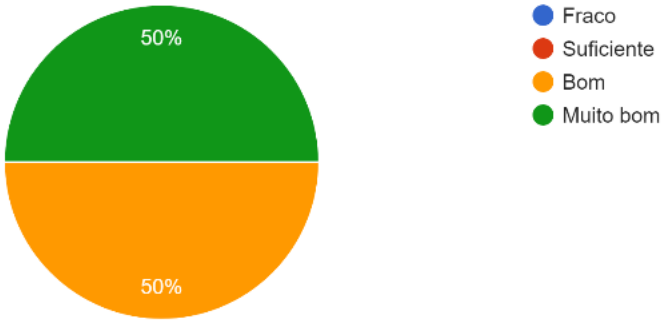
1.1 Apreciação Global:



1.2 Grau de satisfação face às expectativas prévias:



1.3 Grau de participação/ motivação dos formandos:



11. Aspetos positivos da ação:

Interesse e participação dos formandos

12. Aspetos negativos da ação:

Na primeira sessão nada a referir. Na segunda sessão destaca-se a fraca participação dos formandos, pouca discussão

13. Sugestões/ Comentários:

Não aplicável

14. Incidentes:

A sessão de 13 de dezembro foi adiada uma hora por não estarem reunidas as condições (entrada de um recém-nascido de urgência para a unidade de neonatologia)

A sessão de 14 de dezembro foi antecipada para a enfermeira responsável poder assistir.

Na perspetiva de formador a primeira sessão correu melhor que a segunda, na medida em que teve mais participantes e houve maior participação dos formandos, o que tornou a discussão e a formação mais rica e produtiva. A segunda sessão teve menos formandos e estes foram menos participativos. A destacar também os incidentes relatados no questionário de avaliação que, na primeira sessão contribuíram para um aumento do número de participantes, pois acabou por incluir enfermeiros do turno da manhã e do turno da tarde, e na segunda sessão teve o efeito contrário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta ação de formação pôde considerar-se que foi uma mais valia para o meu percurso académico enquanto futura Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na medida em que me permitiu adquirir/desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, mas também uma mais valia para o serviço onde a realizei, na medida em que pude contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da promoção da autoestima das mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia e desta forma cumprir os objetivos que tinham sido propostos no início do estágio.

Esta ação de formação teve também como objetivo sensibilizar a equipa de Enfermagem para a temática da promoção da autoestima das mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia, dotando-os de ferramentas que serão úteis para a prática dos cuidados.

A autoestima materna é fundamental para o desenvolvimento de uma relação saudável entre mãe e filho, que se perpetuará ao longo de toda a vida da criança e também enquanto futuro adulto. O Enfermeiro tem o dever de zelar por esta relação saudável e como tal é responsável por avaliar e intervir ao nível da autoestima materna.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados de nível avançado com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, avaliando a família e respondendo às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018), onde se encaixam as questões da autoestima materna, dada a sua relação com o processo de vinculação entre mãe e filho. A equipa de Enfermagem deve ter como meta principal promover o vínculo entre a mãe e o seu filho prematuro durante o internamento do bebé. Fazer a integração tomando como base modelos de cuidados de apoio ao desenvolvimento faz-nos pensar numa mudança de atitudes, estreitando laços e reconhecendo como centros de atenção os pequenos indivíduos que servimos diariamente nas UCIN.

Dia após dia, dando um passo de cada vez, cria-se uma relação com a mãe no cuidado ao recém-nascido. Esta conexão mãe, recém-nascido e profissional de saúde pede mudanças na forma como se desenvolve. Assim, todos planeiam e executam com harmonia e de maneira refletida o cuidado ao recém-nascido, reorientando a sua prática com vista a envolver e a explorar o trabalho realizado pelas mães durante a assistência prestada ao bebé. Estas estratégias favorecem a participação da mãe no cuidado ao filho.

Participação essa que decorre de um desejo e de uma necessidade considerada por todos, mãe e profissionais, como um desafio onde cabem uma consciência e uma responsabilização maiores e se constrói a maternidade/paternidade.

É da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, promovendo a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (Ordem dos Enfermeiros, 2018), e desta forma promovendo também a autoestima materna. Compreender a experiência de ser mãe de um prematuro internado é uma tarefa complexa que o profissional exerce junto dos pais, ao valorizar a comunicação e o relacionamento humano.

A realização desta sessão de formação também foi útil para aprofundar conhecimentos nesta área, pois foi necessário realizar uma revisão de literatura sobre a temática, que certamente contribuirão para a melhoria da minha própria prática e para o futuro desempenho enquanto especialista.

Apesar da baixa participação da equipa de Enfermagem na sessão de formação, os que participaram avaliaram a sessão, na sua maioria, em muito bom, salientando a importância da mesma para a prática de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, E., Severo, M., Amorim, M., Grande, C., & Silva, S. (2016). A short form of the neonatal intensive care unit family needs inventory. *Jornal de PEdiatria, 92*(1), 73-80. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n1/pt_1678-4782-jped-92-01-00073.pdf

Cartaxo, L. d., Torquato, J. A., Agra, G., Fernandes, M., Platel, I. C., & Freire, M. M. (2014). Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Enfermagem UERJ, 22*(4), 551-557. Obtido em 24 de novembro de 2018, de http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf

Chen, C.-W., & Conrad, B. (2001). The Relationship Between Maternal Self-Esteem and Maternal Attachment in Mothers of Hospitalized Premature Infants. *Journal of Nursing Research, 9*(4), 69-81. Obtido em 26 de novembro de 2018, de https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11789133

Cho, E.-S., Kim, S.-J., Kwon, M. S., Cho, H., Kim, E. H., Jun, E. M., & Lee, S. (2016). The effects of kangoroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stress. *Journal of Pediatric Nursing, 31*(4), 430-438. Obtido em 21 de novembro de 2018, de https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(16)00053-1/fulltext

Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica, 40*, 133-154. Obtido em 07 de dezembro de 2018, de http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4717

Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., LEscure, S., . . . Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics, 13*(18), 1-9. Obtido em 27 de novembro de 2018, de https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-18

Hopwood, R. (2010). The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU. *Infant Journal, 6*(2), 54-58. Obtido em 30 de novembro de 2018, de http://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_032_npp.pdf

Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2013). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Europe'sJournalofPsychology, 12*(4), 604-621. Obtido em 24 de novembro de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5114875/pdf/ejop-12-604.pdf

Lee, J., & Kyung-Sook, B. (2011). The effects of Kangaroo Care on Maternal Self-esteem and Premature Infants' Physiological Stability. *Korean Journal of Women Health Nursing, 17*(3), 454-462. Obtido em 22 de novembro de 2018, de

https://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/0102KJWHN/kjwhn-17-454.pdf

Lourenço, I. M. (2013). *Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a Autoestima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé.* Dissertação, Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais, Psicologica, Évora. Obtido em 26 de novembro de 2018, de http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/11171

McGrath, M. M., & Meyer, E. C. (1992). Maternal Self-Esteem: From Theory to Clinical Pratice in a Special Care Nursery. *Children's Health Care, 21*(4), 199-205. doi:10.1207/s15326888chc2104_2

McGrath, M., Boukydis, C. F., & Lester, B. M. (1993). Determinant of Maternal Self-Esteem in the Neonatal Period. *Infant Mental Health Journal, 14*(1), 35-48. Obtido em 26 de novembro de 2018, de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0355%28199321%2914%3A1<35%3A%3AAID-IMHJ2280140104>3.0.CO%3B2-R

Medina, I. F., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Ávila, M. C., & Rodríguez, M. L. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth, 31*(4), 325-330. doi:10.1016/j.wombi.2017.11.008

Moreira, H., Silva, S., Oliveira, C., Pedrosa, A. A., Canavarro, M. C., & Barros, L. (2009). Percepção Neonatal na Transição para a Maternidade: Estudos Psicométricos do Inventário de Percepção Neonatal Numa Amostra de Mães da População Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 2*(28), 81-104. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645444006.pdf

Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. (2011). Avaliação da Confiança Parental: Versão Portuguesa do Maternal Confidence Questionnaire. *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 1949-1960). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18232

Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2012). Avaliação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). *Laboratório de Psicologia, 10*(1), 47-61. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de valiação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015.* Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, n.º133 – II Série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Organização Mundial de Saúde, & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. (2003). *Kangaroo mother care: a practical guide.* Obtido em 27 de novembro de 2018, de World Health Organization: Maternal, newborn, child and adolescent health: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/

Parhiz, Z., Birjandi, M. H., Khazaie, T., & Sharifzadeh, G. (2016). The Effects of an Empowerment Program on the Knowledge, Self-Efficacy, Self-Esteem, and Attitudes of Mothers of Preterm Neonates. *Modern Care Journal, 13*(3), 1-5. Obtido em 21 de novembro de 2018, de http://health.bums.ac.ir/dorsapax/FileManager/UserFiles/Sub_32/o6333219.pdf

Perlin, D. A., Oliveira, S. M., & Gomes, G. C. (2011). A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 32*(3), 458-464. Obtido em 24 de novembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/04.pdf

Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg numa Amostra de Adolescentes da Região Interior Norte do País. *Psicologia, Saúde & Doenças, 8*(1), 107-114. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a08.pdf

Santos, C. P. (2014). *Tradução, adaptação cultural e validação da Parental Stress Scale-Neonatal Intensive Care Unit para a população Portuguesa.* Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=31626&code=196

Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale Numa Amostra de Estudantes do Ensino Superior. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. XIII.* Braga: Psiquilíbrios Edições. Obtido em 7 de dezembro de 2018, de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16164/2/Santos2008000077971.pdf

Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise Factorial Confirmatória e Validação Preliminar de Uma Versão Portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Inesvtigação e Prática, 2*, 253-268. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16170/2/SantoseMaia2003000077930.pdf

Sereno, S., Maroco, J., Correia, M., & Leal, I. (2012). Versão Portuguesa do Mother and Baby Scales (MABS). *Psicologia, Saúde e Doenças, 13*(2), 447-485. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2493/1/PSD_13_447-458.pdf

Steyn, E., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2017). Lived experiences of parents of premature babies in the intensive care unit in a private hospital in Johannesburg, South Africa. *Curationis, 40*(1), 1-8. Obtido em 24 de novembro de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091584/pdf/CUR-40-1698.pdf

Tamez, R. N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de auto risco* (5ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Guanabara Koogan LTDA.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Veronez, M., Borghesan, N. A., Corrêa, D. A., & Higarashi, I. H. (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 38*(2), e60911. doi:http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170260911.pdf

Wernet, M., Ayres, J. d., Viera, C. S., Leite, A. M., & Mello, D. F. (2015). Reconhecimento maternl na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 225-234. Obtido em 22 de novembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0228.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

Documento Informativo do Horário da Sessão de Formação

Formação*

“Promoção da Autoestima materna em mães de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatalogia”

Data: 13 de dezembro às 15h30

14 de dezembro às 16h30

Duração: 20min

Local: Sala de Intensivos Neonatais

Formador: Marta Ferreira, mestranda em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, UCP

Sob a orientação:

* Não é formação em serviço

APÊNDICE II

Plano de Sessão da Formação

Plano de Sessão

Tema da ação: "Promoção da autoestima em mães de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatologia"

Destinatários: Equipa de Enfermagem do Internamento de Neonatologia

Formador:

- Marta Ferreira

Local:

- Sala de Cuidados Intensivos Neonatais
- Internamento Neonatologia
- Lisboa

Data: 13 de dezembro 2018 e 14 de dezembro de 2018

Hora: entre as 15h30 e as 15h40 (13 de dezembro) e entre as 16h30 e as 16h50 (14 de dezembro)

Duração: 20 minutos

Objetivo Geral: Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da promoção da autoestima das mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia

Etapas	Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos/Técnicas Pedagógicas	Tempo	Formador
Introdução	- Apresentar formador - Expor a temática - Esclarecer pertinência da temática - Clarificar estrutura do trabalho	- Nome - Tema - Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da promoção da autoestima das mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia - Apresentação dos conteúdos selecionados	- Método expositivo com recurso a data-show	3min	Marta
Desenvolvimento	- Definir conceitos - Abordar a relação entre a autoestima materna e a prematuridade - Abordar a relação entre a autoestima materna e a vinculação - Abordar a relação entre a autoestima materna e o método canguru	- Autoestima; Autoestima materna - Autoestima materna e a prematuridade - Autoestima materna e vinculação - Autoestima materna e Método Canguru	- Método expositivo com recurso a data-show	17min	Marta

	- Apresentar escalas para avaliação da autoestima, vinculação e desempenho parental validadas para a população portuguesa - Facultar recomendações para a prática de Enfermagem para a promoção da autoestima materna em mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia	- Autoestima materna: Escalas de Avaliação Autoestima - Autoestima materna: Escalas de Avaliação Vinculação - Autoestima materna: Escalas de Avaliação Parentais - Situações em que os enfermeiros tenham experienciado a promoção da autoestima materna - Recomendações para a prática de Enfermagem	- Método interrogativo com recurso a questão no data-show		
Síntese	- Relembrar as ideias fundamentais	- Considerações finais	- Método expositivo com recurso a data-show	2 min	Marta
Avaliação	- Avaliar a forma como correu a formação	- Pertinência, desempenho dos formadores, transmissão dos conhecimentos, clareza, importância do tema	- Método interrogativo com recurso a questionário	3 min	Marta

APÊNDICE III

Questionário de Avaliação da Atividade - Formandos

Questionário de avaliação da ação de formação

Tema: "Promoção da autoestima materna em mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de Neonatologia"
Data: 13 e 14 de dezembro de 2018
Formador: Marta Ferreira

Com o objetivo de melhorar a qualidade de formações futuras, solicita-se a sua colaboração, procedendo à realização deste questionário avaliativo.

A sua resposta é anónima, solicitando assim, o preenchimento a **tinta preta** e com letra de imprensa.

Assinale com um "x" a resposta que melhor traduz a sua opinião sobre a formação a que acabou de assistir.

1. Avaliação da clareza na transmissão dos conteúdos:
Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

2. Avaliação da importância da temática abordada:
Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

3. Avaliação da pertinência da temática para a prática de Enfermagem:
Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

4. Nível de satisfação face às expectativas prévias:
Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

5. Apreciação global:
Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

6. Apresente três aspetos positivos desta ação:
_____ - _____ - _____

7. Apresente três aspetos desta ação que devem ser melhorados:
_____ - _____ - _____

8. Comentários e sugestões:
_____
_____
_____
_____

Obrigado pela colaboração!

APÊNDICE IV

Questionário de Avaliação da Atividade - Formador

Questionário de avaliação da ação pelos formadores

Tema: "Promoção da autoestima materna em mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia"
Data: 13 e 14 de dezembro de 2018

Formador_____

1. Análise da realização da ação:

   1.1 Apreciação Global:

   Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

   1.2 Grau de satisfação face às expectativas prévias:

   Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

1.3 Grau de participação/ motivação dos formandos:

Fraco (1) ☐ Suficiente (2) ☐ Bom (3) ☐ Muito Bom (4) ☐

2. Aspetos positivos da ação:

_____
_____
_____

3. Aspetos negativos da ação:

_____
_____
_____

4. Sugestões/ Comentários:

_____
_____
_____

5. Incidentes:

_____
_____
_____

APÊNDICE XXIII

Proposta de Introdução da Temática da Promoção da Autoestima em Mães de Recém-nascidos Prematuros Internados na Unidade de Neonatologia no Guia do Plano Nacional Único (PNU) para a Neonatologia

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Proposta de Introdução da Temática da Promoção da Autoestima em Mães de Recém-nascidos Prematuros Internados na Unidade de Neonatologia no Guia do Plano Nacional Único (PNU) para a Neonatologia

Unidade Curricular:

Estágio Final e Relatório

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, dezembro de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 3
ENQUADRAMENTO TEÓRICO 5
PROPOSTA 9
ESCALAS DE AVALIAÇÃO PARENTAL 12
CONSIDERAÇÕES FINAIS 14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 16

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho prematuro configura-se como um evento stressante para a família pois é uma situação imprevisível que produz ansiedade e sentimentos de negação, projeção e irritabilidade nos pais (Cartaxo, et al., 2014; Montes & Prieto, 2016; Parhiz, Birjandi, Khazaie, & Sharifzadeh, 2016).

O internamento na Unidade Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é uma experiência angustiante e desafiante para os pais devido à separação física, psicológica e emocional do recém-nascido que enfrentam, mas também devido ao medo da doença, do desconhecido, do ambiente hospitalar, a incerteza do futuro e a evolução clínica do recém-nascido (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). Provoca nos pais perda de identidade, de estilos de vida e da sua rotina, levando os mesmos a abandonar as suas expectativas acerca do seu filho e a adaptarem-se a uma nova realidade, provocando alterações na sua autoestima (Steyn, Poggenpoel, & Myburgh, 2017)**.**

O internamento na UCIN tem um grande impacto na família, particularmente na mãe, originando nesta sentimentos confusos e ambivalentes (sentimentos de culpa, ansiedade, medo, depressão, raiva, inutilidade, fracasso, inferioridade, angústia, fragilidade, insegurança) (Perlin, Oliveira, & Gomes, 2011).

O nascimento de um filho prematuro tem um grande impacto na autoestima da mãe, nas suas capacidades maternais e no papel feminino, levando também a alterações no processo de vinculação, uma vez que a mãe se sente privada de estar com o filho e de cuidar dele, não conseguindo assumir o seu papel materno (McGrath & Meyer, 1992; Chen & Conrad, 2001; Cartaxo, et al., 2014).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no fortalecimento de um vínculo afetivo entre a mãe e o recém-nascido e na promoção da autoestima materna, sendo que para promoverem esta os mesmos devem ter atitudes positivas, privilegiar a aproximação e participação nos cuidados ao recém-nascido (Hopwood, 2010; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

Assim, e com o objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da promoção da autoestima das mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia, foi elaborado este documento de proposta de introdução da temática da promoção da autoestima em mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia no guia do Plano Nacional Único (PNU) para a neonatologia, nos diagnósticos e intervenções de Enfermagem já definidas e implementadas no internamento de neonatologia. São também apresentadas algumas escalas de avaliação da

autoestima global e escalas de avaliação do stress parental na UCIN, necessidades parentais na UCIN e competência parental, passíveis de implementar ao nível da UCIN, e cujos resultados poderão ser úteis para a melhoria dos cuidados e para a promoção da autoestima materna.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A autoestima materna define-se como o valor que uma mulher atribui à avaliação refletida de si mesma como mãe, é a identificação pela mulher do seu papel maternal que por sua vez é refletido na relação mãe/criança, constituindo-se como uma componente essencial da maternidade e fator decisivo para a mulher conseguir ultrapassar os desafios da mesma (McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

A relação mãe-bebé, particularmente a capacidade da mãe em interagir e cuidar do seu filho, é essencial para o desenvolvimento da autoestima e da confiança materna (McGrath & Meyer, 1992), "Sentir-se confiante e segura no papel de mãe, sendo capaz de realizá-lo com prazer e sucesso, afetará (…) a sua autoestima e bem-estar emocional" (Felice, 2006, citado por Lourenço, 2013, p.20-21). A autoestima materna é estimulada quando a mãe percebe que é a melhor mãe possível para o seu filho e atribui valor ao seu papel de mãe (McGrath & Meyer, 1992).

O internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) tem um grande impacto na família, particularmente na mãe (Perlin, Oliveira, & Gomes, 2011). Ter um filho prematuro é uma experiência stressante para as mães, que tendem a sentir-se culpadas pelo nascimento prematuro, pois acreditam que terá sido causado pela sua falta de cuidado ou ignorância (Cho, et al., 2016; Montes & Prieto, 2016). O nascimento e a hospitalização de um recém-nascido prematuro aumentam a vulnerabilidade emocional da mãe, contribuindo para o aumento do stresse e ansiedade relacionados com o bebé, com o risco de possíveis complicações e com a necessidade de separação a longo prazo (Cho, et al., 2016).

As mães podem apresentar sentimentos confusos e ambivalentes (sentimentos de culpa, ansiedade, medo, depressão, raiva, inutilidade, fracasso, inferioridade, angústia, fragilidade, insegurança), que decorrem da privação da mãe em poder cuidar do seu filho durante o internamento (Perlin, Oliveira, & Gomes, 2011). O facto de as mães não participarem no cuidado ao filho fá-las sentirem-se impotentes, deprimidas e ansiosas, alterando o seu papel parental (Parhiz, Birjandi, Khazaie, & Sharifzadeh, 2016). O internamento do seu filho na UCIN equivale à perda do filho idealizado e da impossibilidade de estar com ele, a mãe sente-se privada da sua função materna, vê-se apenas como expectadora do cuidado do seu filho, demonstrando dificuldade em reconhecer-se como mãe e em aceitar e reconhecer o seu filho, pois existe alguém que se apropria dos cuidados que deveriam ser realizados por ela, gerando nela sentimentos de

inutilidade, fracasso, inferioridade, angústia, fragilidade, insegurança e medos (Cartaxo, et al., 2014; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

A fragilidade na autoestima é um dos sentimentos predominantes relatados pelas mães com recém-nascidos internados na UCIN (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015). As mães referem difculdade em "sentirem-se compreendidas na singularidade das suas experiências e nas particularidades de suas realidades. Sentem que o real esforço que fazem e seu envolvimento com a situação do filho não são reconhecidos" (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015, p. 231). "As mães mostraram-se permissivas ao comando do profissional, apesar de intimamente tentarem buscar formas de se manifestar como mãe, com raiva das regras e da forma como são tratadas. Sentem desconfortos e discordam, mas se conformam. Tal aspecto impacta sua autorrealização, autoconfiança e autoestima" (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015, p. 232).

A falta de oportunidade de a mãe interagir afetivamente com o seu filho internado pode também desencadear problemas na vinculação e ocasionar alterações no relacionamento futuro de ambos (Cartaxo, et al., 2014).

A autoestima materna é relevante no processo de interação com a criança, quanto mais a mãe tiver uma boa imagem de si mesma, melhor cuidará do seu filho (Bayle, 2006, citado por Lourenço, 2013). O nível de autoestima materna é também um importante preditor das competências maternas e da alta qualidade na interação mãe-bebé sendo um fator fundamental para o desenvolvimento do vínculo materno ao bebé. As mães que têm um nível de autoestima mais elevado, apresentam uma vinculação positiva ao bebé, pois a baixa autoestima inibe a formação do vínculo materno (Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013). Pode-se então concluir que a autoestima materna está positivamente relacionada com uma vinculação positiva, sendo que o nível de autoestima da mulher é um fator essencial para o desenvolvimento do vínculo materno ao bebé (Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013).

Também o método Canguru assume um papel importante na autoestima materna, na medida em que promove níveis elevados de autoestima materna (Lee & Kyung-Sook, 2011; Tamez, 2016). O Método Canguru capacita as mães e aumenta a sua confiança para prestarem cuidados ao filho prematuro, aumentando o sentimento de controlo e de competência para prestar cuidados (Organização Mundial de Saúde & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2003; Tamez, 2013). As mães que fazem canguru relatam maior confiança, autoestima, sentimento de satisfação, sentido de fortalecimento, confiança e um sentimento de que podem fazer algo positivo pelos seus bebés prematuros

(Organização Mundial de Saúde & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2003).

A autoestima materna assume grande importância no processo de transição para a maternidade, sendo então um fator a considerar e a promover pelos profissionais de saúde (Lourenço, 2013). Para promover a autoestima os profissionais de saúde devem ter atitudes positivas, privilegiar a aproximação e a participação nos cuidados ao recém-nascido. Desta forma contribuirão para a consolidação dos laços afetivos, "tão importantes para a superação dos obstáculos enfrentados pela díade criança e família no contexto da hospitalização neonatal" (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017, p.4).

Os sentimentos maternos em relação ao recém-nascido prematuro podem ser atenuados ou reforçados com a oportunidade de a mãe participar, de alguma forma, nos cuidados ao filho, permitindo que recuperem a sua autoestima e a sua capacidade de responder aos seus filhos como um cuidador "especialista" (Ionio, et al., 2013; Cartaxo, et al., 2014). Assim, torna-se fundamental o planeamento de intervenções para promover o vínculo entre pais e filhos e favorecer a adaptação destes à UCIN (Cartaxo, et al., 2014).

As intervenções da UCIN devem ser voltadas para o restabelecimento da autoestima materna, reduzindo o stresse materno e a depressão, e incentivando as interações com o recém-nascido como parte integrante do cuidado necessário o recém-nascido prematuro (Guillaume, et al., 2013).

É importante que os profissionais desenvolvam uma interação efetiva, compreendam a vivência destes pais nesta fase da vida, proporcionando espaço para expressarem os seus sentimentos, oferecendo elementos concretos e facilitadores para que ocorram transformações possibilitando-os superar barreiras e se movimentarem em direção à aproximação e interação com o seu filho (Cartaxo, et al., 2014).

A equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais deve "estabelecer uma relação empática com as mães, com o propósito de assistir seres especiais e as famílias no enfrentamento da doença e do sofrimento, para que busquem significado positivo dessa vivência, quando possível" (Coelho & Rodrigues, 2009, citados por Cartaxo, et al., 2014, p.552).

Os enfermeiros atuam como facilitadores do processo de adaptação familiar, desempenhando um papel essencial na construção do elo entre mães e filhos, promovendo o vínculo entre a família e o recém-nascido. A atenção dada aos pais também deve ser uma das prioridades dos serviços de neonatologia, fazendo com que os pais se sintam

valorizados e participantes ativos (Pieszak, et al., 2017; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

PROPOSTA

Sendo a autoestima materna uma componente essencial da maternidade e um fator importante para a mulher conseguir ultrapassar os desafios da maternidade, assim como o internamento na UCIN (Lourenço, 2013), torna-se essencial o Enfermeiro desenvolver e implementar intervenções promotoras da autoestima materna, que, por sua vez, irão influenciar o recém-nascido e a sua evolução do internamento. Como refere Guillaume, et al. (2013) as intervenções da UCIN devem ser voltadas para o restabelecimento da autoestima materna, reduzindo o stresse materno e a depressão, e incentivando as interações com o recém-nascido como parte integrante do cuidado necessário ao recém-nascido prematuro. Como tal torna-se necessário que o Enfermeiro cuide da mãe que tem um recém-nascido prematuro, capacitando-a para conseguir cuidar do seu filho de forma autónoma.

É também importante salientar que os cuidados de Enfermagem na neonatologia são prestados em parceria com a família, ou seja, têm na sua base a filosofia dos cuidados centrados na família, que implica um envolvimento dos pais no processo de cuidados à criança (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Mendes, 2013).

Sendo então a autoestima materna relevante para a prática dos cuidados de Enfermagem em contexto de neonatologia e trabalhando o Enfermeiro em parceria com a família, elaborou-se a seguinte proposta para introdução da temática da promoção da autoestima das mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia no guia do Plano Nacional Único (PNU) para a neonatologia. A proposta elaborada tem como objetivo complementar as intervenções de Enfermagem já definidas e implementadas no internamento de neonatologia, de forma a promover a melhoria dos cuidados prestados ao recém-nascido prematuro internado e à sua família (as sugestões são apresentadas em *itálico*). São também apresentadas escalas de avaliação da autoestima global e escalas de avaliação do stress parental na UCIN, necessidades parentais na UCIN e competência parental passíveis de implementar ao nível da UCIN e cujos resultados serão úteis para a melhoria dos cuidados prestados e para a promoção da autoestima materna.

<u>Vinculação: Vinculação Comprometida</u>

- Ensinar a mãe e (ou) pai sobre a vinculação

Descrever nas observações o ensino feito, especificando se os ensinos realizados incidiram na promoção da autoestima materna

Um vínculo adequado é a base para relacionamentos saudáveis entre pais e filhos e a base para a saúde mental dos recém-nascidos prematuros (Steyn, Poggenpoel, & Myburgh,

2017).

O nível de autoestima materna é um importante preditor das competências maternas e de alta qualidade na interação mãe-bebé sendo um fator fundamental para o desenvolvimento do vínculo materno ao bebé (Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013).

Sabe-se que a autoestima materna está positivamente relacionada com uma vinculação positiva, sendo que as mães que têm nível de autoestima mais elevado, apresentam uma vinculação positiva ao bebé e que a baixa autoestima inibe a formação do vínculo materno (Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013).

Torna-se então necessário que o Enfermeiro ao realizar ensinos aos pais sobre a vinculação reforce a importância da vinculação não só para o bebé, mas também para os pais.

- Instruir a mãe e (ou) pai sobre o método canguru

Especificar: Quem fez canguru, quando iniciou e quando terminou, a transferência em pé ou sentado e se foi necessário ajuda ou com autonomia, *descrever como a mãe (e ou pai) se sentiu, o quão importante foi para si realizar canguru e outros sentimentos/afirmações verbalizadas pela mãe (e ou pai)*

O Método Canguru tem efeitos na autoestima materna, promovendo níveis elevados da mesma (Lee & Kyung-Sook, 2011; Tamez, 2016). As mães que fazem canguru relatam maior confiança, autoestima, sentimento de satisfação, sentido de fortalecimento, confiança e um sentimento de que podem fazer algo positivo pelos seus bebés prematuros (Organização Mundial de Saúde & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2003). Assim, é fundamental o Enfermeiro descrever também como decorreu a intervenção, permitindo aos pais partilharem como se sentiram. Isso fará com que a mãe (e ou pai) se sinta valorizada e aos poucos vá ganhando competências e se sinta confiante para cuidar do seu filho

- Avaliar comportamentos de vinculação (0-3meses)

Avaliar o comportamento de vinculação através da utilização de escalas de avaliação da vinculação:

- Escala Bonding (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, 2005) - *Maternal Baby Bonding Questionnaire* (Taylor, et al, in press);

- Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2012) - *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ) (Brockington, Oates, George, Turner, Vostanis, Sullivan, & Murdoch, 2001)

Apesar de já existir uma escala de avaliação da vinculação sugere-se a inclusão de outras escalas que permitam avaliar a vinculação por parte da mãe e por parte do bebé, assim como a existência de perturbações na relação. A primeira escala tem como objetivo avaliar a qualidade do envolvimento emocional dos pais com o bebé (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, 2005) e a segunda tem como objetivo avaliar a existência de perturbações na relação que mães e pais estabelecem com o seu bebé (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2012)

Papel Parental: Papel parental comprometido

- Incentivar desempenho do papel parental (Utilizar intervenção para quando os pais fazem canguru e a vinculação deixou de estar comprometida)

Especificar: Quem fez canguru, quando iniciou e quando terminou, a transferência em pé ou sentado e se foi necessário ajuda ou com autonomia, *descrever como a mãe (e ou pai) se sentiu, o quão importante foi para si realizar canguru e outros sentimentos/afirmações verbalizadas pela mãe (e ou pai)*

ESCALAS DE AVALIAÇÃO PARENTAL

Tendo em conta a importância de envolver os pais nos cuidados ao recém-nascido prematuro, de forma a capacitá-los para a prestação de cuidados e para promover a sua autoestima (particularmente a da mãe), sentiu-se a necessidade de se incluir algumas escalas para avaliação do stress parental, necessidades parentais, competência parental nesta proposta. Os resultados da aplicação desta escala poderão ser úteis para a prática dos cuidados pois será possível ir de encontro às necessidades sentidas pelos pais. Por outro lado, e tal como refere McGrath & Meyer (1992), é importante o Enfermeiro proporcionar às mães oportunidades para aprender sobre o comportamento e o desenvolvimento dos bebés prematuros. Desta forma estaremos a contribuir para a promoção da sua autoestima.

De seguida apresenta-se a lista de sugestões de escalas a introduzir no âmbito dos cuidados de Enfermagem na neonatologia:

- Escala De Stress Parental: Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais (Santos, 2014) - *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (Miles, Funk e Carlson, 1993)

Objetivo: Avaliar o stress vivenciado pelos pais de recém-nascidos internados em unidades neonatais;

- Inventário de Necessidades da Família na UCIN (Alves, Severo, Amorim, Grande, & Silva, 2016) - *NICU Family Needs Inventory* (Ward, 2001)

Objetivo: Avaliar as necessidades de mães e pais durante o internamento do neonato na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

- Questionário de Competência Parental (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2011) - *Maternal Confidence Questionnaire* (Badr & Further, 2005)

Objetivo: Avaliar a confiança dos progenitores relativamente às suas próprias competências como cuidadores de um bebé, bem como a sua capacidade para reconhecer as necessidades do bebé;

- Inventário de Percepção Neonatal (Moreira, et al., 2009) - *Neonatal Perception Inventory* (Broussard, 1963)

Objetivo: Avaliar a perceção que a mãe tem do comportamento do seu bebé, por comparação com a maioria dos bebés ou do bebé típico;

- Escala da Mãe e do Bebé (Sereno, Maroco, Correia, & Leal, 2012) - *The Mother*

and Baby Scales (St. James-Roberts e Wolke, 1987)

Objetivo: Avaliar a confiança da mãe na prestação de cuidados ao bebé, nomeadamente, a emocionalidade negativa dos bebés e os seus comportamentos de alerta, assim como as perceções dos pais acerca da sua confiança na prestação de cuidados ao bebé.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maternidade tem um grande significado e valor afetivo para a mulher, sendo a autoestima materna uma componente essencial da maternidade e um fator decisivo para a mulher conseguir ultrapassar os desafios da maternidade. A autoestima materna apresenta uma grande relevância no processo de transição para a maternidade, devendo constituir-se um fator a considerar e a promover pelos profissionais de saúde.

A relação mãe-bebé, particularmente a capacidade da mãe em interagir e cuidar do seu filho, é vista como central para o desenvolvimento autoestima e da confiança materna. Assim a autoestima materna é estimulada quando a mãe percebe que é a melhor mãe possível para o seu filho e atribui valor ao seu papel de mãe.

O nascimento de um filho prematuro tem um grande impacto na autoestima da mãe, nas suas capacidades maternais e no papel feminino, desencadeando nas mães sentimentos de culpa, impotência, ansiedade, medo, entre outros.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na promoção da autoestima materna pois nesse momento torna-se imperioso que os profissionais informem com muita sensibilidade e demonstrem cuidado e delicadeza na forma como contactam e desenvolvem o discurso, perante aquela situação tão delicada. Há que ter em conta todas as expectativas positivas que os pais possam ter em relação à evolução do filho.

O papel do Enfermeiro tem de funcionar como um auxílio, cuja finalidade seja ajudar a família a atravessar este momento difícil, de forma consciente e segura.

Ao profissional de Enfermagem, cabe ainda o acompanhamento durante o processo de forma cuidadosa e atenta com o objetivo de construir uma autonomia materna. Será oportuno lembrar aqui que a assistência à mãe e ou pai deverá passar por um ensino-aprendizagem da família onde se resgate essencialmente a autoestima materna, aproveitando a experiência do internamento da criança prematura, num projeto de vida construtivo e vantajoso para todas as partes integrantes desse processo capaz de garantir a prestação de cuidados adequados ao bem estar do bebé.

Refira-se ainda que o papel que os enfermeiros desempenham ao longo de todo este processo deve ser de vinculação e observação dos pais, compreendendo-os, aceitando-os, apoiando-os, ajudando-os e orientando-os no caminho que eles vão percorrendo, ao mesmo tempo que lhes permitem o acesso à escolha das opções mais ajustadas ao seu caso. Todo este trabalho passa pela leitura e interpretação dos sinais que o bebé transmite aos pais. Neste caso o Enfermeiro deverá ser um facilitador dessa relação contribuindo para essa aprendizagem.

Para promover a autoestima os profissionais de saúde devem ter atitudes positivas, privilegiar a aproximação e a participação nos cuidados ao recém-nascido. As intervenções da UCIN devem ser voltadas para o restabelecimento da autoestima materna, reduzindo o stresse materno e a depressão, e incentivando as interações com o recém-nascido como parte integrante do cuidado necessário ao recém-nascido prematuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, E., Severo, M., Amorim, M., Grande, C., & Silva, S. (2016). A short form of the neonatal intensive care unit family needs inventory. Jornal de PEdiatria, 92(1), 73-80. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n1/pt_1678-4782-jped-92-01-00073.pdf

Cartaxo, L. d., Torquato, J. A., Agra, G., Fernandes, M., Platel, I. C., & Freire, M. M. (2014). Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Enfermagem UERJ, 22(4), 551-557. Obtido em 24 de novembro de 2018, de http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf

Chen, C.-W., & Conrad, B. (2001). The Relationship Between Maternal Self-Esteem and Maternal Attachment in Mothers of Hospitalized Premature Infants. Journal of Nursing Research, 9(4), 69-81. Obtido em 26 de novembro de 2018, de https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11789133

Cho, E.-S., Kim, S.-J., Kwon, M. S., Cho, H., Kim, E. H., Jun, E. M., & Lee, S. (2016). The effects of kangoroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stress. Journal of Pediatric Nursing, 31(4), 430-438. Obtido em 21 de novembro de 2018, de https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(16)00053-1/fulltext

Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. Psychologica, 40, 133-154. Obtido em 07 de dezembro de 2018, de http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4717

Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., LEscure, S., . . . Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. BMC Pediatrics, 13(18), 1-9. Obtido em 27 de novembro de 2018, de https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-18

Hopwood, R. (2010). The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU. Infant Journal, 6(2), 54-58. Obtido em 30 de novembro de 2018, de http://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_032_npp.pdf

Lee, J., & Kyung-Sook, B. (2011). The effects of Kangaroo Care on Maternal Self-esteem and Premature Infants' Physiological Stability. Korean Journal of Women Health Nursing, 17(3), 454-462. Obtido em 22 de novembro de 2018, de https://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/0102KJWHN/kjwhn-17-454.pdf

Lourenço, I. M. (2013). Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a Autoestima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé. Dissertação, Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais, Psicologica, Évora. Obtido em 26 de novembro de 2018, de http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/11171

McGrath, M. M., & Meyer, E. C. (1992). Maternal Self-Esteem: From Theory to Clinical Pratice in a Special Care Nursery. Children's Health Care, 21(4), 199-205. doi:10.1207/s15326888chc2104_2

McGrath, M., Boukydis, C. F., & Lester, B. M. (1993). Determinant of Maternal Self-Esteem in the Neonatal Period. Infant Mental Health Journal, 14(1), 35-48. Obtido em 26 de novembro de 2018, de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0355%28199321%2914%3A1<35%3A%3AAID-IMHJ2280140104>3.0.CO%3B2-R

Mendes, M. S. (2013). A Natureza da Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria: Um contributo para a parceria efetiva. Tese de Doutoramento, Unversidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Obtido em 15 de dezembro de 2018, de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15342/1/Tese.pdf

Montes, L. B., & Prieto, A. M. (2016). Uncertainty Associated to Parents of Preterm Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units. Investigación y Educación en Enfermería, 34(2), 360-367. Obtido em 24 de novembro de 2018, de http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v34n2/v34n2a16.pdf

Moreira, H., Silva, S., Oliveira, C., Pedrosa, A. A., Canavarro, M. C., & Barros, L. (2009). Percepção Neonatal na Transição para a Maternidade: Estudos Psicométricos do Inventário de Percepção Neonatal Numa Amostra de Mães da População Portuguesa. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 2(28), 81-104. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645444006.pdf

Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. (2011). Avaliação da Confiança Parental: Versão Portuguesa do Maternal Confidence Questionnaire. Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (pp. 1949-1960). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18232

Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2012). Avaliação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). Laboratório de Psicologia, 10(1), 47-61. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de valiação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Organização Mundial de Saúde, & Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. (2003). Kangaroo mother care: a practical guide. Obtido em 27 de novembro de 2018, de World Health Organization: Maternal, newborn, child and adolescent health: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/

Parhiz, Z., Birjandi, M. H., Khazaie, T., & Sharifzadeh, G. (2016). The Effects of an Empowerment Program on the Knowledge, Self-Efficacy, Self-Esteem, and Attitudes of Mothers of Preterm Neonates. Modern Care Journal, 13(3), 1-5. Obtido

em 21 de novembro de 2018, de http://health.bums.ac.ir/dorsapax/FileManager/UserFiles/Sub_32/o6333219.pdf

Perlin, D. A., Oliveira, S. M., & Gomes, G. C. (2011). A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. Revista Gaúcha de Enfermagem, 32(3), 458-464. Obtido em 24 de novembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/04.pdf

Pieszak, G. M., Paust, A. M., Gomes, G. C., Arrué, A. M., Tatsch, E. N., & Machado, L. M. (2017). Internação de recém-nascidos prematuros: percepções dos pais e revelações acerca do cuidar de enfermagem. 18(5), 591-597. doi:10.15253/2175-6783.2017000500005

Santos, C. P. (2014). Tradução, adaptação cultural e validação da Parental Stress Scale-Neonatal Intensive Care Unit para a população Portuguesa. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=31626&code=196

Sereno, S., Maroco, J., Correia, M., & Leal, I. (2012). Versão Portuguesa do Mother and Baby Scales (MABS). Psicologia, Saúde e Doenças, 13(2), 447-485. Obtido em 6 de dezembro de 2018, de http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2493/1/PSD_13_447-458.pdf

Steyn, E., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2017). Lived experiences of parents of premature babies in the intensive care unit in a private hospital in Johannesburg, South Africa. Curationis, 40(1), 1-8. Obtido em 24 de novembro de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091584/pdf/CUR-40-1698.pdf

Tamez, R. N. (2013). Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de auto risco (5ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Guanabara Koogan LTDA.

Veronez, M., Borghesan, N. A., Corrêa, D. A., & Higarashi, I. H. (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. Revista Gaúcha de Enfermagem, 38(2), e60911. doi:http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170260911.pdf

Wernet, M., Ayres, J. d., Viera, C. S., Leite, A. M., & Mello, D. F. (2015). Reconhecimento maternl na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem, 225-234. Obtido em 22 de novembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0228.pdf

APÊNDICE XXIV

Reflexão Crítica:

Promoção da Autoestima em Mães de Recém-Nascidos Prematuros Internados na Unidade de Neonatologia

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Reflexão Crítica

Promoção Da Autoestima em Mães de Recém-Nascidos Prematuros Internados na Unidade de Neonatologia

Unidade Curricular:

Estágio Final e Relatório

Discente:

Marta Ferreira, nº 192017034

Orientador de estágio:

Docente:

Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, dezembro de 2018

INTRODUÇÃO

A presente reflexão foi elaborada no âmbito do estágio da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório" realizado em contexto de neonatologia e tem como objetivo realizar uma reflexão crítica da literatura acerca da temática da promoção da autoestima em mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia, comparando-a com aquilo que foi observado durante a prestação de cuidados realizado pela estudante em contexto de estágio. Pretende-se então refletir sobre os cuidados e ao mesmo tempo aprofundar conhecimentos na área da promoção da autoestima materna.

O exercício reflexivo assume-se como uma "resposta humana da pessoa à experiência, onde o aprendente recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e a avalia" (Boud et al., 1985, citado por Peixoto & Peixoto, 2016, p.122). Refletir sobre os cuidados e as intervenções permite não só colmatar lacunas existentes entre a teoria e a prática como ampliar os conhecimentos de Enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

De acordo com Peixoto & Peixoto (2016, p.3) "O exercício reflexivo emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro. Permite-se, que o saber experienciado e construído, sustente cautelosamente o futuro e o seu entendimento."

A análise reflexiva assume-se então como uma ferramenta indispensável para a aquisição de novos conhecimentos e para a melhoria dos cuidados.

REFLEXÃO

Em contexto de neonatologia torna-se complicado aprofundar as questões da autoestima em criança, uma vez que o recém-nascido ainda não possui consciência acerca de si próprio e como tal não terá alterações na sua autoestima. Apesar disso a literatura refere que a autoestima da criança pode ser estimulada desde o nascimento. De acordo com Frada & Neves (2017) a criança encontra-se recetiva a estímulos que conduzem à valorização ou desvalorização da autoestima desde o nascimento. A autoestima não nasce com a criança, mas pode ser educada desde o nascimento, sendo que os pais desempenham um papel fundamental na aquisição da mesma (Frada & Neves, 2017). Também a "qualidade dos vínculos afetivos iniciais entre a criança e os progenitores e a formação de laços seguros" (Plummer, 2012, p.9) são fatores essenciais para o desenvolvimento de um autoconceito saudável e de sentimentos de valor e competência (Plummer, 2012). A autoestima na criança surge a partir "do valor demonstrado e expressado pelos pais (…) em relação a ela" (Barreto, 2015, p. 72), é pois uma "construção diária, onde os membros da família se alimentam de expressões de afeto, valorização, esperança, escuta e apoio farão sentir, neste caso nas crianças, que elas são desejadas e importantes no seio da dinâmica familiar e na vida" (Barreto, 2015, p.73).

Apesar do que se encontra descrito na literatura, e após o diagnóstico de situação elaborado em contexto de estágio, concluiu-se que seria mais pertinente intervir ao nível da autoestima materna uma vez que esta tem influência ao nível da relação mãe-bebé, especialmente ao nível da vinculação (McGrath, Boukydis, & Lester, 1993), podendo no futuro ter repercussões ao nível da autoestima da criança. Por outro lado, o Enfermeiro que trabalha em neonatologia (e em pediatria) não cuida apenas do recém-nascido, ele presta cuidados centrados na família, ou seja, ele inclui nos seus cuidados os pais, e como tal considerou-se pertinente aprofundar conhecimentos e realizar intervenções no âmbito da promoção da autoestima em mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia.

O nascimento de um filho prematuro tem um grande impacto na autoestima da mãe, nas suas capacidades maternais e no papel feminino, sendo concebido pela mesma como uma perda de uma parte do corpo, um insulto à sua integridade corporal e um sinal de inferioridade (McGrath & Meyer, 1992; Chen & Conrad, 2001). Por outro lado, os recém-nascidos que necessitam de internamento apresentam ameaças potenciais ao desenvolvimento da autoestima materna, que por sua vez influenciam o autoconceito geral da mulher (McGrath & Meyer, 1992).

A autoestima materna define-se como o valor que uma mulher atribui à avaliação refletida de si mesma como mãe, é a identificação pela mulher do seu papel maternal que, por sua vez, se reflete na relação mãe/criança, constituindo-se como uma componente essencial da maternidade e um fator decisivo para a mulher conseguir ultrapassar os desafios da mesma (McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). O facto de a mãe se sentir confiante e segura no seu papel, "sendo capaz de realizá-lo com prazer e sucesso, afetará (…) a sua autoestima e bem-estar emocional" (Felice, 2006, citado por Lourenço, 2013, p.20-21).

A autoestima materna é afetada por fatores maternos e infantis tais como o estado de saúde da criança, a perceção materna do estado de saúde infantil, comportamento do recém-nascido; por variáveis sociais e demográficas; pelo apoio familiar e pelas respostas e comportamentos dos profissionais de saúde (McGrath, Boukydis, & Lester, 1993). Esta influência do estado de saúde infantil e das respostas e comportamentos dos profissionais de saúde foi possível observar em contexto de estágio. No decorrer dos turnos foi possível constatar que, consoante o recém-nascido ia apresentando melhorias do seu estado de saúde (ficar sem ventilação não invasiva, sem oxigénio, começar a mamar, apresentar estabilidade hemodinâmica), a mãe ia-se sentindo mais confiante e mais tranquila, demonstrando assim melhorias na própria autoestima. Também o reforço positivo dado pelos profissionais à mãe foram fatores importantes para a autoestima materna.

O nascimento de um filho prematuro é um acontecimento inesperado para a mãe, gerando na mesma uma sobreposição de perdas e de sentimentos. Existe uma sensação de fracasso no desempenho do papel materno, uma perca do filho idealizado e a impossibilidade de estar com ele em casa, um sentimento de impotência (por não ter concebido um bebé "normal" e por sentir que o parto prematuro foi provocado por si por falta de cuidado/ignorância), um sentimento de culpa, ansiedade, medo, depressão e raiva, que decorrem da privação da mãe em poder cuidar do seu filho durante o internamento (Chen & Conrad, 2001; Perlin, Oliveira, & Gomes, 2011; Cho, et al., 2016; Parhiz, Birjandi, Khazaie, & Sharifzadeh, 2016; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). O facto de as mães não participarem no processo de prestação de cuidados ao filho também as faz sentirem-se impotentes, deprimidas e ansiosas, contribuindo para alterações no seu papel parental (Perlin, Oliveira, & Gomes, 2011; Parhiz, Birjandi, Khazaie, & Sharifzadeh, 2016).

Para as mães o internamento do seu filho na Unidade de Cuidados Intensivos

Neonatais (UCIN) equivale à perda do filho idealizado e da impossibilidade de estar com ele, gerando nela sentimentos de inutilidade, fracasso, inferioridade, angústia, fragilidade, insegurança e medos e desencadeando desequilíbrios emocionais, aumento dos níveis de ansiedade da mãe e alterações na sua autoestima (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

As mães de recém-nascidos prematuros apresentam uma autoestima materna significativamente menor do que as mães de recém-nascidos de termo, derivado da privação de poder cuidar do seu filho como seria suposto e por acreditar que não possui competência para tal (McGrath & Meyer, 1992; McGrath, Boukydis, & Lester, 1993; Chen & Conrad, 2001), o que foi possível comprovar na prática dos cuidados. Em várias ocasiões (especialmente quando era feito algum ensino) a mãe do recém-nascido de quem cuidei verbalizou que, apesar de já ser o terceiro filho, não era capaz de cuidar dele da mesma forma que cuidou dos irmãos. Ela sentia-se pouco competente e receosa de tocar no seu filho, questionando várias vezes a equipa de Enfermagem se estava a fazer bem, apesar de o estar a fazer.

Como refere Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello (2015) a fragilidade na autoestima é um dos sentimentos predominantes relatados pelas mães de recém-nascidos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais. As mães sentem dificuldade em "sentirem-se compreendidas na singularidade das suas experiências e nas particularidades de suas realidades. Sentem que o real esforço que fazem e seu envolvimento com a situação do filho não são reconhecidos" (Wernet, Ayres, Viera, Leite, & Mello, 2015, p. 231).

Na UCIN as mães sentem-se privadas da sua função materna, apresentando dificuldades em reconhecer-se como mães e em aceitar e reconhecer o seu filho (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). Esta falta de oportunidade para a mãe interagir afetivamente com o seu filho pode levar a alterações na vinculação e ocasionar distúrbios no relacionamento futuro de ambos (Cartaxo, et al., 2014; Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017).

A autoestima materna desempenha um papel importante no processo de vinculação. Quanto mais a mãe tiver uma boa imagem de si mesma, melhor cuidará do seu filho, e quanto melhor o seu estado emocional, maior a probabilidade de ultrapassar os obstáculos com sucesso (Lourenço, 2013). O nível de autoestima materna é um importante preditor das competências maternas e de alta qualidade na interação mãe-bebé sendo um fator fundamental para o desenvolvimento do vínculo materno ao bebé. As

mães que têm um nível de autoestima mais elevado, apresentam uma vinculação positiva ao bebé, sendo que a baixa autoestima inibe a formação do vínculo materno (Chen & Conrad, 2001; Lourenço, 2013). Portanto um vínculo adequado é a base para relacionamentos saudáveis entre pais e filhos e a base para a saúde mental dos recém-nascidos prematuros (Steyn, Poggenpoel, & Myburgh, 2017).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no fortalecimento efetivo do vínculo entre os pais e recém-nascido, contribuindo para o bem-estar da criança (Hopwood, 2010), tal como foi comprovado na prática em contexto de estágio. Os enfermeiros da neonatologia promovem a vinculação desde a primeira visita da mãe ao recém-nascido, explicando tudo o que se passa em torno do recém-nascido, incentivando-a a tocar no recém-nascido e vir sempre que quiser e puder à unidade, assim como esclarecer dúvidas. Ao promover a vinculação o Enfermeiro estará a intervir ao nível da autoestima materna contribuindo para o aumento da mesma, na maioria dos casos.

De acordo com McGrath, Boukydis, & Lester (1993) quando a mãe atribui um valor afetivo ao seu papel materno e acredita que ela é a melhor mãe possível para o seu bebé, ela estará a aumentar a sua autoestima, pois, tal como referido anteriormente, as mães de recém-nascidos prematuros apresentam uma baixa autoestima porque simplesmente não se sentem capazes de cuidar daquele filho que aos seus olhos é tão pequeno e tão frágil. E é aqui que o Enfermeiro desempenha um papel essencial. Os profissionais de saúde devem ter atitudes positivas, privilegiar a aproximação e a participação nos cuidados ao recém-nascido, de forma a contribuir para a consolidação dos laços afetivos, "tão importantes para a superação dos obstáculos enfrentados pela díade criança e família no contexto da hospitalização neonatal" (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017, p.4). O facto de a mãe ter a oportunidade de participar de alguma forma nos cuidados ao filho, atenuará/reforçará os sentimentos maternos em relação ao mesmo (Cartaxo, et al., 2014). Ao estabelecer um relacionamento positivo com o seu filho, a mãe melhora a sua habilidade para cuidar dele, o que permite a recuperação da autoestima materna e da sua capacidade de responder ao seu filho como um cuidador "especialista" (Ionio, et al., 2013). A mãe passa a sentir-se útil e confiante acerca dos cuidados prestados e consequentemente recompensada (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). Assim, é importante intervir junto da mãe para que ela ganhe confiança e competência no seu papel materno, promovendo assim a sua autoestima (McGrath, Boukydis, & Lester, 1993).

As intervenções de Enfermagem devem ser voltadas para o restabelecimento da

autoestima materna, reduzindo o stresse materno e a depressão, e incentivando as interações com o recém-nascido como parte integrante do cuidado necessário o recém-nascido prematuro (Guillaume, et al., 2013). As intervenções devem ser planeadas com o intuito de estimular o vínculo entre mãe e filho, favorecer a adaptação dos pais à UCIN, e incentivar o contacto físico e o cuidado precoce. É fundamental que os profissionais desenvolvam uma interação efetiva, compreendam a vivência dos pais nesta fase da vida, possam oferecer espaço para que expressem os seus sentimentos e ofereçam elementos concretos e facilitadores, para que ocorram transformações que os possibilite superar barreiras e se movimentarem em direção à aproximação e interação com o seu filho (Cartaxo, et al., 2014). Desta forma estaremos a contribuir para a vivência de uma parentalidade saudável que por sua vez irá facilitar a adaptação à realidade de ter um filho prematuro e consequentemente melhorar a autoestima da mãe, que se sentirá mais confiante no seu papel.

Durante a prática dos cuidados em contexto de estágio foi possível observar que estes princípios para a realização das intervenções de Enfermagem já são aplicados e têm grande impacto não só no processo de adaptação da mãe à UCIN, mas também no processo de vinculação e, acima de tudo, na autoestima materna. Foi interessante observar nas mães dos recém-nascidos que no início do internamento sentiam-se tristes, apresentando alguma dificuldade em tocar nos seus filhos. Assim que lhes era dada a oportunidade de começarem a cuidar do seu filho, mesmo que fosse apenas trocar a fralda, a sua expressão e o seu comportamento mudavam, e aos poucos iam pedindo para fazer mais coisas. Sentiam-se assim úteis e a pouco e pouco sentiam-se "mães".

McGrath & Meyer (1992), no seu artigo, fazem algumas recomendações acerca de como promover a autoestima das mães de recém-nascidos prematuros, com base nos cuidados centrados na família. Mesmo não sendo um artigo recente, o mesmo mantém-se atual, pois apesar de a maior parte das recomendações para a prática a que faz referência já serem aplicadas na maioria das unidades de neonatologia, há já alguns anos, é sempre importante reforçar estas medidas juntos dos profissionais, sensibilizando-os ao mesmo tempo para esta temática.

Estes autores propõem então que os profissionais de saúde tenham uma compreensão alargada do papel materno por parte dos profissionais de saúde (compreender como a mãe julga a sua capacidade como mãe); promovam um clima de não-julgamento, no qual os profissionais confiam nas mães; diligenciem fóruns regulares para troca de informações entre mães e equipa de saúde, evitando os relatos unidirecionais

de informações de enfermeiros para pais (a informação capacita os pais e fornece-lhes as bases necessárias para cumprir as suas funções de tomada de decisão); se abstenham de "fazer pela" mãe, pois pode diminuir o seu sentido de competência em desenvolvimento (os profissionais podem intimidar ou inibir as mães com as suas habilidades e grau de proficiência); criem um ambiente propício à aprendizagem (não avaliativo, não apressado, solidário) incentivando as mães a dedicarem o seu tempo e a individualizar as oportunidades de aprendizagem; deem tempo à mãe para segurar e conhecer o seu bebé; proporcionem às mães o acesso a uma variedade de recursos para aprender sobre cuidados gerais e cuidados parentais de um bebé prematuro, e de consolidar o que aprendeu (livros, biblioteca de recursos, vídeos, planos de cuidados individualizados, grupos de pais, sites); proporcionem às mães oportunidades para participar nos cuidados (posicionamento, banho, segurar, alimentação) - um aumento gradual da participação e responsabilidade da mãe no cuidar, que está sintonizado com as habilidades e desejos da mãe, pode fomentar a autoestima materna; facilitem oportunidades para as mães entrarem em contato com outros pais de bebés prematuros; reconheçam os sucessos e habilidades das mães em cuidar e interagir com os seus bebés, como forma de estimular o seu sentido de orgulho e enfatizar a sua prontidão para cuidar do bebé; incentivem as mães a compartilhar as suas perceções e experiências com seus bebés; recordem às mães que elas têm coisas especiais para oferecer aos seus bebés que não podem ser fornecidas pela equipa de Enfermagem (toque, voz, leite materno); e proporcionem às mães oportunidades de aprender sobre o comportamento e o desenvolvimento dos bebés prematuros (McGrath & Meyer, 1992).

Foi possível observar todos estes aspetos na prática dos cuidados em contexto de estágio, o que vem então reforçar o propósito desta reflexão, que aquilo que existe na literatura, na verdade já é realizado na prática.

Apesar de todas estas recomendações serem importantes para as mães gostaria de destacar algumas que no decurso do estágio considerei que foram as mais importantes para a mãe do recém-nascido a quem prestei cuidados. O facto de se proporcionarem à mãe oportunidades para participar nos cuidados (posicionamento, banho, segurar, alimentação), levando a um aumento gradual da participação e da responsabilidade da mãe no cuidar (McGrath & Meyer, 1992), o que foi útil para promover a autoestima da mãe. Destacam-se os momentos em que a mãe aprendeu a dar banho e em que colocou o filho à mama pela primeira vez, como os momentos em que sentiu que contribuiu para a melhoria da sua autoestima, pois ela pôde fazer “coisas normais” ao seu filho, e que as

mães de bebés de termo, que não passam pelo internamento da neonatologia, fazem.

O reforço positivo, o reconhecer os sucessos e habilidades das mães em cuidar e interagir com os seus bebés, como forma de estimular o seu sentido de orgulho e enfatizar a sua prontidão para cuidar do bebé; o incentivar as mães a compartilhar as suas perceções e experiências com os seus bebés e o proporcionar às mães oportunidades de aprender sobre o comportamento e o desenvolvimento dos bebés prematuros (McGrath & Meyer, 1992) foram também alguns momentos que pude testemunhar no decorrer do estágio e que contribuíram para a autoestima materna. Talvez o elogiar a mãe pelos cuidados que presta seja a intervenção mais significativa e com maior contributo para a autoestima materna pois está a reforçar-se a competência e o papel materno. Nos cuidados que prestei pude colocar estas intervenções em prática, na medida em que fui valorizando as conquistas maternas (colocar em canguru sozinha, posicionar, colocar à mama, dar banho) que a mãe foi obtendo ao longo do internamento, ao esclarecer dúvidas acerca do recém-nascido e do seu comportamento e da prematuridade.

Por fim, o recordar à mãe que ela tem coisas especiais para oferecer ao seu bebé que não podem ser fornecidas pela equipa de Enfermagem (toque, voz, leite materno) (McGrath & Meyer, 1992) foi talvez das intervenções mais significativas e importantes para a mãe, na medida em que o facto de poder oferecer o seu leite ao filho e de fazer canguru com ele faziam-na sentir-se especial. A mãe chegou inclusive a verbalizar num dos turnos que o ela poder dar leite por seringa ao filho fazia melhor à mãe do que ao filho, o que denota um sentimento de prazer da parte da mesma.

Podemos então concluir que a promoção da autoestima em mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia é uma temática que merece toda a atenção e dedicação por parte da equipa de Enfermagem visto ter efeitos positivos na relação mãe-bebé e consequentemente no internamento do recém-nascido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da autoestima em mães de recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia é uma temática que assume uma grande importância na prática de Enfermagem, e que tem um grande impacto na relação entre mãe e filho. Quanto mais elevada a autoestima materna, maior será a vinculação da mãe ao bebé.

O objetivo desta reflexão consistiu não só em aprofundar a temática da promoção da autoestima materna, contribuindo assim para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e consequentemente melhoria dos cuidados de Enfermagem, mas também sensibilizar os profissionais para o tema ao relacionar a teoria com a prática. Foi possível observar em contexto de estágio e no decorrer da prática de cuidados, que os enfermeiros da unidade de neonatologia já realizam várias intervenções que contribuem para o aumento da autoestima materna, mesmo sem o saberem. Por outro lado, foi também interessante poder perceber o impacto real destas intervenções nas mães, podendo comprovar que as mesmas são fundamentais para promover a autoestima materna.

Cada vez mais se torna importante refletir sobre a prática e sobre as situações vivenciadas pois é uma forma de subsidiar a construção do pensamento em Enfermagem (Pereira-Mendes, 2016). A prática reflexiva na Enfermagem assume uma grande "importância ao nível da aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho dos Enfermeiros" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.121) constituindo-se uma "premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.131).

Toda a iniciativa que faça a promoção da vida deve ser interativa e integrada com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, já que naqueles momentos se descobrem sentimentos controversos de contentamento, insegurança, hesitação, medo, dúvidas e expectativas.

O caminho a percorrer pelas mães, que se encontram inseguras e fragilizadas, deve desenrolar-se por etapas, num processo persistente e integrado de cuidados a dar aos bebés.

Pode dizer-se que o potencial deste trabalho sobre a autoestima de mães de recém-nascidos prematuros destaca características emocionais dessas mães, que ao mesmo tempo que enfrentam o firme desejo de não saírem de perto do seu bebé, sentem algum medo, tristeza, fraqueza, mas que, ao serem incentivadas, mostram contentamento, ânimo e coragem, algum otimismo e um forte desejo de voltar à sua família com o seu bebé. É

necessário evidenciar a relevância da interação entre mães e bebés, de forma a ajudá-las a serem mães em pleno e dando-lhes voz, facilitando a reorganização familiar, mostrando respeito pelas capacidades apresentadas, crenças, valores e desejos.

O profissional de saúde deve privilegiar um trabalho em parceria, otimizar fluxos de informação, derrubar barreiras e centrar-se na díade mãe/filho, considerando o desenvolvimento de competências parte integrante deste trabalho em equipa.

Deve ainda dinamizar os esforços que a família faz para aceitar esta situação intervindo no acompanhamento para proteger e assim obter ganhos de ambos os lados.

A finalizar há que agir como agente de mudança no desenrolar da experiência materna, transformando todos os sentimentos contraditórios existentes em esperança à medida que o bebé se fortalece.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreto, A. (2015). Educar com valores inteligentes (1ª edição ed.). (M. Sobral, Trad.) Madrid, Espanha: Bookout, Lda.

Cartaxo, L. d., Torquato, J. A., Agra, G., Fernandes, M., Platel, I. C., & Freire, M. M. (2014). Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Enfermagem UERJ, 22(4), 551-557. Obtido em 24 de novembro de 2018, de http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf

Chen, C.-W., & Conrad, B. (2001). The Relationship Between Maternal Self-Esteem and Maternal Attachment in Mothers of Hospitalized Premature Infants. Journal of Nursing Research, 9(4), 69-81. Obtido em 26 de novembro de 2018, de https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11789133

Cho, E.-S., Kim, S.-J., Kwon, M. S., Cho, H., Kim, E. H., Jun, E. M., & Lee, S. (2016). The effects of kangoroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stress. Journal of Pediatric Nursing, 31(4), 430-438. Obtido em 21 de novembro de 2018, de https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(16)00053-1/fulltext

Frada, C., & Neves, I. (2017). A promoção da autoesima na criança. REVISTA DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN , Extr.(01), 1-4. doi:https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.01.2843

Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., LEscure, S., . . . Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. BMC Pediatrics, 13(18), 1-9. Obtido em 27 de novembro de 2018, de https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-18

Hopwood, R. (2010). The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU. Infant Journal, 6(2), 54-58. Obtido em 30 de novembro de 2018, de http://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_032_npp.pdf

Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2013). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. Europe'sJournalofPsychology, 12(4), 604-621. Obtido em 24 de novembro de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5114875/pdf/ejop-12-604.pdf

Lourenço, I. M. (2013). Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a Autoestima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé. Dissertação, Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais, Psicologica, Évora. Obtido em 26 de novembro de 2018, de http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/11171

McGrath, M. M., & Meyer, E. C. (1992). Maternal Self-Esteem: From Theory to Clinical Pratice in a Special Care Nursery. Children's Health Care, 21(4), 199-205. doi:10.1207/s15326888chc2104_2

McGrath, M., Boukydis, C. F., & Lester, B. M. (1993). Determinant of Maternal Self-Esteem in the Neonatal Period. Infant Mental Health Journal, 14(1), 35-48. Obtido em 26 de novembro de 2018, de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0355%28199321%2914%3A1<35%3A%3AAID-IMHJ2280140104>3.0.CO%3B2-R

Parhiz, Z., Birjandi, M. H., Khazaie, T., & Sharifzadeh, G. (2016). The Effects of an Empowerment Program on the Knowledge, Self-Efficacy, Self-Esteem, and Attitudes of Mothers of Preterm Neonates. Modern Care Journal, 13(3), 1-5. Obtido em 21 de novembro de 2018, de http://health.bums.ac.ir/dorsapax/FileManager/UserFiles/Sub_32/o6333219.pdf

Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexica em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 4(11), 121-132. doi:http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construçao do pensamento em Enfermagem. Revista Electrónica Educare, 20(1), 1-23. doi:http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9

Plummer, D. M. (2012). Como aumentar a autoestima das crianças. Porto, Portugal: Porto Editora.

Steyn, E., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2017). Lived experiences of parents of premature babies in the intensive care unit in a private hospital in Johannesburg, South Africa. Curationis, 40(1), 1-8. Obtido em 24 de novembro de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091584/pdf/CUR-40-1698.pdf

Veronez, M., Borghesan, N. A., Corrêa, D. A., & Higarashi, I. H. (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. Revista Gaúcha de Enfermagem, 38(2), e60911. doi:http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170260911.pdf

Wernet, M., Ayres, J. d., Viera, C. S., Leite, A. M., & Mello, D. F. (2015). Reconhecimento maternl na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem, 225-234. Obtido em 22 de novembro de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0228.pdf