



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE EM JOVENS  
ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO**

**HEALTH LITERACY PROMOTION WITHIN YOUNG  
ADOLESCENTS HAVING RISK BEHAVIOURS**

Por

Margarida Isabel da Silva Carvalho

Lisboa, 2021





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE EM JOVENS  
ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO**

**HEALTH LITERACY PROMOTION WITHIN YOUNG  
ADOLESCENTS HAVING RISK BEHAVIOURS**

Por

Margarida Isabel da Silva Carvalho

Sob orientação de: Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 2021



*“Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Ainda em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive.”*

**Ricardo Reis, 1933**

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Margarida Lourenço pela disponibilidade e apoio constante, por toda a orientação no percurso, força e motivação em todos os momentos.

Às Professoras Sílvia Caldeira, Zaida Charepe e Elisabete Nunes pela disponibilidade sempre demonstrada, e pela orientação no caminho, nos momentos de partilha.

Às minhas colegas de turma, algumas agora amigas, que levo para a vida. Obrigada pelo carinho, amizade, e palavras de conforto nas horas do coração apertado.

Ao meu noivo, cujas palavras serão sempre poucas, a compreensão, o amor, o carinho, a dedicação, a motivação, a bondade, a genuinidade, a paciência, a força, a coragem, o crescimento pessoal e profissional e o apoio incondicional. Sem ele, seria sem dúvida um caminho menos rico.

Aos meus pais, à minha irmã, obrigada pelo apoio desde sempre incondicional, mesmo estando longe e a viver tempos difíceis, sempre me deram força para acreditar e continuar no meu caminho. Obrigada pelo eterno amor.

A todas as enfermeiras orientadoras que partilharam a sua experiência e conhecimento, obrigada pela disponibilidade, dedicação e orientação.

Um especial agradecimento a todos os jovens adolescentes, às crianças, aos pais, com quem me cruzei nesta caminhada, e que de uma forma tão crucial tornaram possível este percurso.

Agradeço a Deus, a Saúde, o Amor, a Força, a Fé, a Inspiração, permitir-me celebrar a vida e existir em mim!

## RESUMO

O presente relatório foi realizado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa.

Atualmente, necessitamos de encontrar, compreender e utilizar a informação e os diferentes serviços de saúde nos diferentes momentos da vida, pelo que a **literacia em saúde** assume um papel de extrema importância. A **adolescência** é um período onde ocorrem inúmeras transformações de diferente cariz, em que surge a necessidade de experimentação de sensações novas, de transgressão de limites e de afirmação de si. Assim, a literacia em saúde torna-se uma prioridade no campo de atuação do enfermeiro especialista com o jovem adolescente. Deste modo, foi definido neste percurso de formação, o objetivo geral: **“Contribuir para a promoção da literacia em saúde em jovens adolescentes com comportamentos de risco”**. Neste sentido, foi realizado um breve enquadramento conceptual e teórico, bem como uma revisão de *scoping* acerca da presente temática. Os resultados obtidos permitiram fundamentar as atividades que foram desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, contribuindo para uma prática especializada baseada na evidência. A linha de pensamento norteadora que ofereceu suporte e fundamento às intervenções desenvolvidas foi o **referencial teórico de Enfermagem do Modelo de Betty Neuman da Teoria dos Sistemas**.

Por ordem cronológica, o estágio decorreu maioritariamente em ambiente hospitalar, nomeadamente Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais e Internamento de Pediatria tendo início a 9 de setembro e prolongando-se até dia 18 de dezembro de 2020. A metodologia utilizada para a realização deste relatório teve como base a descrição, análise e reflexão crítica acerca dos objetivos definidos, bem como atividades realizadas nos diferentes contextos, das quais destaco a promoção da literacia em saúde com o jovem adolescente, utilizando como recurso a tecnologia, assim como experiências e oportunidades de aprendizagem vivenciadas ao longo deste percurso.

Concluindo, o presente relatório visa espelhar a aquisição de competências comuns inerentes ao Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, subjacentes no sentido de criatividade, responsabilidade, compromisso e capacidade crítico-reflexivo do mesmo.

**Palavras-chave:** Promoção da literacia, adolescentes, comportamentos de risco, enfermeiro, intervenções.

## ABSTRACT

This report was created in the context of the Master's Degree in Nursing, under the Speciality of Infant and Paediatric Health at Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa.

Currently, it is necessary to find, understand, and utilize the information and the different health services in the different life stages, hence health literacy holds a role of extreme importance. **Adolescence** is a time when numerous transformations of different nature occur, a time when the necessity of experimenting new sensations, limit transgression and own affirmation arises. **Health literacy** becomes then a priority in the scope of action for the specialist nurse working with young adolescents. With this in mind, it was defined for this academic work the following general objective: **“To contribute for health literacy promotion within young adolescents having risk behaviours”**. To accomplish this a brief conceptual and theoretical framework was carried out, as well as a scoping review of the present theme. The results supported the activities that were developed in the different contexts of the internship, contributing to a specialized evidence-based practice. The guiding line of thought that supported the interventions developed was the **theoretical nursing framework of Betty Neuman Systems Model**.

In chronological order, the internship took place mostly in a hospital environment, namely Paediatric Emergency Service, Neonatal Special Intensive Care Unit and Paediatric Ward beginning September 9 and extending until December 18, 2020. The methodology used for the realization of this report was based on the description, analysis and critical reflection on the defined objectives, activities carried out in different contexts, among which i highlight the promotion of health literacy with young adolescents using technology, as well as experiences and learning opportunities experienced along the way.

Concluding, this report aims to mirror the acquisition of common skills inherent to the Specialist Nurse and the Specialist Child and Paediatric Health Nurse, underlying in the sense of creativity, responsibility, commitment and critical-reflective capacity.

**Key words:** Literacy promotion, adolescents, risk behaviours, nurse, interventions.

## LITA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ed. – edição

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

*et al.* – e outros

n.º - número

p. – página

vol. - volume

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

EPS – Educação para a Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

WHO – World Health Organization

SIP – Serviço de internamento de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

SR – Scoping Review

UCIEN – Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais

UC – Unidade Curricular

UCP – Universidade Católica Portuguesa

## ÍNDICE

<b>0 – INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1 – PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE EM JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO</b> .....	16
<b>1.1. Literacia em Saúde – Enquadramento Conceptual</b> .....	16
<b>1.2. Promover a Literacia em Saúde em jovens adolescentes com comportamentos de risco</b> .....	19
<b>1.3. Scoping Review – Promoção da Literacia em Saúde em Jovens Adolescentes com Comportamentos de Risco</b> .....	21
<b>1.4. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman</b> .....	31
<b>2 – UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO</b> .....	34
- Tudo se transforma: A metamorfose da borboleta -.....	34
<b>2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais (UCIEN)</b> .....	36
- A lagarta que tinha o sonho de voar -.....	36
<b>2.2. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)</b> .....	46
- O casulo é a construção e a emancipação de um novo Eu, é um lugar mágico onde tudo acontece à velocidade da luz -.....	46
<b>2.3. Serviço de Internamento de Pediatria</b> .....	55
- Para voar não são apenas precisas asas, é preciso coragem –.....	55
<b>3- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	68
<b>4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	71
<b>APÊNDICES</b> .....	79
Apêndice I – Tabelas de extração de dados da revisão de Scoping.....	80
Apêndice II – Mensagem: “O nosso primeiro encontro”.....	107
Apêndice III – Vídeo: “O nosso primeiro encontro”.....	110
Apêndice IV – Questionário de avaliação e análise dos resultados dos conteúdos apresentados sobre “O nosso primeiro encontro” .....	118
Apêndice V – Registo de Interação fundamentado: Uma mãe adolescente na Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais .....	122
Apêndice VI – Reflexão crítica – Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais.....	128
Apêndice VII – Flyer: “Curte a adolescência”.....	131

Apêndice VIII – Questionário de avaliação e resultados obtidos com a aplicação dos Flyers no Serviço de Urgência.....	135
Apêndice IX – Planeamento da Sessão de Formação no Serviço de Urgência: Literacia em Saúde - Adolescentes com Comportamentos de Risco.....	138
Apêndice X - Sessão de Formação no Serviço de Urgência: Literacia em Saúde - Adolescentes com Comportamentos de Risco.....	141
Apêndice XI – Folha de registo de presença dos formandos.....	147
Apêndice XII - Questionário de avaliação e análise dos resultados obtidos com a Sessão de Formação no Serviço de Urgência: Literacia em Saúde - Adolescentes com Comportamentos de Risco.....	149
Apêndice XIII – Reflexão crítica – Serviço de Urgência.....	152
Apêndice XIV – Reflexão crítica:” O polvo!”.....	156
Apêndice XV - Planeamento da Sessão de Formação no Serviço de Pediatria: Cuidados Paliativos Pediátricos.....	161
Apêndice XVI – Sessão de Formação no Serviço de Pediatria: Cuidados Paliativos Pediátricos.....	164
Apêndice XVII - Questionário de avaliação e resultados obtidos com a Sessão de Formação no Serviço de Pediatria: Cuidados Paliativos Pediátricos.....	172
Apêndice XVIII – Norma de procedimento: Colocação do Catéter de Hipodermóclise.....	177
Apêndice XIX – Processo de Enfermagem fundamentado à luz da Teoria de Betty Neuman.....	186
ANEXOS.....	230
Anexo I – Certificado de participação no III Seminário Internacional em Enfermagem.....	231

## ÍNDICE DE QUADROS E FLUXOGRAMAS

Quadro 1 – Revisão de <i>Scoping</i> segundo a mnemónica PCC e critérios de inclusão .....	22
Fluxograma PRISMA - Seleção dos artigos para revisão.....	24

## **0 – INTRODUÇÃO**

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, integrado no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Lourenço.

Antes de mais devo mencionar que, considerando-me uma pessoa de causas, também enquanto enfermeira sinto necessidade de atender a “causas” que não são apenas das crianças, dos adolescentes, nem minhas, mas na maioria das vezes, do mundo. Desde o nascimento, até à vida adulta, nascemos como seres únicos, e independentemente da condição que teremos ao longo da vida, seremos não apenas dos “nossos”, mas do Mundo. Deste modo, e sendo eu uma cidadã do mundo, e também enfermeira detentora de um vasto leque de ferramentas, devo contribuir para que as crianças e adolescentes do presente, sejam detentores e mentores da sua saúde no futuro. Desta forma, entendo que a minha intervenção deve e pode ter benefício no imediato, mas também no futuro (OE, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018).

Deste modo, este documento tem o intuito de espelhar e realçar o percurso realizado ao longo dos diferentes contextos de estágio, alicerçado numa análise crítica e reflexiva sobre os objetivos propostos e atividades desenvolvidas. Por sua vez, a análise dos mesmos permitiu-me refletir sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) adquiridas numa consagração da prática profissional com a teoria e a evidência científica (Benner, 2001).

O EESIP utiliza o modelo conceptual centrado na criança, cuidando desta e respetiva família/pessoa significativa, em qualquer contexto, promovendo e maximizando a sua saúde, podendo assim prestar cuidados à criança doente ou saudável, proporcionando educação para a saúde identificando e mobilizando recursos (OE, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), para o EESIP são áreas de intervenção:

*“...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, violência e gravidez (...) e a sua responsabilização pelas escolhas relativas à saúde”* (OE, 2018, p. 1).

Neste sentido, a formação do enfermeiro especialista, para além de ser uma necessidade da sociedade atual, possibilita que muitos profissionais possam ser qualificados, tornando-se cada vez mais aptos para a prática dos cuidados especializados, e sendo por isso, vantajoso para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão (Silva, et al., 2018). Neste sentido, e sendo o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), um profissional que intervém de forma inovadora, de acordo com a sua prática diária e com suporte na evidência científica, em parceria com a criança, adolescente e família/pessoa significativa, independentemente do contexto, de acordo com os princípios que são subjacentes ao perfil de competências do EESIP, surge neste percurso académico o interesse e pertinência na temática **“Promoção da Literacia em Saúde em Jovens Adolescentes com Comportamentos de Risco”**.

A literacia em saúde é sem dúvida um desafio em saúde e tem sido alvo de investigação e aprofundamento no que respeita à sua definição, não dependendo apenas das competências dos indivíduos, como também da intervenção dos profissionais de saúde. Segundo Sander *et al.* (2009), num estudo realizado através da análise sistemática de uma amostra de 1267 artigos, os mesmos demonstram que um em cada três adolescentes apresentam baixos níveis de literacia em saúde. Por sua vez, a utilização de diferentes fontes de informação em saúde nos adolescentes tem sido uma crescente, surgindo deste modo a necessidade de orientação por parte de profissionais especializados na utilização destes meios (DGS, 2019-2021). Assim, sendo possível avaliar o nível de literacia dos indivíduos, de acordo com as suas competências, quanto mais baixo o nível de literacia, maior é a propensão para que ocorram comportamentos de risco e menor para comportamentos de procura de saúde. Neste sentido, emerge a necessidade e responsabilidade de intervir de forma especializada e direcionada com o adolescente, permitindo-lhe a aquisição de competências que possibilitem a análise, compreensão e utilização da informação de forma a ampliar a sua saúde, tomando decisões de forma consciente e informada que os levem a

adquirir ou manter comportamentos de procura de saúde e que estes se mantenham ao longo da vida (Chang, 2010).

Deste modo, tornou-se necessário o recurso a um referencial teórico como instrumento norteador da tomada de decisão e restante processo, tendo por isso utilizado o referencial teórico de Betty Neuman, com o Modelo dos Sistemas. O Modelo de Neuman, é um modelo holístico, podendo ser adaptado a todos os contextos de cuidados, e tem por base a teoria geral dos sistemas, no qual a pessoa é um sistema aberto, em constante transformação. Qualquer necessidade existente pode perturbar a estabilidade do sistema e como tal existe um processo de adaptação que é dinâmico e contínuo, que visa a sua homeostasia (Alligood & Tomey, 2004). De acordo com a temática estudada, a abordagem por meio do modelo de Neuman, ofereceu-me a possibilidade de compreender a criança, adolescente e família/pessoa significativa como um sistema, identificar as suas reais necessidades, e intervir a três níveis de prevenção com o objetivo de manter a homeostasia.

Assim, após a presente introdução, este documento, encontra-se dividido em três capítulos, sendo o primeiro contemplado pelo enquadramento teórico e conceptual do tema central do relatório, assim como a sua importância direcionada aos adolescentes com comportamentos de risco, bem como a abordagem ao referencial teórico eleito para nortear a prática, e a revisão de *Scoping* que ofereceu suporte aos objetivos definidos e atividades desenvolvidas em contexto de estágio.

Por conseguinte, no segundo capítulo, dividido em três subcapítulos, será exposta a análise crítica e reflexiva dos diferentes contextos clínicos, de acordo com os diagnósticos de situação realizados e os respetivos objetivos específicos, atividades desenvolvidas e os seus resultados. Todos os ensinamentos clínicos tiveram lugar numa instituição da área da grande Lisboa, tendo o primeiro estágio decorrido entre 7 de setembro e 9 de outubro, numa Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais (UCIEN), o segundo entre 12 de outubro e 11 de novembro, num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), e por fim o último entre 16 de novembro e 18 de dezembro num serviço de internamento de Pediatria. É de referir que a escolha dos locais de estágio esteve diretamente relacionada com o meu interesse para a minha prática profissional, visando sobretudo a melhoria dos cuidados de enfermagem e o profundo entendimento do circuito que as crianças/jovens e as suas famílias podem realizar dentro de uma instituição. Não obstante, a seleção destes serviços foi criteriosa, pelo facto de serem contextos onde a diversidade de situações clínicas é imensamente rica e me proporcionaria um aprofundamento de conhecimentos, saberes, e de competências que me

permitiriam prestar cuidados diferenciados e especializados com base numa enfermagem avançada.

Por considerar, este relatório reflexo do meu caminho enquanto enfermeira especialista e mestre, decidi atribuí-lhe algum cunho pessoal. Ao longo dos capítulos recorri a uma figura de estilo: a metáfora, que me permitiu realizar uma analogia entre o percurso realizado e o ciclo de vida de uma borboleta. Tal recurso serve exclusivamente para melhor refletir todo o processo de aquisição de aprendizagem e competências.

O terceiro e último capítulo irá compreender as considerações finais, e por fim serão expostas as referências bibliográficas utilizadas para a realização do presente, assim como os apêndices, onde constarão todos os documentos realizados (de acordo com as atividades desenvolvidas em estágio) e referidos sempre que necessário ao longo do documento em questão.

Sinto necessidade de referir que a formação no âmbito da saúde infantil e pediátrica além de desafiante, foi sem dúvida um caminho de descoberta, aperfeiçoamento pessoal e profissional.

Todo o relatório foi realizado de acordo com as normas APA (*American Psychological Association*).

## **1 – PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE EM JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO**

O EESIP desenvolve o seu trabalho na parceria que estabelece com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que a mesma se encontre, com o objetivo de promover o mais elevado estado de saúde possível, quer na prestação de cuidados à criança saudável ou não, na promoção da educação para a saúde, bem como a identificação e mobilização de recursos de suporte à família/pessoa significativa (OE, 2018).

A definição da problemática em estudo surge pela sua pertinência e importância para a profissão de enfermagem, uma vez que os adolescentes de hoje serão os adultos do amanhã, e por esse motivo, continua a ser cada vez mais importante a necessidade de tornar os adolescentes do presente, mais autónomos e ativos em sociedade, participando na identificação de problemas, de acordo com o contexto em relação à sua saúde (Matos & EAS, 2018).

### **1.1. Literacia em Saúde – Enquadramento Conceptual**

Em primeiro lugar é importante destacar o conceito de literacia, uma vez que este é por si só a capacidade para ler e escrever, bem como a capacidade de compreensão e juízo crítico sobre um tema específico. Deste modo, a literacia contemporânea surge associada a um tema ou área específica, como por exemplo, literacia financeira, literacia computacional, literacia nutricional, literacia científica e literacia em saúde (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

O conceito de literacia em saúde surge pela primeira vez na década de 70, no ano de 1974, sendo definido por Scott Simmonds, num artigo cujo título se designa de “*Health education as social policy*”. Neste documento é possível observar o vínculo forte que existe relativamente ao conceito de educação e promoção para a saúde, sublinhando a importante necessidade de incluir conceitos de saúde no currículo escolar (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016) citando Simonds & P.H. (1974). Desde então que o conceito de literacia em saúde tem vindo a desenvolver-se e a ser estudado em diversas áreas, como a saúde pública, a educação, a saúde mental e os cuidados de saúde.

Foi em outubro de 1986 que em *Ottawa*, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, dando origem à Carta de *Ottawa* para Promoção da Saúde. Ainda nesse mesmo ano surge a primeira edição de um glossário com termos de promoção de saúde indexados, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), servindo como guia para leitores de documentos e publicações. Deste modo, a OMS definiu assim literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais necessárias à capacidade dos indivíduos na ampliação, compreensão e utilização da informação, de forma a promoverem e manterem a sua saúde (Nutbeam, 1998).

Seguidamente, em 1999, o conceito de literacia em saúde surge num relatório do *Council of Scientific Affairs da American Medical Association* sendo definido como a capacidade de ler e compreender prescrições, a informação disponível no que respeita a folhetos informativos de fármacos, e outros relacionados com a saúde, que são necessários ao doente para melhorar e ampliar a mesma (Association, 1999). Em 2005 Ilona Kickbusch et al., acrescentaram à referida definição duas componentes, a social e a da vida em sociedade, sendo até aos dias atuais a definição mais utilizada na literatura científica. Definiram assim literacia em saúde como “a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades” (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016, p. 261) citando Kickbusch et al., (2005).

Nutbeam (1998), é também um dos autores de referência a abordar o anterior conceito, definido pela OMS, caracterizando literacia em saúde como o conjunto das competências sociais e cognitivas que são determinantes na motivação e capacidade que os indivíduos possuem para aceder, compreender e utilizar informação com o intuito de promover e manter a saúde. O mesmo refere ainda, que ter uma elevada literacia não se resume apenas ao acesso à informação, mas sim a capacidade de utilizá-la de forma eficaz. Deste modo, definiu dois elementos, que considerou fundamentais para definir a literacia, sendo estes as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*). O primeiro elemento mencionado diz respeito à execução de determinadas tarefas, como por exemplo, ler um texto básico ou escrever frases simples. Por sua vez, o segundo elemento diz respeito às capacidades que os indivíduos devem ter para as realizar. Não obstante, além da definição do conceito de literacia em saúde, o referido autor considerou ainda três tipos de literacia, sendo estes a

literacia funcional/básica, a literacia interativa/comunicativa e ainda a literacia crítica (Nutbeam, 2000). A literacia funcional/básica é caracterizada por um conjunto de competências básicas, que são suficientes para situações do dia-a-dia. Por sua vez, a literacia interativa/comunicativa implica competências cognitivas e de literacia, mais avançadas, ou seja, que podem ser utilizadas a participar de forma ativa nas atividades do dia-a-dia com o intuito de extrair informações e obter significado a partir das diferentes formas de comunicação, bem como aplicá-la a novas situações. Por fim, a literacia crítica que diz respeito ao conjunto de competências cognitivas mais avançadas, que em conjunto com as competências sociais, podem ser utilizadas para analisar de forma crítica a informação, utilizando-a para exercer maior controlo sobre as situações da vida diária (Nutbeam, 2000).

O conceito de literacia em saúde tem ganho uma definição que engloba as dimensões pessoais e sociais do indivíduo, além das cognitivas, assumindo-se assim o conceito de literacia em saúde como a capacidade de um indivíduo tomar decisões fundamentadas na sua vida diária (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). Segundo a Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (2019) a promoção da literacia em saúde tem um papel central nas diferentes fases de vida do ser humano. Esta pode ser ainda definida como a capacidade do indivíduo para utilizar e mobilizar determinadas estratégias ensinadas e apreendidas no âmbito da saúde, sendo por isso, uma determinante dos comportamentos individuais, coletivos e em sociedade, permitindo-lhe assim uma gestão autónoma da sua saúde, através da tomada decisão de forma consciente e responsável (Costa, et al., 2019).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019), os modelos de literacia em saúde são importantes para analisar as capacidades e competências que são exigidas nas diversas situações em saúde. Maioritariamente, os modelos existentes para definir literacia em saúde, têm em consideração os seus principais componentes, assim como identificam os fatores individuais e da comunidade que se refletem nos resultados em saúde. Ao longo do tempo, e desde o modelo conceptual proposto por Nutbeam (2000), têm surgido novas classificações de literacia, como a literacia fundamental, científica, cívica e cultural, sugerida por Zacodoolas (2005) (DGS, 2019).

Segundo, Pedro *et al.*, (2016) nas últimas décadas diversos estudos alertam para a importância da literacia em saúde na manutenção ou melhoria das condições de saúde, uma vez que níveis de literacia baixos podem ter consequências importantes na utilização dos serviços de saúde, devendo por isso ser um elemento mais explorado.

## **1.2. Promover a Literacia em Saúde em jovens adolescentes com comportamentos de risco**

No adolescente, a promoção do conhecimento em saúde está inerente à promoção da adoção de estilos de vida saudáveis em contexto diário, através de projetos, iniciativas e atividades (WHO, 2014).

O adolescente é considerado um indivíduo com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos de acordo com (WHO, 2014). A adolescência, propriamente dita a partir dos 13 anos, pode ser definida como uma etapa de desenvolvimento e de maturação que ocorre entre a infância e a idade adulta, sendo por isso marcada por alterações fisiológicas e psicossociais significativas, influenciadas pela interação entre o adolescente e os seus diversos contextos (Guerreiro & Sampaio, 2013). Assim, há uma série de transformações facilitadoras dos comportamentos de risco na saúde, que demonstram a necessidade de intervenção por parte de profissionais de saúde e outras entidades. É nesta fase do desenvolvimento, que o desejo de experienciar sensações novas surge através do teste, experimentação e transgressão dos limites, bem como a necessidade de confronto consigo e com o outro, com vista à construção de um espaço de afirmação e conquista. Também na adolescência, os jovens adolescentes são confrontados com a necessidade de fazer escolhas, funcionando estas, como reflexo de uma identidade e identificação pessoal. Por esta ser uma fase de grandes mudanças físicas e psíquicas, é também um período de muitas incertezas e de definições/redefinições sucessivas sobre si mesmo, cujas vivências, são experienciadas com sentimentos de angústia, medo e incerteza, pautadas muitas vezes pela dificuldade do próprio adolescente em acompanhá-las. Deste modo, surge a necessidade de o adolescente procurar o seu próprio espaço, e é nesta procura que surge o grupo de pares (Domingues, Leite, Sampaio, & Liral, 2014). O grupo de pares assume um papel de extrema importância, uma vez que nele se partilham das mesmas transformações e características da própria adolescência. Assim, por um lado assistimos ao desenvolvimento de um sentimento de ajuda mútua entre os mesmos, e por outro lado a necessidade de aceitação por parte dos demais, que levam o adolescente a ter comportamentos nesse sentido, comportamentos esses que muitas vezes podem colocar em causa a sua saúde, denominando-se de comportamentos de risco (Silva & Deus, 2005). Também o papel dos pais será sempre de extrema importância na vida dos adolescentes. Este poderá ser um fator determinante no relacionamento com os pares e na forma como adolescente se sente e se coloca perante a sociedade, uma vez que sendo o adolescente

membro de uma família, também esta experiência situações e sentimentos que afetam a dinâmica familiar e tudo o que a envolve (Tomé, Camacho, Matos, & Simões, 2015). Neste sentido, continua a ser cada vez mais importante a necessidade de tornar os adolescentes mais autónomos e ativos em sociedade, participando na identificação de problemas, de acordo com o contexto. O objetivo primário é capacitar os adolescentes de forma ativa e continua no tempo, tornando-os cidadãos competentes e motivados na implementação de soluções viáveis, na resolução de problemas e por conseguinte na aquisição de comportamentos de procura de saúde de forma consciente, informada e responsável.

No sentido de compreender a prevalência dos comportamentos de risco nos jovens adolescentes, foi realizada uma pesquisa inicial de dados estatísticos acerca dos mesmos, com maior incidência em Portugal e segundo DGS (2008), destes, destacam-se o consumo de álcool, o consumo de drogas, interrupções voluntárias da gravidez e infeção por VIH (Vírus da Imunodeficiência-humana). No que diz respeito à prevalência dos comportamentos de risco, segundo a Direção Geral de Saúde, os dados de 2015 do SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) demonstram que, em Portugal dos adolescentes com 13 anos de idade, 21,1% tiveram consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses, e que com o avançar da idade há um aumento na percentagem deste consumo, nomeadamente entre os 14 e 18 anos de idade. No que respeita ao consumo de tabaco, 14,1% dos jovens com 13 anos admitem já ter fumado, sendo que destes 14,1%, 1,9% revela que fumou o primeiro cigarro antes dos 10 anos de idade, 10,9% entre os 10 e os 12 anos e 1,3% aos 13 anos (DGS, 2018). Relativamente ao consumo de drogas, 2,7% dos jovens com 13 anos consumiram substância ilícitas, no entanto, o aumento significativo encontra-se nas idades entre os 17 e os 18 anos (DGS, 2018). No grupo etário com idades inferior a 20 anos o número de interrupções voluntária de gravidez diminuiu. Ainda sobre o presente relatório entre 2010 e 2016 foram registados 158 casos de infeção por VIH entre os 10 e os 18 anos de idade, observando-se, contudo, uma diminuição de casos de infeção nesta janela temporal comparativamente a outras.

Deste modo, e dado que os comportamentos de risco na adolescência estão muitas vezes relacionados com as consequências desses comportamentos de risco ao longo da vida, emerge a necessidade de intervir com o jovem adolescente na promoção de estilos de vida saudáveis e consequentemente a prevenção de comportamentos de risco. Ao melhorar a literacia em saúde dos jovens adolescentes, caracterizada pela sua capacidade para adquirir comportamentos de procura de saúde, maiores serão as expetativas do jovem adolescente em

não assumir comportamentos de risco. A situação pandémica e evolução desfavorável da mesma podem contribuir para uma tendência de agravamento dos comportamentos de risco, visto que as limitações no contato social e o acesso às atividades de lazer está novamente comprometido.

A COVID-19, doença provocada pela SARS- Cov- 2 (novo coronavírus), surgiu na china em dezembro de 2019. Segundo Oliveira *et al.*, (2020) verifica-se que os adolescentes têm vivenciado de forma negativa as medidas de distanciamento social e o encerramento das escolas. Tal fenómeno pode favorecer a ocorrência de violências ou comportamentos agressivos, e que podem potenciar comportamentos de risco. Tal facto reforça, no meu entender, ainda mais, a necessidade de reorientar as práticas de cuidados, nos serviços de saúde, adotando o modelo virtual em substituição dos cuidados presenciais, uma vez que a revisão de estudos realizada indica que a pandemia pode ser considerada determinante na vida dos adolescentes (Oliveira, et al., 2020).

### **1.3. *Scoping Review* – Promoção da Literacia em Saúde em Jovens Adolescentes com Comportamentos de Risco**

Para fundamentar a temática escolhida e a sua pertinência, foi realizada uma revisão de *Scoping*. As revisões de *Scoping* permitem contribuir para o avanço acerca do conhecimento da prática dos cuidados em saúde, políticas e da investigação realizada. Têm ainda tem como objetivo mapear os principais conceitos que dão suporte a uma determinada área de conhecimento. É por isso um método de síntese de conhecimento, que integra diferentes tipos de estudos, resume e sintetiza evidência e fornece orientação acerca das atuais prioridades de investigação (Halas, et al., 2015).

Deste modo, procedi à realização de uma *Scoping Review*, com o objetivo de mapear a evidência sobre quais as estratégias e intervenções que o enfermeiro deverá adotar para promover a literacia em saúde em adolescentes com comportamentos de risco, sendo esta elaborada segundo o método de *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020). A questão de pesquisa foi definida de acordo com a mnemónica PCC, considerando para a pesquisa a bibliografia publicada ou não de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos: estratégias e intervenções de promoção da literacia em saúde (conceito) de jovens adolescentes entre os 13 e os 19 anos (população) com comportamentos de risco (contexto).

Foram incluídos todos os estudos que contemplaram população, conceito e contexto previamente definidos, compreendendo o espaço temporal entre 2015 – 2020. Foram ainda incluídos artigos de publicação, de periódicos de revistas pesquisados nas bases de dados, artigos de literatura cinzenta e teses.

Foram excluídos todos os estudos que não contemplassem a população alvo, ou seja, os adolescentes entre 13 e 19 anos, e todos os critérios de inclusão predefinidos, bem como artigos de opinião ou teses, e artigos publicados noutra língua que não o português, o inglês ou espanhol.

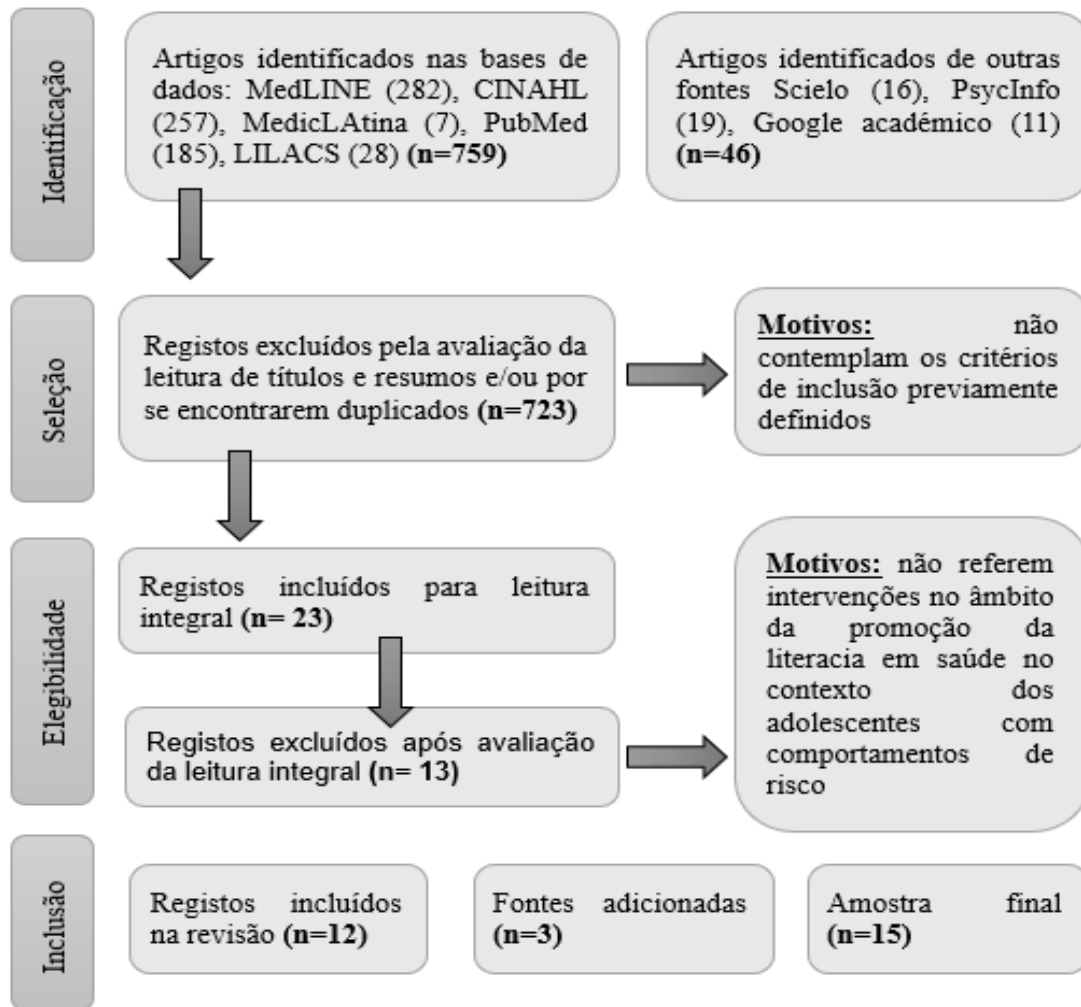
<b>População</b>	Adolescentes entre 13 e 19 anos	Indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 2014). Serão considerados apenas os adolescentes entre os 13 e os 19 anos de idade, excluindo o período de pré-adolescência.
<b>Conceito</b>	Promoção da literacia em saúde;	Estratégias e intervenções promotoras do desenvolvimento de competências pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidades dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação disponível para promover e manter uma vida saudável (Tomás, Queirós, & Rodrigues, 2015)
<b>Contexto</b>	Todos os jovens adolescentes com comportamentos de risco, que são os comportamentos que podem comprometer a saúde dos adolescentes.	
<b>Idioma/língua</b>	Portuguesa, inglesa e espanhola	

<b>Tipo de fontes de informação</b>	Estão incluídos estudos quantitativos e qualitativos.
-------------------------------------	-------------------------------------------------------

---

Quadro 1 – Revisão de *Scoping* segundo a mnemónica PCC e critérios de inclusão

A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e MEDICLatina via EBSICO, PubMed e LILACS, com as palavras-chave, descritores Mesh e operadores booleanos para formulação da equação de pesquisa. Inicialmente foi utilizada a estratégia [All Fields], com os critérios de inclusão previamente definidos, e posteriormente foi realizada a pesquisa por [Abstract]. A seguinte equação descreve a interação entre os termos indexados/descriptores MeSh utilizados, os operadores booleanos e a prioridade de cada descritor: *(adolescents/adolescentes) OR (youth/jovem) OR (teens/adolescentes) AND (health literacy/literacia em saúde) OR (health promotion/promoção da saúde) OR (health education/educação em saúde) OR (intervention/intervenção) OR (nursing/enfermagem) AND (risk behavior/comportamento de risco) OR (dangerous behavior/comportamentos perigosos) OR (risk-taking/assunção de riscos)*. Foram ainda utilizadas outras fontes de pesquisa como Scielo, PsicInfo e Google Académico. Todo o processo de seleção dos estudos foi realizado através do fluxograma PRISMA.



Fluxograma 1 - Seleção dos artigos para revisão através do fluxograma PRISMA

Para extração e análise de dados será utilizado o instrumento da *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* assim como uma tabela, com o objetivo de mapear conceitos e organizar os dados recolhidos de acordo com o PCC (Apêndice I).

## Discussão de Resultados

Esta revisão de *Scoping* faz a síntese sobre as estratégias e intervenções a adotar, para promover a literacia em saúde nos jovens adolescentes com comportamentos de risco. É de referir que, de forma direta ou indireta, todos os estudos abordam a literacia em saúde com recurso a teorias e ou modelos como forma de a promover. Apenas dois estudos salientam a relevância em resultados na diferença da influência da promoção da literacia entre géneros.

Somente um estudo apresenta maior relevância quanto à influência que fatores socioeconómicos das famílias podem ter no desenvolvimento de competências cognitivas dos jovens adolescentes.

Segundo Pedro *et al.*, (2016) ao longo do tempo, a literacia em saúde tem evoluído enquanto definição e conceito, encontrando-se atualmente relacionada com o desempenho de tarefas, numa perspetiva individual, para um conceito que não inclui apenas a componente social, como também a capacidade dos indivíduos para tomar decisões. Além de a literacia em saúde ter vindo a desempenhar um papel essencial na transição do modelo biomédico para um modelo colaborativo, os resultados que a mesma tem tido contempla uma melhoria do estado de saúde, assim como um aumento do conhecimento em saúde, e a utilização informada dos serviços de saúde. O autor supracitado ressalva ainda as implicações que a literacia em saúde tem tido, não apenas na saúde individual, como também na saúde coletiva e na gestão dos recursos e gastos em saúde (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). Feary *et al.*, (2017), numa perspetiva de evolução do conceito, refere que a literacia em saúde tem tido um papel tão fundamental na vida dos indivíduos, que defende que habilidades de literacia em saúde devem estar contempladas no *curriculum vitae* dos estudantes, profissionais de saúde e outros, por considerar a capacidade para compreender, avaliar, criticar e aplicar a informação disponível, uma competência fundamental que pode ter consequências importantes na vida dos indivíduos.

Dos resultados obtidos, grande parte dos autores consideram diversos os motivos que levam os jovens adolescentes a adquirir comportamentos de risco, tais como, o grupo de pares, a família, as influências sociais e a cultura. De acordo com Adedokun *et al.*, (2018) é reconhecido ao enfermeiro um papel profícuo, uma vez que este, por ser detentor de conhecimento prévio acerca dos comportamentos na adolescência e as suas implicações, bem como as suas influências internas e externas, proporciona uma intervenção mais direcionada e especializada, no âmbito da promoção da literacia sobre comportamentos saudáveis (Adedokun *et al.*, 2018). Por este motivo, Salwa *et al.*, (2019) menciona que, conhecendo bem as características de um adolescente ou grupo, tais fatores facilitam a intervenção dos enfermeiros no processo de motivação de alteração de comportamentos nos adolescentes. Todavia, embora Salwa *et al.*, (2019), refira que a motivação pode ser o início de um processo de mudança e o grande “ponto de partida”, alerta para o facto de que para persistirem comportamentos saudáveis, estes requerem suporte social, ambiental e reforço periódico.

Neste sentido, Almeida *et al.*, (2017) admite que o enfermeiro pode também, adotar um papel de educador em saúde nas escolas, e tem uma função determinante na abordagem a temas complexos, pois derivado das suas competências enquanto enfermeiro, estas possibilitam uma avaliação, diagnóstico e planeamento das intervenções especializadas e adequadas a cada contexto. No estudo efetuado por estes autores, e ainda que numa amostra de apenas 22 adolescentes, com idades compreendidas entre 16 e 19 anos, identificaram que a grande maioria reconhece a importância da abordagem de temas relacionados com a saúde, dando ênfase à premissa de que é necessário implementar estratégias de promoção e proteção da saúde (Almeida, et al., 2017).

Com vista a dar resposta às necessidades dos indivíduos, assiste-se ao desenvolvimento de um novo conceito de literacia em saúde – “*electronic health literacy*”, ou seja, a literacia por meios eletrónicos e digitais. Assim, tem existido, na última década, um investimento na mesma, pelas vantagens da sua utilização com os jovens adolescentes. Com o aumento da utilização das tecnologias para inúmeras tarefas do quotidiano, esta ferramenta começou a ser utilizada para promover comportamentos de saúde entre os adolescentes, sob as mais variadas formas, como mensagens, vídeos, histórias atrativas com personagens que fazem relatos de experiências, entre outros (Fleary, Joseph, & Pappagianopoulos, 2017).

Doubova *et al.*, (2016), ainda que com uma amostra pouco significativa, comprovou a eficácia da utilização de tecnologia digital na promoção da saúde sexual, realçando a importância da utilização de materiais educativos visualmente mais apelativos e culturalmente adotados, assim como a utilização de personagens fictícios (adolescentes) que abordam as suas experiências e com os quais os adolescentes tendem a identificar-se. Também Hickman & Schaar (2017) colocaram em prática uma estratégia de intervenção, em que após um período de consulta com o jovem adolescente, na qual um determinado tema sobre saúde era abordado, foram posteriormente enviadas mensagens eletrónicas aos jovens adolescentes em questão, cujo conteúdo estava relacionado com o tema de saúde previamente abordado em consulta. Assim, as mensagens eletrónicas permitiram dar continuidade à intervenção realizada em contexto de consulta. Tal facto, possibilitou não só um acompanhamento da evolução dos comportamentos dos adolescentes, como também permitiu aos profissionais de saúde uma atitude proativa e antecipatória nos seus cuidados, uma vez que, em contexto fora da consulta, existira um espaço para se dedicarem às necessidades relatadas pelos jovens. Por conseguinte, esta estratégia permitiu uma

intervenção mais ajustada, que poderia ser implementada no hiato entre consultas, promovendo a proximidade entre os adolescentes e os profissionais de saúde. O autor afirma assim que as mensagens de texto foram uma excelente forma de promover hábitos saudáveis e um complemento importante na educação em saúde dos adolescentes (Hickman & Schaar, 2018).

Nesta ótica El Achhab *et al.*, (2016), afirmam que são diversas as estratégias educacionais que possibilitam a intervenção dos enfermeiros no âmbito da promoção da literacia em saúde em adolescentes com comportamentos de risco, destacando-se a utilização da tecnologia digital. Não obstante, a esta acresce a vantagem de não implicar mudanças significativas ao nível organizacional das instituições onde é implementada, permitindo a abordagem a um elevado número de adolescentes, de forma eficiente e flexível (Achhab, et al., 2016). De acordo com os resultados obtidos, o grande desafio dos profissionais de enfermagem é transformar os adolescentes como protagonistas da sua própria história, utilizando intervenções inovadoras e participativas. Segundo os mesmos autores, El Achhab *et al.*, (2016) deveriam existir sistemas de educação digitais para promoção da literacia em adolescentes com comportamentos de risco, começando com a implementação de programas que instruem sobre conceitos básicos, e que posteriormente os aprofundem, numa intervenção continuada. Por conseguinte, Tekliuk *et al.*, (2019) relevam que para que estes programas de intervenção possam ser eficazes é fundamental que sejam documentadas todas as intervenções realizadas, bem como o seu resultado, permitindo que as mesmas sejam melhoradas no futuro (Tekliuk, Serheta, & Serebrennikova, 2019).

Porém, segundo Ballester-Arnal *et al.*, (2015) ainda são algumas as questões que se colocam sobre qual a melhor abordagem e/ou modelo para promover a literacia em saúde nos jovens adolescentes e embora existam estudos que apontam para técnicas de intervenção, motivação, habilidades comportamentais, entre outras, ainda há necessidade de investigação nesta área, que não ocorre tanto quanto o desejado, derivado muitas vezes da falta de recursos económicos, materiais e de tempo (Ballester-Arnal et al., 2015). Nesta perspetiva Adedokun *et al.*, (2018) sublinham que a intervenção do enfermeiro deverá passar não só pela abordagem ao adolescente, mas também aos grupos de pares e à família, ensinar sobre comportamentos saudáveis e capacitá-los para comunicar, com vista a motivar os jovens adolescentes no desenvolvimento das suas capacidades e competências. Segundo o mesmo, deverão existir um conjunto de intervenções centradas na família, incentivando-as e capacitando-as na comunicação entre pais e jovens adolescentes. Relativamente ao grupo de

pares estes devem ser trabalhados individualmente enquanto grupo e de acordo com as suas características (Adedokun et al., 2018). Assim, este considera que as intervenções positivas de desenvolvimento juvenil são aquelas que proporcionam aos adolescentes o desenvolvimento de competências e habilidades, que têm como principal objetivo diminuir fatores de risco e desenvolver fatores de proteção (Adedokun et al., 2018).

Ciocanel *et al.*, (2016) refere que o período da adolescência é quando surgem comportamentos problemáticos, incluindo o uso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, abandono escolar, atitudes antissociais e violência, e que estes ao terem início nesta fase, aumentam a probabilidade de comportamentos negativos na idade adulta. Por conseguinte o autor, considera que no início da adolescência, ou até mesmo na pré-adolescência, é um momento importante e fulcral para intervir e influenciar positivamente a trajetória do adolescente a diferentes níveis: cognitivo, social, emocional, cultural e os seus comportamentos de risco. Deste modo, o mesmo faz referência a diferentes teorias de utilização da literacia em saúde, que considera importantes, na perspetiva em que cada uma delas se foca em aspetos específicos e que são determinantes na forma como se aborda a literacia em saúde. Neste sentido, declara que é importante intervir de forma ampla, não fazendo referência a nenhum modelo específico, mas sim planejar e executar intervenções positivas que otimizem a interação entre os adolescentes, as suas características e o contexto em que se inserem, promovendo ainda relações saudáveis com adultos e atividades inseridas na comunidade. Neste artigo, o autor dá ainda ênfase à importância de compreender o impacto das intervenções e avaliá-las, pois, só assim é possível uma intervenção adequada e ajustada às reais necessidades existentes (Ciocanel, Power, Eriksen, & Gillkings, 2016).

Ra *et al.*, (2016) afirmam que é necessário compreender as características dos adolescentes e utilizar intervenções adaptadas às suas características. Porém, alerta que tal fenómeno, exige que exista apoio governamental que encare estas intervenções como algo essencial e indispensável na promoção da saúde dos jovens adolescentes.

Feary *et al.*, (2017) declaram que a adolescência é uma etapa do desenvolvimento caracterizada por um vasto leque de transformações, e também pela necessidade de afirmação, autodeterminação e desejo pela autonomia, oferecendo aos adolescentes a oportunidade de se envolverem na tomada de decisões importantes sobre a sua saúde, que têm consequências para toda a vida. Já Albert & Stanberg (2011) citado por Fleary *et al.*, (2017), referem que os processos cognitivos que influenciam a tomada de decisão no adolescente, não estão totalmente desenvolvidos, o que podem levá-los a tomar decisões não

deliberadas. Deste modo, o mesmo entende que existe assim, a necessidade de o enfermeiro intervir por meio de estratégias que se concentrem na tomada de decisão do adolescente, com recurso a intervenções de comportamento (Fleary, Joseph, & Pappagianopoulos, 2017). Também num estudo realizado por Chambers *et al.*, (2016), após estudar o conhecimento, atitudes e comportamentos nos jovens adolescentes torna-se possível desenvolver competências neste grupo para que os mesmos reconheçam situações de ameaça e vulnerabilidade e por conseguinte tenham uma resposta positiva face às mesmas. Ainda nesta linha de pensamento, Ciocanel *et al.*, (2016) sublinha a necessidade da existência de programas especificamente direcionados para esta etapa do desenvolvimento, e que tal evento é sem dúvida um desafio. Este robustece ainda o facto de que os comportamentos de risco, uma vez verificando-se na adolescência, podem perpetuar-se até à fase de vida adulta e adiante, e que se podem traduzir em custos económicos para os envolvidos, como também para as suas famílias, comunidade na qual estão inseridos e serviços de saúde. Por sua vez, Chimeli (2015) alude à complexidade do comportamento humano, que não deve ser reduzido a dados estatísticos, sendo por isso necessário compreender de forma profunda, intrínseca e extrínseca os adolescentes, o que implica um aperfeiçoamento nas estratégias de intervenção (Chimeli, 2015).

Continua a ser necessário promover a literacia em saúde com os jovens adolescentes, transformando-os em protagonistas da sua própria história de saúde, utilizando intervenções inovadoras e participativas (Lago, Esteiro, Pan, & Bouza, 2015).

Por fim, Em Portugal, Costa *et al.*, (2019) apontam para a importância e necessidade de desenvolver e analisar/avaliar as plataformas digitais em saúde existentes, uma vez que diferentes tipos de intervenção ou abordagem resultam em diferentes comportamentos humanos. Neste sentido o mesmo reforça que continua a ser necessário apoiar e promover a investigação de novas estratégias de intervenção, no âmbito da literacia em saúde com recurso às novas tecnologias. Destaca-se um aspeto importante na leitura deste artigo, no sentido em que o referido autor, entende que o conceito de literacia em saúde que pode ser determinante ao nível da saúde nas sociedades (Costa, et al., 2019). Atualmente existe um Plano de Ação para a literacia em saúde documentado pelo Serviço Nacional de Saúde, em Portugal, que tem como objetivo a melhoria dos níveis de literacia em saúde, considerando-a um desafio de saúde pública. O objetivo central deste plano é a promoção de um espírito crítico nos indivíduos, recorrendo a diferentes ferramentas em sociedade, nomeadamente a

tecnologia digital, dando ênfase à necessidade de intervenção neste sentido. (DGS, 2019-2021).

### **Considerações Finais**

Na Revisão de *Scoping*, pode concluir-se que a tecnologia digital se destaca como a principal estratégia para intervir com o jovem adolescente com comportamentos de risco na promoção da literacia em saúde.

Com o aumento da utilização das tecnologias no quotidiano, o seu uso pode ser uma estratégia para promover comportamentos de saúde entre os adolescentes, intervindo através da elaboração de mensagens, vídeos, histórias atrativas com personagens que fazem relatos de experiências, entre outros fatores de identificação do adolescente (Fleary et al., 2018). Por conseguinte, a eficácia das intervenções implica que sejam analisadas e documentadas, permitindo, que estas que sejam melhoradas no futuro (Tekliuk et al., 2019).

Os estudos analisados revelam que o enfermeiro, em contexto escolar deve adotar o papel de educador, utilizando como estratégia modelos de promoção de literacia em saúde adaptados à população de adolescentes em questão (Almeida et al., 2017).

Não obstante, as intervenções do enfermeiro deverão contemplar não só o jovem adolescente, com conhecimento prévio acerca dos comportamentos na adolescência, e as suas implicações, como também como as influências externas e internas, e os grupos de pares e família (Adedokun et al., 2018).

O grande desafio dos profissionais de enfermagem é transformar os adolescentes como protagonistas da sua própria história, utilizando estratégias e intervenções inovadoras e participativas. O conhecimento profundo das características específicas dos adolescentes e tudo o que os envolve é crucial para a definição de estratégias de intervenção, tornando-as altamente especializadas. Sem dúvida que a adolescência sendo uma fase do desenvolvimento de inúmeras alterações é também uma fase crucial do desenvolvimento dos mesmos, sendo nesta fase que se iniciam comportamentos que se perpetuam até à fase adulta, podendo posteriormente ter consequências a diferentes níveis. Alguns autores sugerem ainda, como estratégia de intervenção, a elaboração de sistemas digitais de promoção de literacia em saúde específicos para jovens adolescentes.

Em conclusão, subsistem algumas questões sobre a existência abordagem mais adequada ou modelo para promover a literacia em saúde nos jovens adolescentes, existindo

por isso necessidade de investigação nesta área, já tendo esta demonstrado ser um forte pilar e norteadora do caminho a seguir.

#### **1.4. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman**

Um modelo conceptual de enfermagem constitui um elemento fundamental na planificação dos cuidados de enfermagem, que auxilia na definição do objeto de estudo, assim como na tomada de decisão (Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2016).

O modelo de sistemas de Neuman, foi desenvolvido na década de 70, primeiramente utilizado na educação com o objetivo de uma melhor compreensão das variáveis fisiológica, psicológicas, sociais, culturais, desenvolvimentais e posteriormente espirituais do indivíduo. Este é um modelo orientado para a visão do Ser enquanto pessoa, como um todo holístico e o seu bem-estar (Braga, et al., 2018). Neste sentido, o mesmo tem o foco assente na filosofia do cuidar holístico, entendendo a pessoa nas dimensões cognitiva, física, afetiva, social, ambiental e espiritual. Este modelo compreende assim, a criança e/ou família como sistemas em permanente interação, facilitando a identificação das intervenções de enfermagem que permitem a homeostasia de cada sistema e de ambos os sistemas em inter-relação, apoiada na teoria de *Gestalt*. A teoria de *Gestalt* caracteriza a homeostasia como um processo que permite ao indivíduo manter o seu equilíbrio, a sua saúde sob a ação de diversos agentes/condições de diferente natureza (Alligood & Tomey, 2004). Deste modo, a pessoa é considerada um sistema aberto, central, que se encontra rodeada por diferentes fatores, sendo estes de natureza básica, inerentes à sobrevivência ao ser humano, à pessoa.

Assim, este modelo pressupõe elementos-chave que interagem entre si, incluindo os relacionamentos que derivam da total liberdade dinâmica e criatividade, à medida que o sistema vai dando resposta aos stressores ambientais internos e externos. O modelo teórico de Betty Neuman, tem como base dois componentes, sendo eles o stress e a reação ao mesmo, em que o indivíduo, grupo, família ou comunidade é composto por o referido sistema aberto, de cariz dinâmico, no qual ocorre interação entre o meio interno e o meio externo, acabando estes por se afetar mutuamente. A estas influências do ambiente, que podem ser intra/inter ou extrapessoais compreendidas nas variáveis, fisiológica, psicológica, desenvolvimental, sociocultural e espiritual, estão inerentes os fatores stressores, de defesa e de reconstituição. Neuman ao utilizar um modelo de sistema aberto, caracteriza as formas de interação constantes entre o meio ou o ambiente em que o indivíduo, grupos (famílias) e

comunidades vivem e as forças internas e externas que delas são provenientes (Martins & Silvino, 2010).

Relativamente aos fatores de defesa e reconstituição, estes encontram-se distribuídos em três mecanismos de proteção: a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e as linhas de resistência (Alligood & Tomey, 2004). A linha flexível de defesa, mais exterior, que tem como função prevenir e defender o sistema de stressores habituais, para os quais o sistema já consegue reagir mantendo a sua homeostasia quase instintivamente; a linha normal de defesa representa o segundo mecanismo de proteção do sistema que resulta do ajuste das cinco variáveis aos stressores que penetrem a linha flexível de defesa, e as linhas de resistência, mais interiores, que envolvem o centro, são ativadas involuntariamente, quando um fator de stress invade a linha normal de defesa colocando em causa a sobrevivência/existência do sistema (Martins & Silvino, 2010).

O modelo de Betty Neuman, pela possibilidade de entender a criança/adolescente como um sistema, bem como tudo o que o influencia, externamente, internamente, e na sua relação com os outros, permite uma melhor compreensão do mesmo e do seu meio, bem como os diferentes níveis de prevenção que se tornam possíveis de intervir, visando a manutenção e restabelecimento da homeostasia na interação dinâmica com o ambiente envolvente. No meu ponto de vista, a teoria de sistemas de Betty Neuman demonstra ser flexível o suficiente para que o adolescente e família/pessoa significativa responda adequadamente à complexidade e multiplicidade dos stressores nesta faixa etária, assim como permite identificar as eventuais consequências desses stressores na saúde dos jovens e famílias (Lowry & Aylward, 2015) citando Neuman & Fawcett (2011).

O facto de a criança/adolescente serem um ser em desenvolvimento, ainda não totalmente formado, de maior vulnerabilidade, que passa por diversas fases de maturação, dependentes dos seus cuidadores, exigem cuidados de enfermagem especializados que permitam um cuidar que visa a otimização da saúde da criança/jovem adolescente, como também da(s) pessoa(s) significativas e família (Alligood & Tomey, 2004).

Em conclusão, a criança/adolescente quando fora do seu meio ambiente, sofre uma mudança radical nos seus hábitos de vida. Desta forma, o enfermeiro especialista pode identificar necessidades específicas do recém-nascido/criança/jovem adolescente, investigando os comportamentos com a definição de fatores geradores de stress: fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais (diagnósticos). Por conseguinte, realizar intervenções específicas que permitam a manutenção da linha flexível de defesa, verificar o

efeito das intervenções (resultados) com vista a promover e ampliar o desenvolvimento da criança/adolescente ao longo do ciclo vital, mantendo assim a estabilidade do sistema em si (Martins & Silvino, 2010).

Neste sentido, a enfermagem avançada pressupõe que o enfermeiro conheça e valorize as experiências e vivências do indivíduo, compreendendo-o num todo. Este processo deverá ser resultado da utilização do pensamento crítico e reflexivo e da investigação enquanto método, com recurso a uma prática baseada na evidência. O facto de, ao longo da investigação efetuada que resultou na revisão de *scoping*, ter verificado a importância e peso que os fatores de proteção e de ameaça têm no comportamento dos jovens adolescentes, reforçou e deu ainda mais sentido à escolha do referencial teórico escolhido.

Poderia ter escolhido como referencial teórico o modelo teórico de Nola Pender, na promoção da saúde do indivíduo. Contudo, por considerar o adolescente uma pessoa ainda em desenvolvimento, entendo que o modelo de Betty Neuman pela possibilidade de o compreender como um sistema aberto, com diferentes variáveis, influenciado externa e internamente, e na sua relação com os outros, permite uma melhor compreensão do mesmo e do seu meio. Mais acrescenta ainda ao considerar a diferenciação dos diferentes níveis de intervenção na prevenção, promoção da saúde e bem-estar do adolescente.

## 2 – UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO

- Tudo se transforma: A metamorfose da borboleta -

De acordo com a temática estudada, no decorrer dos estágios foram definidos os diferentes diagnósticos de situação, objetivos específicos e atividades, abordando a pertinência e importância da literacia em saúde, com o objetivo de desenvolver competências do EESIP nas diferentes valências dos cuidados à criança/jovem e família.

Deste modo, o objetivo geral que foi transversal a todos os contextos de estágio, foi definido no sentido de **desenvolver as competências técnicas, científicas, éticas e relacionais do EESIP, contribuindo para a promoção da literacia no âmbito dos cuidados especializados ao RN/criança/adolescente.**

Este objetivo geral, embora transversal a todos os contextos de estágio foi adaptado a cada população e contexto no decorrer dos mesmos. Inicialmente foi realizada uma breve caracterização de cada contexto, identificado o diagnóstico de situação, definidos os objetivos específicos e respetivas atividades, que foram descritos de acordo com uma análise crítica e reflexiva, espelhando por fim as competências de EE e EESIP adquiridas de acordo com o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e no Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018 das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018).

Não obstante, além das competências de EE e EESIP adquiridas e que serão descritas nos diferentes contextos de estágio, será ainda demonstrada a aquisição das competências de grau de Mestre, através dos Descritores de Dublin.

Considerando o processo de aquisição de competências um processo contínuo, que teve início com as diferentes unidades curriculares lecionadas, entendo que o mesmo se sedimentou nos diferentes contextos clínicos. Assim, e ressalvando que as competências se foram desenvolvendo nos diferentes ensinamentos clínicos optei por descrever o seu processo de assimilação nos campos de estágio onde sinto ter-lhes dado melhor resposta.

Atendendo àqueles que são os deveres do EE, assumo que todas as intervenções realizadas e o inerente processo de enfermagem tiveram por base a tomada de decisão ética e deontológica da profissão. Neste sentido, pretendo afirmar que foi garantida a proteção dos direitos de todos os envolvidos, sem juízos de valor ou discriminação de qualquer ordem, garantindo a confidencialidade, anonimato e respeito pelo ser humano. Ressalvo que,

durante a realização do presente relatório não foi alguma vez mencionada a identificação dos locais de estágio, referindo apenas que os mesmos foram realizados num hospital da região de Lisboa.

Todos os locais de estágio foram escolhidos de livre-arbítrio. Porém devido à situação pandémica atual, por vezes e a dada altura, existiram algumas dificuldades para contornar, nomeadamente, no que respeita à sua imprevisibilidade e implicação na execução das atividades propostas, quer pela atual restrição de visitas, quer no contacto com pessoas externas ao hospital. Deste modo, considero ter sido um desafio acrescido, altamente exigente, mas extremamente enriquecedor. Sublinho, o importante contributo do estágio desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF), pertencente à anterior UC. Embora não sendo parte integrante do presente relatório, mas atendendo a uma perspetiva de continuidade de desenvolvimento pessoal e profissional, este permitiu-me dar início à aquisição de competências de EESIP. Foi neste contexto que iniciei o processo de tomada de consciência da emergente necessidade de conhecer, estudar e até desenvolver inovadoras estratégias e intervenções na promoção da literacia em saúde. Este foi também o primeiro local de estágio em que tive contacto com as interferências e implicações da atual pandemia na prestação de cuidados enquanto EESIP. Conciliando estes dois fatores, contexto pandémico e crescente interesse pela promoção da literacia em saúde, dei início ao processo criativo e no meu entender original, com a realização de um plano de educação para a saúde que contemplou meios audiovisuais (música, *slide show*, criação de desenho animado) adequado à faixa etária definida, tendo tido um excelente feedback dos participantes e da equipa multidisciplinar.

Em modo de reflexão, e por considerar o processo de metamorfose da borboleta (ser vivo), muito semelhante ao percurso por mim realizado durante a UC de estágio, nos capítulos seguintes irei espelhar, com recurso a metáforas, a minha aprendizagem, transformação e crescimento enquanto EESIP.

Entendo o caminho realizado como um renascer transformado, pois tal como para uma borboleta ser em si mesma, sofre um processo de transformação - metamorfose.

Algures, no meio de uns quantos ovos decidi que queria conhecer outra realidade além do meu ovo, queria ser ainda mais individual e decidi tornar-me mais plástica e maleável. Após todo o percurso teórico realizado e aquisição de um leque de conhecimentos e ferramentas foi possível crescer e tornar-me numa bela lagarta branca.

## 2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais (UCIEN)

– A lagarta que tinha o sonho de voar -

O Capítulo I é caracterizado pelo primeiro estágio da UC, e foi escolhido com o intuito de compreender as competências do EESIP específicas na área dos Cuidados Intensivos Especiais Neonatais (UCIEN).

Esta UCIEN encontra-se inserida no departamento da Criança e do Jovem de uma dada instituição e tem como missão a prestação de cuidados de saúde hospitalares ao recém-nascido, criança e família, com base no respeito pela criança hospitalizada, utilizar de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver a investigação em saúde. Assenta numa filosofia em que os pais são os melhores prestadores de cuidados, e o hospital deve minimizar, o máximo possível, os efeitos da separação da criança do seu meio ambiente, sendo o cuidado centrado na família, com o reconhecimento do binómio criança/pais. A equipa multidisciplinar é constituída por equipa médica, equipa de enfermagem, equipa de auxiliares, administrativos e equipa de fisioterapia.

Após o olhar atento e observador, a partilha de experiências de outros profissionais e a partilha da experiência da Enf.<sup>a</sup> Orientadora tornou-se ainda mais claro o facto de que todos os RN internados na UCIEN terem necessidades especiais, e são essas necessidades especiais que tornam o seu cuidado diferente e específico. O início das suas vidas é partilhado com uma equipa multidisciplinar que se encontra disponível para aqueles recém-nascidos, mas também para aqueles que lhes deram a vida, os pais. Durante este estágio, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira especialista nos seus cuidados, o que me permitiu não apenas a aprendizagem através da observação, como também uma melhor reflexão acerca dos cuidados prestados. Durante este percurso procurei sempre realizar a pesquisa bibliográfica sobre temas e ou situações com as quais não estava tão familiarizada. Tal facto permitiu-me uma maior confiança aquando da prestação de cuidados, quer ao RN, quer aos pais. Sendo que na UCIEN estão internados RN de baixo peso, não contemplando por isso a faixa etária em estudo na revisão de *Scoping*, decidi dirigir a minha intervenção para os pais, neste caso mães adolescentes, que nesta etapa tão importante do desenvolvimento, experienciam agora o papel de mãe.

De acordo com aqueles que são os valores da instituição e a missão desta unidade de cuidados neonatais, com o reconhecimento do binómio criança/pais, considero ter toda a

pertinência minimizar a separação deste binómio, por meio de uma proximidade no acolhimento à unidade, imediatamente a seguir ao nascimento do recém-nascido. Por conseguinte, também a equipa de enfermagem fica exposta a uma complexidade psicológica, física e emocional perante uma família que enfrenta um momento de insegurança em relação à vida do RN, existindo por isso, a necessidade de um acolhimento humanizado que visa a satisfação das necessidades do binómio criança/pais (Mesquita, Naka, Kaeamura, & Schmidt, 2019).

Embora o foco e olhar atento muitas vezes se direcione para os sinais que nos prendem à vida, há uma necessidade inerente de cuidar da família, do sistema como um todo, daquele adolescente que ainda está em desenvolvimento e enfrenta uma fase de mudanças interdimensionais. Promover e manter a homeostasia familiar, do binómio mãe/filho e da família que lhe subjaze, pressupõe necessidades e atividades que influenciem e permitam ampliar a saúde dos indivíduos (Alligood & Tomey, 2004).

Posto isto, foram definidos dois objetivos específicos.

**Objetivo específico 1: Contribuir para a capacitação parental de mães adolescentes, em contexto de UCIEN com recurso à promoção da literacia no acolhimento na UCIEN.**

A gravidez na adolescência tem uma elevada prevalência, o que faz com que, por este facto muitas adolescentes assumam agora o papel de mães, e neste caso específico mães de RN prematuros, cujo acolhimento na UCIEN é realizado de forma semelhante às demais mães. Embora havendo um reconhecimento por parte da equipa de enfermagem de que esta não seria a melhor prática, as condições físicas dos espaço e disponibilidade da equipa face à atual situação não estavam a permitir uma resposta ajustada às necessidades das mães adolescentes.

Neste sentido, sendo o primeiro encontro, o primeiro contacto, o acolhimento de mães adolescentes na UCIEN algo de extrema importância, torna necessária uma intervenção específica para as mães adolescentes. Embora o acolhimento em si já seja realizado de forma bastante direcionada e especializada, com um primeiro contacto no bloco de partos e posteriormente através de uma conversa informal com as mães, associada à entrega do guia de acolhimento, houve necessidade de repensar esta abordagem, uma vez que a situação pandémica atual impossibilita que as enfermeiras realizem esta primeira visita

no bloco de partos, pois tornou-se necessário minimizar contactos com outros serviços do hospital. Ao longo da minha prática profissional e em diálogo com diversos enfermeiros, é claro que todos já tiveram experiência de nesta instituição, contatarem com mães adolescentes na UCIEN.

Em Portugal, a gravidez em jovens adolescentes surge em situações em que as mesmas vivem em contextos desfavorecidos do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural, e em ambientes familiares caracterizados por stress, pressão e conflitos, o que sustenta a sua condição vulnerável (Figueiredo, Pacheco, & Magarinho, 2004). Por conseguinte, os fatores que mais se identificam na ocorrência de gravidez na adolescência são o início precoce da vida sexual e o envolvimento em relações sexuais sem utilização eficaz de métodos contraceptivos, havendo neste sentido uma clara necessidade de intervenção específica do EESIP na promoção de comportamentos de saúde sexual. Neste contexto, fiz o possível para que a minha intervenção se direcionasse também para os comportamentos de risco que estas mães pudessem eventualmente ter tido e na consequência dos mesmos, ter resultado uma gravidez indesejada ou não. Atualmente, assiste-se a uma constante alteração nos padrões de sexualidade, demonstrando que a vida sexual se inicia cada vez mais precocemente, sobretudo nos países em desenvolvimento, sendo este um fator que tem contribuído para o aumento da ocorrência de gravidez na adolescência, o que se traduz num problema de saúde pública e concomitantemente num fator de risco (Doumid, et al., 2016).

A gravidez na adolescência adquiriu um estatuto de problema social e de saúde pública nos últimos cinquenta anos, principalmente nos países ocidentais. Para tal efeito contribuíram as transformações sociais, como a industrialização e o desenvolvimento económico, as mudanças nos papéis de género e por conseguinte, a modificação das estruturas familiares (Canavarro & Pedrosa, 2012). Também as alterações no modo de vida da população contribuíram para este efeito, por um lado pela diminuição da idade da menarca, e por outro pela extensão dos anos de escolarização e o facto vir a ser cada vez mais encarada como um fator importante de valorização social e individual, quer para o sexo feminino, quer para o sexo masculino (Canavarro & Pedrosa, 2012).

Segundo Doumind *et al.*, (2016) as adolescentes são fisiologicamente imaturas para suportar as implicações de uma gravidez. A evolução do período gestacional e o crescimento fetal pode ser alterada pelo risco aumentado de desnutrição, anemia, deficiências vitamínicas, atraso do crescimento intrauterino, uso de drogas e infeções, resultando num

aumento dos índices de prematuridade (idade gestacional menos que 37 semanas e baixo peso ao nascer < 2,500 g). Não obstante, também a nutrição materna antes e durante a gestação, a fragilidade social, as condições sociais e económicas, o nível educacional e o acesso aos serviços de atendimento pré-natal, surgem também como fatores de risco associados que são indicadores de morbidade/mortalidade infantil (Doumid, et al., 2016). Relativamente à maternidade, também estas jovens adolescentes pela maior imaturidade física e reprodutiva apresentam maior risco de complicações obstétricas e neonatais (Santos, et al., 2014).

Deste modo, considero que o EESIP é detentor de um papel fulcral e de extrema importância na abordagem/acolhimento à mãe adolescente, uma vez que as suas competências lhe permitem implementar intervenções direcionadas e adequadas à fase do desenvolvimento em que estas se encontram, bem como atender às suas necessidades específicas. Já diversos estudos indicam que existe uma crescente prevalência de gravidez na adolescência e uma elevada taxa de baixo peso à nascença, diretamente relacionada com a fase do desenvolvimento destas jovens (Honório, Miranda, Lago, Pinto, & Zani, 2019).

Assim, a gravidez na adolescência pode despoletar situações adversas, iniciando processos de conflito, medos e receios, bem como insegurança por parte destas mães na aceitação desta nova realidade perante a família ou até mesmo o parceiro. Por sua vez, a maternidade pode trazer um vasto leque de alterações na vida da adolescente, exigindo da mesma uma adaptação às novas funções de cuidados com o RN. Não obstante, o momento do acolhimento e a posterior permanência dos pais numa unidade de cuidados intensivos neonatais constitui-se como uma experiência pautada muitas vezes pela ansiedade, agravada pelas características físicas do ambiente envolvente, assim como pela tecnicidade do serviço em si (Rocha, et al., 2011). Esta é a descrição exata da realidade com que me deparei nesta UCIEN, o que leva a que a permanência dos pais durante as vinte e quatro horas seja praticamente inviável.

Neste sentido, uma adolescente, agora no papel de mãe de um RN prematuro, vivencia um período de stress, do qual surgem inúmeros problemas e preocupações, incluindo o medo face ao momento de fragilidade, bem como o risco a que o seu filho está exposto, pelo que existe insegurança nos cuidados, ansiedade em relação à doença e até receio em apegar-se ao RN que pode vir a não sobreviver (Honório, Miranda, Lago, Pinto, & Zani, 2019).

Este conjunto de alterações e sensações provoca mudanças na vida e dinâmica familiar (Honório, Miranda, Lago, Pinto, & Zani, 2019). Uma vez que tornar-se mãe adolescente ocorre num momento de transição do ser humano, caracterizado também pela imaturidade emocional, emerge a necessidade de um maior apoio nesta fase deste o primeiro contacto. O acolhimento personalizado possibilita maximizar o protagonismo destas jovens adolescentes no seu agora papel de mãe, através do favorecimento do convívio com o filho, permitindo assim o desenvolvimento do vínculo afetivo de imediato, responsabilizando-as também pelos cuidados, com a participação efetiva e um envolvimento o mais precoce possível nos cuidados ao filho.

Todos estes fatores contribuíram para prolongar o período da adolescência. Assim, o adiar de uma vida a dois, bem como, a atitude menos repressiva face às relações sexuais fora desse enquadramento, influenciaram fortemente a diminuição da idade de início da vida sexual, o aumento da sexualidade pré-marital e, conseqüentemente, levaram a um maior risco de gravidez na adolescência (Canavaro & Pedrosa, 2012).

Nesta perspetiva, considero o apoio dos enfermeiros num serviço de neonatologia imperativo para ajudar a mãe a vivenciar este momento de crise e enfrentá-lo, conhecendo, entendendo e aceitando o filho, fornecendo condições para que estas mães se sintam aptas a prestarem cuidados ao RN e posteriormente seja possível estabelecer uma parceria de cuidados com a equipa (Fernandes & Silva, 2015).

Neste sentido, o momento de admissão e acolhimento, numa primeira abordagem permite promover a literacia sobre o contexto de uma unidade de cuidados intensivos neonatais, assim como o ambiente que a envolve e até os envolvidos. Este acolhimento efetivo traz inúmeros benefícios para todos os envolvidos, favorecendo a interação entre os diferentes sujeitos. O mesmo deve ser realizado com linguagem acessível e simples, adaptada à fase do ciclo vital, neste caso de mães adolescentes, de forma a contribuir para uma maior proximidade com a equipa de enfermagem (Sousa, et al., 2017).

As mães adolescentes necessitam de desempenhar determinadas tarefas e papéis, quer os que estão relacionados com a fase do desenvolvimento em que se encontram – adolescência, quer com os acontecimentos indutores de stress associados à gravidez e à maternidade. Neste sentido, tal situação decorre num período em que a própria adolescente ainda tem os seus próprios recursos pessoais e a capacidade de lidar com o stress em desenvolvimento (Figueiredo, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006).

Deste modo, e considerando de extrema importância a intervenção com as mães adolescentes, tal contribui para a diminuição e/ou resolução deste conjunto antagónico de tarefas do desenvolvimento que têm agora dificuldades acrescidas, pelo surgimento da maternidade. A forma como a mãe adolescente faz a aprendizagem dos cuidados maternos determinará o tipo de comportamento que esta terá com o seu filho, sendo o método de aprendizagem por repetição, o que melhor caracteriza a transição para a parentalidade (Meleis, 2010).

Segundo Mesquita *et al.* (2019), devemos promover a presença das mães na unidade de cuidados neonatais para oferecer afeto, segurança e conforto aos seus filhos, bem como adotar uma comunicação efetiva dos profissionais para com os pais. O enfermeiro pode e deve dar suporte emocional, dando relevância às competências parentais das mães adolescentes na relação e no cuidado ao seu filho (Mercer, 2005). Para esta comunicação efetiva, e sendo, que a população alvo em específico se trata de mães adolescentes, segundo Pinto *et al.* (2017), acredita-se que as novas tecnologias (computador, telemóvel e internet), favorecem a comunicação com os mesmos, ampliando o conhecimento e a informação. Uma vez que os profissionais de saúde têm à sua disposição este tipo de ferramentas, considero-as uma mais-valia na educação em saúde, como já referido anteriormente. Dado que atualmente a forma de obtenção de informação dos adolescentes é através das novas tecnologias, navegando na *internet*, enquanto profissionais de saúde devemos e podemos utilizar esses meios para disponibilizar informação fiável e credível, com vista à promoção da literacia em saúde nesta população, influenciando positivamente os seus comportamentos em saúde (Pinto, Scopacasa, Bezerra, & Pedrosa, 2017).

Não obstante, devido à situação atual de pandemia que todos nós vivemos, e dada a restrição de visitas e eventual possibilidade de uma mãe apresentar um teste positivo para SARS-COV-2, um “acolhimento digital”, menos presencial e mais interativo, poderá contribuir para a proximidade dos profissionais, dando desde logo início ao acolhimento. Por outro lado, o facto de haver uma diminuição da circulação de papéis, diminui o risco de infeção, facto que, no meu ponto de vista, só poderá ser uma mais-valia para todos.

Com vista a dar resposta ao objetivo específico supracitado, foi elaborada uma mensagem “*standardizada*” cujo narrador é “o” RN. Este, conta na primeira pessoa uma breve história acerca do ambiente em que se encontra internado, fazendo referência a aspetos chave, com intuito de desmistificar alguns medos e receios relativamente ao desconhecido, neste caso o ambiente de uma UCIEN. Como complemento a esta mensagem foi ainda

elaborado um vídeo na mesma linha de pensamento, que para ser de fácil envio e acesso foi convertido em *link*. Os referidos conteúdos foram enviados via *whatsapp*, através do telemóvel da UCIEN, utilizado exclusivamente para o contacto com os pais de RN internados. Assim, considero este método inovador para envolver as mães adolescentes no ambiente que as espera, mesmo sem nunca terem tido contacto com este. Como o contexto onde desenvolvi este estágio recebe utentes provenientes de diversas regiões do mundo, onde a língua inglesa por vezes é predominante, de modo a contribuir para a diminuição da barreira linguística, foi realizada a tradução para a língua inglesa dos conteúdos elaborados.

É de referir que a ferramenta digital utilizada para realização do audiovisual está disponível *online* e pode ser utilizada por qualquer internauta após criar uma conta na mesma. Relativamente ao conteúdo, construção e modo de apresentação do vídeo, é de autoria própria. Todos os vídeos que possam resultar desta ferramenta poderão ser descarregados sob diferentes formatos, tendo eu optado pelo meu canal de Youtube, através de um link que é gerado no momento do *download* (Powtoon, 2020). A música da qual o vídeo se faz acompanhar é de autoria daquele que considero um dos melhores compositores da música clássica contemporânea e que, para mim, é fonte de inspiração, concentração e dedicação – Ludovico Einaudi: *Nuvole Bianche*, 2004 (Apêndice II e III).

Ressalvo o facto de que as mães foram livres na decisão de acesso aos conteúdos enviados, respeitando assim a sua escolha. Nesta lógica, os conteúdos elaborados seriam apenas enviados às mães adolescentes mediante avaliação prévia de cada situação. Deste modo, a mensagem e o vídeo foram somente aplicados em situações cujo seu envio não compromettesse a esperança realista ou a relação terapêutica com a equipa. Ou seja, sempre que existisse alguma situação, cujos RN se encontrassem com um prognóstico reservado ou situação de morte iminente, estes não seriam enviados.

Relativamente aos resultados, não foi possível aplicar e desenvolver os conteúdos elaborados, uma vez que não surgiu oportunidade de realizar o acolhimento à mãe adolescente no decorrer do estágio.

Assim e de modo a dar continuidade ao projeto desenvolvido, e contribuir também para a promoção da literacia na UCIEN, sobre a importância e pertinência da temática abordada, foi elaborada uma sessão de apresentação sobre o mesmo. Para avaliar os conteúdos apresentados foi aplicado um questionário no final de cada sessão. Este tinha atribuído a cada item uma pontuação qualitativa (Apêndice IV). Nesse questionário considerei ainda as sugestões propostas pelos enfermeiros, como a tradução da mensagem

para inglês e outras línguas, bem como a substituição de determinadas palavras no vídeo que do ponto de vista de profissionais experientes e peritos nesta área, poderiam fazer a diferença na compressão por parte de quem as recebe.

Em conclusão, posso afirmar que a equipa de enfermagem se encontrou disponível para dar continuidade ao projeto apresentado, assim como demonstrou reconhecer a importância e necessidade de intervenção no acolhimento às mães adolescentes.

Deste modo, e porque os profissionais de enfermagem que diariamente exercem as suas funções neste serviço são profissionais experientes na área, devo referir que os mesmos contribuíram de forma crucial para a realização das atividades propostas. O facto de existirem enfermeiros especialistas de outras áreas foi muito importante, pois permitiu-me abrir horizontes sobre modos diferentes de olhar a mesma situação, assim como consolidar o desenvolvimento daquelas que são as competências comuns do enfermeiro especialista.

**Objetivo específico 2: Prestar cuidados de enfermagem especializados ao Recém-Nascido e família/pessoa significativa na UCIEN (em situação de especial complexidade)**

O nascimento é um momento de vulnerabilidade pois o recém-nascido atravessa uma série de transformações e um processo de transição entre aquela que era a vida uterina para a agora vida extrauterina, período este considerado de 28 dias como crítico. Deste modo, durante este período surgem, expectavelmente, intercorrências e/ou alterações fisiológicas, que num recém-nascido prematuro têm uma relevância ainda maior, necessitando estes de cuidados especiais, numa unidade de cuidados neonatais (Mesquita, Naka, Kaeamura, & Schmidt, 2019). Não obstante, quando a criança muitas vezes “idealizada” nasce prematuramente e/ou com uma condição de saúde inesperada que coloca em risco a sua vida, tal evento pode levar desencadear a frustração das expectativas parentais (Rocha, et al., 2011).

A prestação de cuidados a RN com necessidades especiais, foi sem dúvida um desafio. Além dos cuidados em contexto de neonatologia serem cuidados especializados, são cuidados que carecem, no meu ponto de vista, de enorme sensibilidade e também perícia. Neste contexto, tive a oportunidade de prestar cuidados diretos aos RN internados e de colocar em prática habilidades e conhecimentos já adquiridos previamente, assim como o aprofundamento de outros. Neste sentido, sublinho a importância dos cuidados prestados serem realizados por meio da aplicação de conhecimentos e habilidades no desenvolvimento

de conteúdos promotores da proximidade entre a equipa de enfermagem e a família, potencial facilitador num processo de acolhimento e de todo o internamento, e por sua vez crucial na diminuição do *stress* parental. Assim, torna-se imperativo aumentar a satisfação dos pais, relativamente à unidade, proporcionando-lhes um estado emocional positivo acerca da mesma. Para tal efeito é necessário identificar as necessidades e ir de encontro às expectativas dos pais e/ou pessoas significativas (Rocha, et al., 2011). Neste contexto, com recurso e através da prática clínica sustentada na evidência foi possível contribuir para a promoção da vinculação, de forma precoce e sistemática. No que respeita às mães adolescentes, houve espaço para a promoção da sua autoestima e autodeterminação, através da comunicação eficaz e apropriada à etapa do desenvolvimento em questão.

Tive oportunidade de intervir diretamente com o RN e com a pessoa significativa ao longo dos turnos, realizando ensinamentos acerca dos cuidados durante o período neonatal, promovendo a literacia acerca do espectável para a fase de desenvolvimento do RN prematuro, e promovendo um ambiente facilitador para a verbalização de sentimentos/emoções por parte das mesmas. Como já referido anteriormente, através da identificação das necessidades da família e/ou pessoa significativa foi possível estabelecer um plano de intervenções direcionadas às mesmas, pelo que considero a comunicação uma ferramenta básica na prestação de cuidados diretos e indiretos. Segundo Phaneuf (2005), a comunicação é a ferramenta base para o início do estabelecimento de uma relação de ajuda, pelo que se torna fundamental o domínio dos mais diversos princípios de comunicação. Com vista a espelhar uma das diversas intervenções e interações com a pessoa significativa na UCIEN, elaborei um registo de interação onde subjaz a reflexão acerca da intervenção (Apêndice V). No meu ponto de vista, este registo tornou-se enriquecedor ao oferecer-me a oportunidade de explorar e enquadrar teoricamente as aprendizagens desenvolvidas. Por conseguinte, também as intervenções com mães adolescentes e a respetiva família, ainda que escassas, neste contexto de estágio, foram no meu entender facilmente explicadas e compreendidas pela interpretação ao modelo de Betty Newman, algo que julgo conseguir espelhar através do registo de interação, sendo por isso um instrumento valioso na avaliação do binómio recém-nascido/mãe.

Considero que a reflexão constante, quer formal ou informal, quer individual ou em equipa, foi facilitadora de uma aprendizagem e crescimento constante, contribuindo fortemente para aquisição das competências de enfermeira especialista. O facto de me encontrar mais desperta para a importância e impacto da linguagem não verbal e dos

fenómenos de paralinguagem, permitiram-me ao longo daquilo que foi a prestação de cuidados de UCIEN adotar uma postura de constante evolução. Nesta lógica de pensamento, posso referir que a reflexão é um processo voluntário e intencional e pressupõe que a pessoa que a realiza, se disponha à mudança, quer ao nível do conhecimento, das suas crenças, quer ao nível pessoal. As constantes reflexões podem ser entendidas como momentos de viragem no processo de aprendizagem pela necessidade que emerge de expandir horizontes, visando a melhoria do conhecimento e o desenvolvimento de diferentes formas de pensar e olhar o mundo (Santos & Ananda, 2004). Este processo de análise e reflexão, de juízos críticos sobre os meus pensamentos permite-me compreender profundamente aquele que já é o meu conhecimento, sendo por isso um processo que exige inteligência emocional e elevação da atividade cognitiva. Deste modo, a prática constante de refletir ativamente potencializa e maximiza o processo de aprendizagem, o que na prática de cuidados se traduz num pensar de forma crítica sobre as situações, o que por sua vez leva a um aperfeiçoamento constante da mesma (Ribeiro C. , 2003). Deste modo, elaborei uma reflexão sobre o contexto da UCIEN que me permitiram integrar algumas das vivências e emoções sentidas (Apêndice VI).

O facto de partilhar as minhas intervenções baseadas num referencial teórico diferente, do atualmente implementado na unidade permitiu a identificação de situações de potencial risco, mas que, dado o tempo e duração do estágio, assim como outras limitações do momento pandémico atual, não tendo sido possível dar continuidade às mesmas. Entendo assim que, cuidar exige compreensão do comportamento e das respostas humanas para problemas de saúde presentes ou potenciais, assim como o entendimento das necessidades individuais e de qual a melhor forma de lhes dar resposta. Exige ainda que sejam conhecidas as nossas forças e limitações, assim como as da pessoa, assim como o significado que determinada situação representa para si, oferecendo-lhe conforto e compreensão (Watson, 2002).

### **Competências adquiridas**

As competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) que foram adquiridas neste capítulo de acordo com os objetivos específicos e atividades realizadas, foram desenvolvidas através das seguintes unidades de competência: "Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas", "Promove a proteção dos

direitos humanos” (OE, Regulamento n.º. 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4746), “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (OE, Regulamento n.º. 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4747). Relativamente às competências de ESSIP adquiridas neste capítulo destaco: “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”, (OE, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018, p. 19193), “Promove o crescimento e desenvolvimento infantil”, “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”, “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018, p. 19194).

Intitulei este capítulo referindo que gostava de ser a lagarta que tinha o sonho de voar...

O que é facto é que as lagartas são definidas pelo seu corpo maleável, crescem de forma rápida e as suas patas permitem-nas deslocar-se por longas distâncias. Algumas lagartas são capazes de detetar vibrações numa frequência específica e produzir sons que lhes permitem defender os seus ninhos de seda. Tal como as lagartas sinto que neste capítulo comecei por tecer o meu maravilhoso casulo, onde os diversos fios de seda davam agora lugar a algo mais consistente, fruto do meu trabalho, o meu espaço, a minha pupa.

## **2.2. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)**

– O casulo é a construção e a emancipação de um novo Eu, é um lugar mágico onde tudo acontece à velocidade da luz -

Este Capítulo encontra-se dedicado à reflexão crítica e análise acerca do estágio realizado em contexto de um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

Relativamente ao SUP, este encontra-se inserido no departamento da Criança e do Jovem, funcionando 24 horas por dia e tem como missão “Prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico (crianças/pais) e

utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde”. O SUP é constituído por uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica e assistentes administrativos, contando com o apoio da cirurgia pediátrica, neuropediatria, psicologia, assistente social, entre outras. Outras valências, como oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e cirurgia geral não se encontram localizadas no SUP, mas sim na área da urgência geral. O referido serviço proporciona acesso a meios complementares de diagnóstico, laboratorial e imagiológico.

Neste serviço de urgência pediátrica, recorrem crianças e adolescentes que são encaminhados para o posto de triagem à chegada, mesmo que tenham tido indicação prévia da Linha de Saúde 24. No entanto, os que já venham referenciados da Linha de Saúde 24 ultrapassam dentro da sua prioridade as outras crianças que não realizaram este primeiro contacto.

No SUP está instalado o sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, preconizado pelo grupo português de Triagem. Este sistema permite a identificação de situações de risco para a saúde, atribuindo uma prioridade de acordo com a gravidade da situação, pelo que quanto mais grave, mais rápido a criança será observada. Este sistema de triagem está creditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos médicos e Ordem dos Enfermeiros, tendo como objetivo o atendimento com base na situação clínica e não apenas na hora de chegada. Após a passagem pelo gabinete de triagem é atribuída uma cor a cada criança de acordo com a gravidade da sua situação, e que existe um tempo alvo para atendimento médico, sendo que as situações mais graves devem ter prioridade no atendimento. Quando as crianças e adolescentes passam pela triagem é realizado o primeiro passo para a definição do circuito que as mesmas irão realizar, de acordo com as necessidades identificadas.

O SUP para além de um serviço de elevada complexidade, é um serviço que coloca diariamente à prova os profissionais, na sua capacidade, competência e profissionalismo. Ou seja, face à situação clínica por vezes muito instável, quer pela complexidade das situações clínicas, quer pelo apoio e acompanhamento familiar necessário, torna-se um contexto de particulares *stress*.

Uma vez mais, e considerando de extrema importância o olhar atento sobre algo que me é desconhecido, contemplo na observação um instrumento básico na minha aprendizagem. Para reforçar esta premissa, Horta *et al.*, (1970) afirmam que a observação

permite olhar atentamente e com minúcia, realçando por isso os pormenores, passo importante para a prestação de todo e qualquer cuidado em enfermagem.

Após alguns turnos realizados e diversos diálogos informais com a enfermeira orientadora e outros membros da equipa, assim como a exposição da temática de interesse, bem como objetivos a desenvolver em contexto clínico, tornou-se ainda mais clara a necessidade de intervenção com o jovem adolescente com comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de tabaco e álcool. Porém por este ser um serviço pautado, muitas vezes, pela brevidade no contacto, torna-se imperativo a existência de uma maior assertividade nos ensinamentos realizados. É importante uma rápida e eficaz deteção dos principais focos de intervenção, para que a atuação seja o mais individualizada possível.

Este ensino clínico não foi exceção e foi vivenciado durante o período de pandemia causado pelo novo coronavírus. A COVID-19, doença provocada pela SARS- Cov- 2 (novo coronavírus), surgiu na china em dezembro de 2019. Segundo Oliveira *et al.* (2020) verifica-se que os adolescentes têm vivenciado de forma negativa as medidas de distanciamento social e o encerramento das escolas. Tal fenómeno pode favorecer a ocorrência de violências ou comportamentos agressivos, e que podem potenciar comportamentos de risco. A situação pandémica e a evolução desfavorável da mesma podem contribuir para uma tendência de agravamento dos comportamentos de risco, visto que as limitações no contato social e o acesso às atividades de lazer está novamente comprometido. Deste modo, surge a necessidade de reorientar as práticas de cuidados, nos serviços de saúde, adotando o modelo virtual em substituição dos cuidados presenciais, uma vez que a revisão de estudos realizada indica que a pandemia pode ser considerada determinante na vida dos adolescentes (Oliveira, *et al.*, 2020).

No SUP embora o contacto muitas vezes seja breve, existem sem dúvida oportunidades para realizar intervenções no âmbito da promoção da literacia em saúde, aliás, é essa brevidade que justifica a sua pertinência, visto que a imediatude das intervenções necessárias podem deixar margem para a clarificação de alguns aspetos que possam não ser atendidos no momento. É a capacidade de nos colocarmos perante a informação necessária que abre espaço a uma correta implementação da literacia em saúde. Assim, considero que, embora não tenha conhecimento prévio acerca de possíveis comportamentos de risco nos adolescentes que recorrem ao SUP, estes jovens, derivado da fase do ciclo vital em que se encontram poderão estar mais suscetíveis a adquirir comportamentos de risco, com a agravante da situação pandémica atual, que como já referido anteriormente pode despoletar

e agravar ou aumentar os comportamentos de risco nos jovens adolescentes. (Oliveira, et al., 2020).

Por fim, sendo o SUP, um serviço caracterizado por breves contactos também em situação de urgência e/ou emergência, torna-se extremamente necessitado de um modelo que permita sistematizar o máximo de informação possível, num curto período de tempo. Uma vez mais, o modelo de Neuman permitiu um olhar para a criança e pessoa significativa, e/ou pessoa que a acompanha no momento, identificando os principais stressores, assim como perceber a interação entre ambos, de forma interdependente, uma vez que a saúde da criança/adolescente depende do equilíbrio estabelecido entre as suas variáveis. Contudo, fiz sempre para compreender a criança/adolescente como parte integrante do suprasistema familiar, cuja saúde está igualmente alterada e em situação de stress, de crise.

Assim, foram definidos objetivos específicos com vista a dar resposta às necessidades sentidas neste contexto.

### **Objetivo específico 1: Contribuir para a literacia em saúde em jovens adolescentes que recorrem ao SUP**

Segundo Chang (2010), uma vez comprovada a existência de uma literacia em saúde pobre associada a níveis mais elevados de comportamentos de risco e mais baixos comportamentos promotores de saúde, emerge a necessidade de intervenção naquela que é a saúde presente e que será a futura.

No serviço de urgência decidi intervir com os jovens adolescentes através de um “clique” no mundo virtual/*on-line*. Uma vez que os jovens adolescentes têm cada vez mais acesso a informação através da internet, considero que é possível realizar uma comunicação efetiva com os mesmos por meio de novas tecnologias e através do mundo virtual. Esta intervenção permite promover a ampliação do conhecimento no jovem adolescente, o que por sua vez facilita o seu processo de tomada de decisão, tornando-o assim mais participativo e consciente, na utilização eficaz da informação disponibilizada, ou seja, promovendo a sua literacia em saúde (Chang, 2010).

Assim, é também importante referir que a comunicação com o adolescente é um precioso instrumento de trabalho, uma vez que contribui de forma decisiva para o estabelecimento de relações entre profissionais e estes. Neste sentido, senti necessidade de aprofundar conhecimentos acerca de estratégias para estabelecer de forma profunda o

diálogo com o adolescente e criar espaço para a partilha de vivências e experiências direcionado para a compreensão do mesmo. Assim, segundo Santos & Silva (2020) quando se estabelece uma comunicação efetiva e eficaz, esta proporciona ao adolescente e profissional de saúde uma relação de confiança que pode dar lugar a uma forte relação terapêutica.

Numa altura em que contato físico é limitado, quer no tempo, quer na proximidade, a promoção da literacia através do mundo virtual consegue ainda mais força e dimensão. No meu entender, adquire ainda mais ênfase a ideia de não poder ser marginalizada ou ser entendida como secundária, a necessidade de promover a literacia nos jovens adolescentes numa altura em que os riscos se potenciam. Assim, à semelhança do contexto clínico anterior, e uma vez que, a evidência científica comprova que enquanto profissionais de enfermagem devemos e podemos promover a literacia nos jovens adolescentes através dos meios tecnológicos, também neste contexto foram elaboradas atividades com recurso a esta ferramenta.

Deste modo, através do meu imaginário e criatividade elaborei o guião que descreve um episódio ocorrido entre quatro personagens, com características físicas e de personalidade distintas, em que um elemento de um grupo de jovens amigos adolescentes tem comportamentos de risco, sendo o mais evidenciado o consumo de tabaco. Por sua vez este guião foi convertido em vídeo animado numa plataforma online para o efeito (Animaker, 2020). O objetivo inicial desta atividade era a realização de uma série digital animada em que diferentes episódios seriam palco de comportamentos de risco com maior prevalência na adolescência. Por sua vez, nestes episódios seria transmitida informação sobre esses comportamentos, assim como as suas consequências. Contudo, optei por realizar apenas um vídeo, de modo experimental, a fim de perceber também a sua aplicabilidade e sucesso na prática. Uma vez mais, é de mencionar que todo o conteúdo da história é de autoria própria, tendo sido criado e desenvolvido especificamente para a faixa etária onde o consumo de tabaco tem maior prevalência (a partir dos 13 anos de idade). Para realização do mesmo recorri à utilização do humor, expressões típicas e vocabulário dos adolescentes, assim como outras características de identificação próprias desta fase.

Para colocar em prática o trabalho desenvolvido procedi à elaboração de um *flyer* intitulado de “Curte a adolescência”. Neste foram colocados dois códigos QR, um correspondente ao vídeo e outro a um questionário *on-line* através do *google forms*. Os *flyers* foram entregues sempre que oportuno, como por exemplo o tempo de espera a seguir à

triagem, e/ou a outros jovens adolescentes que já se encontravam a aguardar observação/cuidados de enfermagem, e durante vários dias (Apêndice VII).

No que respeita aos resultados obtidos posso concluir que o acesso ao vídeo foi facilmente realizado pelos jovens adolescentes, sendo efetiva uma excelente adesão à atividade. Pude ainda constatar que o facto de os *flyers* terem uma apresentação pautada pela ausência de informação escrita e com destaque os códigos QR, levou a que a curiosidade fosse a chave para visualização do vídeo e conseqüentemente da resposta ao questionário de avaliação. Relativamente a este último, de 12 questionários aplicados a adolescentes com idades compreendidas entre 13 e 16 anos, os 12 identificaram corretamente as afirmações verdadeiras, no que respeita às conseqüências do consumo de tabaco. Posso deste modo concluir que os métodos utilizados para promoção da literacia sobre o consumo de tabaco foram claro e objetivos, tendo sido bem-sucedidos (Apêndice VIII). Para além dos resultados palpáveis, propriamente ditos, tive ainda a oportunidade de observar as reações de alguns jovens enquanto visualizavam o vídeo. Julgo também por isso ter conseguido captar a atenção daqueles jovens, espelhadas com manifestações de sorrisos e olhar atento.

Por conseguinte, e também para dar a conhecer à equipa as intervenções desenvolvidas, assim como a necessidade de lhe dar continuidade, procurei sensibilizar a equipa de enfermagem do SUP, bem como para a importância de promover comportamentos de vida saudáveis nos adolescentes. Deste modo, foi realizada uma sessão de formação em serviço, sendo esta apresentada em diversos dias e a duas pessoas de cada vez, devido às contingências atuais (Apêndice IX, X e XI).

Concluindo, no meu ponto de vista, a possibilidade de capacitar a equipa de enfermagem para as reais necessidades de intervenção, possibilitou dar continuidade ao trabalho desenvolvido, aprimorando-o e ofereceu ainda a oportunidade de colaborar com a equipa no desenvolvimento de novas aprendizagens profissionais comuns, fundamentais no seu crescimento (Apêndice XII).

## **Objetivo específico 2: Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/adolescente e família no contexto do SUP**

Na infância os processos de saúde-doença caracterizam-se inevitavelmente por experiências de medo, e uma ida repentina e inesperada ao hospital é claramente uma delas.

Quando surge de forma eminente uma situação de doença e a necessidade de recorrer a um serviço de urgência, há um comprometimento na preparação da criança para os eventos que se sucedem, o que potencia sentimentos de medo e angústia na criança e respetiva família (Diogo, Vielas, Rodrigues, & Almeida, 2015). Na perspetiva, em que entendo o RN/criança/adolescente integrante de um sistema familiar, considero que também no SUP as intervenções por mim realizadas procuraram minimizar o *stressor* da hospitalização, que embora agravado pela duração da permanência num serviço hospitalar, carece antes de tudo de ser avaliado de forma individual para cada criança e família. A ida a um serviço de urgência, acarreta sentimentos de medo, ansiedade e angústia, quer nas crianças, quer nos pais. Tal facto remete o pensamento para situações complexas, de urgência, que necessitam de ser geridas ao nível emocional. Os enfermeiros têm por isso um papel muito importante na gestão destes sentimentos, devendo utilizar estratégias promotoras de conforto, com vista a maximizar a humanização dos cuidados, numa abordagem holística não apenas da criança como da família em si (Diogo, Vielas, Rodrigues, & Almeida, 2016). Neste prisma Diogo (2015), afirma que a gestão emocional permite regular e atenuar a alterações emocionais, o que por sua vez facilita o autocontrolo e promove o bem-estar dos indivíduos em interação.

Ao ter tido oportunidade de participar e intervir de forma ativa na triagem de crianças/adolescentes no SUP, assim como acompanhar sua permanência em Sala de Observação (SO) permitiu que realizasse intervenções no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/adolescente em parceria com a pessoa significativa, definindo planos de cuidados com estes. Foram inúmeras as situações diárias com as quais tive contacto, e independentemente do seu grau de complexidade, todas elas igualmente carentes de um olhar atento e perspicaz. Este contexto, pautado pela brevidade no contacto, foi desafiante no que respeita à utilização de técnicas de aproximação e estabelecimento de confiança, na maioria das vezes conduzidas pelo brincar terapêutico.

O brincar surge em contexto dos cuidados de saúde como uma necessidade básica da criança. É através do brincar que as crianças descobrem a sua individualidade e aprendem a diferenciar o mundo real do mundo de fantasia. Também em contexto de urgência a criança está sujeita a procedimentos dolorosos, assim como à restrição física (pelo espaço), o que potencia alterações emocionais que podem resultar em traumas que se podem perpetuar durante toda a vida (Lima, Calisto, & Fiuza, 2020). Segundo Pessoa *et al.*, (2018) em contexto hospitalar é fundamental utilizar estratégias de enfrentamento que diminuam os prejuízos no desenvolvimento, pelo que, para minimizar o sofrimento infantil devem ser

utilizados recursos tecnológicos, psicológicos e lúdicos que estejam disponíveis no momento, assim como proporcionar um ambiente o mais confortante para a criança possível. Deste modo, uma das medidas mais utilizadas no cuidado humanizado em enfermagem à criança hospitalizada é o Brinquedo Terapêutico (BT), que consiste num brinquedo que permite amenizar a ansiedade e o medo da criança perante o desconhecido. Esta intervenção deve ser realizada antes de procedimentos invasivos ou dolorosos com o objetivo de que a criança compreenda o procedimento a que será submetida. Brincar é um instrumento que permite tornar as experiências em contexto hospitalar o menos dolorosas possíveis (Pessoa, Santos, Cruz, Marques, & Lubenow, 2018). Segundo Diogo *et al.*, (2016) a maioria das crianças tem medo do desconhecido, percecionando-o como uma ameaça. Por sua vez, estes medos estão geralmente relacionados com a dor, as injeções, as análises, e é durante estes procedimentos que os enfermeiros assumem um papel de gestor emocional ajudando as crianças a gerir os seus medos. Esta gestão pode ser realizada através de estratégias de conforto, como por exemplo a música, a distração e o jogo, como também através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor. Realço ainda o papel importante dos pais, na sua presença e envolvimento em intervenções que minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional. O enfermeiro deve por isso procurar uma abordagem de cuidados centrados na família, com estratégias de intervenção humanizadas e não traumáticas (Diogo, Vielas, Rodrigues, & Almeida, 2016).

Outro dos processos de aprendizagem marcantes no contexto de urgência foi a compreensão e vivência dos momentos de triagem, caracterizados pela sua brevidade obrigatória, como um momento decisivo para o despiste de situações de risco ou potencial risco em crianças/adolescentes e respetiva família, possibilitando à *posteriori* uma intervenção mais especializada, adequada e direcionada.

No sentido de melhor espelhar algumas das minhas vivências neste contexto como sentimentos, emoções e dificuldades sentidas foi elaborada uma reflexão crítica sob a forma de narrativa (Apêndice XIII). Sublinho a importância e privilégio de poder acompanhar e observar outros enfermeiros em diferentes momentos da prestação de cuidados, pois estes permitiram-me uma ampla visão das diferentes perspetivas do olhar terapêutico e do cuidar sobre a mesma situação

Por fim, neste contexto tive o privilégio de ser orientada por uma profissional que desempenha, entre outras, funções de gestão e foi sem dúvida extremamente nutritivo beber do seu conhecimento e experiência nesta caminhada. A fim de melhor compreender e

entender a dimensão e importância de um cargo de gestão no SUP foi realizada uma outra reflexão no mesmo formato, uma vez mais com recurso à metáfora, na qual comparo as competências de gestão do enfermeiro especialista às características de um polvo (Apêndice XIV). A utilização de metáforas permiti-me refletir sobre as intervenções do enfermeiro especialista e as competências que lhe são inerentes, através da atribuição de significados de uma determinada experiência num dado fenómeno (Paschoal & Grandesso, 2014).

Em suma, o SUP é a porta de entrada de inúmeras crianças/adolescentes e cujo circuito hospitalar é incerto, devendo por isso ser o mais personalizado e especializado possível desde logo.

### **Competências adquiridas**

De acordo com os objetivos específicos e atividades realizadas neste contexto, foram adquiridas competências de EE através das seguintes unidades de competência:” Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”, (OE, Regulamento n.º. 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4746)“Planeia programas de melhoria contínua” (OE, Regulamento n.º. 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4747), “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”, “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (OE, Regulamento n.º. 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4748), “Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos”, “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”, “Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional”. (OE, Regulamento n.º. 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4749). Relativamente às competências de ESSIP, destaco o sucesso das seguintes unidade de competência: “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, “Faz a gestão diferenciada da dor e dor bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018, p. 19193), “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, Regulamento de Competências

Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018, p. 19194).

Foi precisamente neste contexto, que fui construindo o meu casulo e pude apreciar o crescimento dos lindos fios de seda que diariamente fui tecendo, começando agora a dar forma ao meu lugar, a minha crisálida. Foi na construção deste percurso que pude desfrutar dos momentos de maior reflexão e autocrítica sobre tudo o que ia surgindo à minha volta e tal como a lagarta este processo de introspeção, reflexão consigo própria é o que lhe permite transformar-se. No fundo, a lagarta, agora pupa, tinha espaço para ir crescendo na sua crisálida. Por sua vez a crisálida com a sua excelente permeabilidade, torna possível a absorção do “mundo” exterior, assim como a reflexão acerca do mesmo. A pupa cresce assim... diariamente, de forma alucinante, com peripécias e imprevistos diários aos quais terá de dar resposta e permissão para a dita transformação através de uma metamorfose individual, única e especial.

### **2.3. Serviço de Internamento de Pediatria**

- Para voar não são apenas precisas asas, é preciso coragem –

O serviço de internamento de pediatria foi o culminar de um percurso, tendo sido realizado no local onde exerço funções. Este estágio por ter sido realizado num local que me é familiar, local esse onde exerço funções, poderia despoletar um sentimento de tranquilidade e calma, mas contrariamente desencadeou um sentimento de alguma ansiedade, uma vez que à exigência de profissional no exercício das minhas funções, acrescia agora o papel de aluna de especialidade.

Este serviço foi também o lugar que me acolheu para desenvolver a minha primeira experiência profissional no mundo da pediatria. Por este motivo e por ser, no fundo, a minha casa, embora nesta por vezes me possa ter sentido mais à vontade é também onde sou detentora de mais responsabilidade.

Este foi o último contexto de ensino clínico, e ao ver a minha maravilhosa pupa crescer, não poderia hesitar agora em saber que ao sair dela estaria um mundo à minha espera.

O serviço de pediatria encontra-se inserido no departamento da Criança e do Jovem, funcionando 24 horas por dia e tem como missão: prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico (crianças/pais) e utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde. O serviço de pediatria é constituído por uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, nutricionista, fisioterapeutas, assistente social, psicólogas, educadoras de infância e administrativos (secretários de unidade). O método de trabalho utilizado assenta na prestação de cuidados individualizados, com tendência a evoluir para o método de enfermeiro responsável. As crianças/jovens admitidas no serviço de Pediatria podem vir transferidas da urgência pediátrica, unidade de cuidados intensivos/especiais pediátricos e neonatais, bloco operatório, consultas externas, hospital de dia pediatria e/ou domicílio. Aquando acolhimento das crianças/adolescentes e família no serviço é entregue o guia de acolhimento e colocada a pulseira de identificação da criança/jovem assim como a pulseira eletrónica (anti rapto/fuga). Neste momento, é também dever do enfermeiro a confirmação da realização prévia do teste à COVID-19 assim como o resultado negativo do mesmo. Todo o processo da criança/jovem se encontra informatizado através do programa *Sorian Clinicals*, onde se pressupõe a realização de registos de enfermagem em cada turno. O enfermeiro deve realizar a avaliação inicial de enfermagem no máximo até às primeiras 48h. É exetável também que o enfermeiro inicie o mais precocemente possível, o processo de preparação para a alta, capacitando e promovendo o desenvolvimento das competências parentais. No momento da alta clínica o enfermeiro responsável pela criança deverá entregar aos pais a nota de alta de enfermagem e reforçar/validar os ensinamentos dos cuidados a manter no domicílio. Este documento deve incluir o número telefónico do serviço e reforçada a importância de o contactar para esclarecimento de dúvidas. Também neste contexto, poderão ser referenciadas crianças/jovens/família, que necessitem de cuidados no domicílio para a UMAD (Unidade Móvel de Apoio Domiciliário), que visa dar apoio domiciliário a nível clínico e social.

O novo Coronavírus, veio alterar em grande escala a dinâmica do serviço de pediátrica, quer na equipa de enfermagem, quer nos restantes profissionais do serviço. Atualmente não estão a ser realizadas visitas domiciliárias, pelo que a articulação dos cuidados é feita com os serviços de saúde da comunidade. Durante o internamento, a criança mantém o direito a ter acompanhante, mas este deverá manter-se no serviço o máximo tempo

possível, evitando os contactos com o exterior, realizando teste para Covid-19 ao 1º e 5º dia de internamento.

Considero que a situação atual tem vindo a aprofundar a necessidade de fazer face às barreiras que daí têm surgido, tal como o uso constante da máscara e a sua implicação na comunicação com a criança/jovem, sem o reconhecimento da expressão facial, a restrição de visitas, a alteração nas rotinas, o cansaço dos profissionais, as incertezas, as ansiedades das famílias, entre tantos outros. Desta forma, considero que é ainda mais necessário continuar a oferecer formação às equipas de enfermagem, capacitando-as sobre temáticas que agora ganham outra força derivado dos problemas e necessidades do mundo atual, promovendo o espírito de continuar a caminhar no sentido da humanização dos cuidados.

Na equipa de enfermagem, embora cada profissional tenha a sua abordagem à criança/adolescente, o fim terapêutico é comum e por isso as necessidades em equipa são identificadas também desse modo.

No serviço de pediatria têm sido frequentes os internamentos de crianças com diagnóstico de doença crónica, uma vez que devido à situação pandémica atual a visita domiciliária realizada pela UMAD ficou suspensa temporariamente. A equipa domiciliária da UMAD é uma equipa criada com base hospitalar e em parceria com a Fundação do Gil (apoio social e económico) e que presta cuidados continuados pediátricos, apoiando crianças com necessidades paliativas (Gulbenkian, 2013). Estas crianças/jovens são maioritariamente doentes crónicos e/ou com doença cujo prognóstico é limitado e quando necessitam de cuidados mais frequentes são internados no serviço de pediatria, onde ainda permanecem algum tempo. Como muitos destes têm uma esperança de vida reduzida carecem, por esse motivo, de cuidados especializados, mais concretamente de cuidados paliativos.

Neste sentido, a Enf.<sup>a</sup> Chefe do serviço ao desafiar-me a integrar a equipa de cuidados paliativos pediátricos, despoletou em mim alguma nostalgia, uma vez que parte da minha experiência anterior está diretamente relacionada com a prestação de cuidados no âmbito dos cuidados paliativos. Por conseguinte, entendo ter tido uma excelente oportunidade para colocar em prática algumas das competências que considero ter adquirido enquanto enfermeira de cuidados gerais, mas agora com um olhar diferente, o de EESIP.

Em diálogo informal com a Enf.<sup>a</sup> Chefe do serviço de pediatria, enfermeira orientadora e outros membros da equipa tive perceção clara que existe algum desconhecimento, e até receio e/ou hesitação em abordar a temática dos cuidados de paliativos pediátricos. Por um lado, porque este tema não é algo que seja abordado

diariamente em contexto de trabalho e por outro, pela ausência de conhecimento sobre a mesma. Deste modo, tornou-se evidente a necessidade de abordar e explorar a temática. Os cuidados paliativos pediátricos têm vindo a despoletar uma forte necessidade e importância em ser abordados devido às circunstâncias referidas anteriormente. Considero que, contribuindo para a capacitação da equipa de enfermagem para criticar, compreender e avaliar a informação sobre os cuidados paliativos pediátricos, também as intervenções planeadas serão mais ajustadas e adequadas às necessidades das crianças/adolescentes internadas que carecem de cuidados paliativos pediátricos. Deste modo defini objetivos específicos, apresentados em seguida, com vista a dar resposta às necessidades identificadas.

**Objetivo específico 1: Contribuir para promoção da literacia dos profissionais da equipa de enfermagem sobre cuidados paliativos pediátricos (CPP)**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos como os cuidados que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam problemas que derivam de uma doença incurável e/ou grave e como prognóstico limitado (WHO, 2020). Estes, permitem prevenir e aliviar o sofrimento através da identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas físicos, como a dor, mas também os psicológicos, sociais e espirituais. Os cuidados paliativos têm por base uma filosofia na qual a morte é compreendida como um processo natural, pelo que não aceleram o seu processo, mas também não o atrasam. Procuram oferecer um sistema de suporte de ajuda aos doentes, para que estes vivam da melhor forma possível e o quanto possível até à sua morte, bem como ajudam a família a lidar com a doença e no luto (SNS, 2017). Na prestação de cuidados paliativos a metodologia mais utilizada para a satisfação das necessidades do doente e família é o trabalho em equipa, e estes além de melhorarem a qualidade de vida dos envolvidos, podem mesmo influenciar positivamente a trajetória da doença (APCP, 2020). Por conseguinte, destaco a necessidade de distinguir cuidados paliativos de cuidados ao doente terminal. Cuidar em fase terminal de doença, refere-se ao tipo de cuidados prestados ao doente e família numa fase em que o tratamento que perspetiva a cura foi suspenso e a morte está próxima de dias, horas ou semanas (Huijter, et al., 2009).

Os cuidados paliativos são considerados parte integrante dos sistemas de cuidados de saúde, constituindo um direito dos cidadãos, devendo por isso ser orientados de acordo com as necessidades dos mesmos, assim como ter em consideração os seus valores, preferências,

dignidade e autonomia. A Sociedade Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) propõe o desenvolvimento de diferentes níveis de formação, sendo eles, a formação básica para todos os profissionais de enfermagem, a qualificação intermédia dos profissionais que trabalham em contexto de cuidados paliativos e a formação especializada para os enfermeiros que trabalham em áreas específicas de cuidados paliativos (Sierra, Sabater, & Moñux, 2017).

A população pediátrica em Portugal é cada vez menor, o que conduz a dificuldades crescentes para a sustentabilidade de serviços com ela relacionados, tal como a saúde e a educação. Contudo, a prevalência das doenças crónicas complexas na população pediátrica, ainda que baixa, está a aumentar o que impele cada vez mais a necessidade de reconhecer as necessidades paliativas das crianças e famílias (Gulbenkian, 2013).

Os cuidados paliativos pediátricos (CPP) são cuidados globais e ativos, prestados ao corpo, mente e espírito da criança, envolvendo também o apoio à família, sendo por isso uma especialidade em si. Surgem, quando uma doença potencialmente fatal ou ameaçadora da vida é diagnosticada e mantêm-se independentemente de a criança receber ou não tratamento dirigido à sua doença (Huijjer, et al., 2009). Os CPP constituem assim um direito humano básico de recém-nascidos, crianças e jovens com doenças crónicas complexas, na maioria das vezes limitantes da qualidade e/ou esperança da sua vida e respetivas famílias (Gulbenkian, 2013). Segundo a WHO (2020), os CPP consistem assim no cuidado total ativo do corpo, mente e espírito da criança, e na prestação de apoio à família. Estes cuidados são iniciados quando a doença é diagnosticada e continuam independentemente de a criança receber ou não tratamento para a doença (WHO, 2020).

Os CPP destinam-se ao binómio criança-família, pois o impacto e as necessidades de uma doença crónica complexa vão muito além do “simples” controlo de sintomas – são cuidados afetivos, emocionais, sociais e económicos. Para além do apoio especializado para a crianças e para os pais, é necessário intervir junto dos irmãos e não esquecer das suas necessidades, onde se incluem também a integração e apoio a nível escolar e comunitário (Gulbenkian, 2013).

Posto isto, com intuito de dar resposta a este primeiro objetivo específico deste capítulo foi elaborada uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem com o objetivo de promover a literacia sobre a temática, assim como a sensibilização para a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a mesma no contexto do serviço de pediatria (Apêndice XV e XVI).

Devo referir que foi interessante perceber a reação da equipa quando abordada a temática, no sentido em que o estigma associado ao tema dos cuidados paliativos pediátricos remete no imediato o pensamento para os cuidados em fim de vida. Foi muito enriquecedor poder ter um papel ativo na equipa, com a qual desempenho funções diariamente, despertando-a para esta necessidade real no nosso serviço.

Esta sessão foi realizada em diferentes dias, no decurso do estágio, e foi alvo de avaliação no final de cada apresentação com a aplicação de um questionário *on-line* codificado por um código QR que os enfermeiros tinham acesso no final da sessão projetado na tela de apresentação.

Relativamente aos resultados obtidos posso afirmar que numa amostra de 36 enfermeiros inquiridos 35 enfermeiros identificaram corretamente a definição de cuidados paliativos; os 36 consideraram pertinente a formação; a maioria não tem formação em cuidados paliativos e relativamente ao aprofundamento de conhecimento expressaram o interesse em abordar outras questões (Apêndice XVII).

No contexto da temática abordada e por sugestão da chefia de enfermagem foi elaborada uma norma de procedimento acerca da colocação do cateter de hipodermóclise. A colocação do cateter de hipodermóclise surge como uma via alternativa de administração de medicamentos e outros fluídos à criança/jovem em situação de especial complexidade, contribuindo para a evolução da qualidade dos cuidados pediátricos, favorecendo o cuidado humanizado à criança/jovem e família. Neste sentido, tornou-se totalmente pertinente a realização da mesma, uma vez que a utilização do cateter de hipodermóclise é bastante utilizada no âmbito da prestação de CPP quando estes assim o exigem.

São diferentes as estratégias que permitem potenciar um controlo sintomático eficaz face ao sofrimento causado por uma determinada doença, no qual a administração de medicamentos e outros fluídos assume um papel fundamental. Porém, nem sempre a escolha da via de administração é a mais assertiva face ao contexto da pessoa em situação paliativa. O tratamento direcionado à criança/jovem em contexto de cuidados paliativos deve incluir uma via de administração farmacológica de eficácia garantida, com facilidade na administração, com o mínimo de desconforto, boa tolerabilidade, melhor adesão ao tratamento, menos custos associados e que permita, de forma igualmente eficaz, um controlo dos sintomas, bem como a promoção de autonomia à criança/jovem e família e também a possibilidade de programação da alta para o contexto domiciliário. A via subcutânea tem vantagens, benefícios, indicações e possíveis complicações, no entanto pode contribuir para

a promoção da qualidade de vida dos doentes (Godinho & Silveira, 2017). É de conhecimento que nas crianças/jovens os vasos sanguíneos são de menores calibres, dificultando muitas vezes a sua visualização e palpação, além de que a condição de doença crónica, por vezes ainda acentua mais estes fatores. Assim, e face ao risco de insucesso no estabelecimento da punção venosa, surge a necessidade de uma alternativa à mesma (Saganski, Freire, Peres, Gusso, & Migoto, 2019). Também o facto de uma punção venosa ser associada a experiências difíceis de punção, esta pode afetar negativamente o fator da hospitalização, doença e emoções que poderá gerar comportamentos menos positivos por parte das crianças/jovens e respetivas famílias (Saganski, Freire, Peres, Gusso, & Migoto, 2019). Neste sentido, há já estudos que comprovam que a punção subcutânea é melhor tolerada do que a punção venosa, o que resulta de uma forte contribuição para a humanização e qualidade dos cuidados nas crianças e família. No entanto, a utilização desta via carece de um protocolo de administração das diversas categorias de fármacos, com a expectativa do impacto positivo na ampliação da sua utilização em meio hospitalar, ambulatório e domicílio (Saganski, Freire, Peres, Gusso, & Migoto, 2019).

Desde o final da década de 60 que a administração de fluídos por via subcutânea tem ganho um grande impulso. Atualmente a técnica por hipodermóclise é considerada uma técnica de primeira linha, quando não existe disponibilidade da via oral, no contexto de cuidados paliativos, onde começam já a surgir protocolos da sua utilização (Cardoso, 2017).

Deste modo, o termo “Hipodermóclise” diz respeito à utilização da via subcutânea para a administração contínua de soluções (Saganski, Freire, Peres, Gusso, & Migoto, 2019). A técnica por hipodermóclise em ambiente hospitalar tem vindo a ser utilizada para situações agudas ou não em crianças, pelo baixo risco de complicações comparativamente à via endovenosa (Saganski, Freire, Peres, Gusso, & Migoto, 2019). Assim em situações nas quais não seja possível cateterizar um acesso venoso periférico, para administração de fluídos ou soluções contínuas, esta pode ser uma via de administração alternativa.

Embora a norma de procedimento realizada necessite de um protocolo e prescrição de administração de fármacos ou outras substâncias, contribui para o início daquele que será um ganho na prestação de cuidados especializados à criança/jovem em situação de doença.

A norma de procedimento foi assim submetida para apreciação do departamento de qualidade da instituição, da qual aguardo aprovação (Apêndice XVIII).

**Objetivo 2: Prestar cuidados de enfermagem especializados no Serviço de Pediatria (SP), contribuindo para a promoção da literacia em saúde em adolescentes com comportamentos de risco.**

Neste Serviço de Pediatria (SP), o facto de exercer funções enquanto tornou possível desenvolver e consolidar muitas das competências de EESIP uma vez que são diárias as oportunidades de intervenção com recém-nascidos, crianças, adolescentes e respetiva pessoa significativa/família. Considero que este contexto clínico me oferece diariamente a oportunidade de apreciar o processo de enfermagem de forma profunda.

Não posso deixar à margem a influência que a pandemia teve em todo o meu percurso, bem como os efeitos que a mesma causou. De acordo com estudos recentes face às alterações causadas pela pandemia, há necessidade de reavaliar as alterações que daí advieram, uma vez que a maioria dos serviços adotou medidas restritivas com o objetivo de prevenir e minimizar a transmissão da doença. No SP a diminuição drástica de visitas de outros familiares, foi o fator que mais despoletou reações ou comportamentos negativos por parte dos internados. Assiste-se diariamente à alteração das rotinas de crianças, jovens e respetivas famílias e tais aspetos tornaram-se desafios diários, complexos e exigentes para os afetados como também para os profissionais de saúde. Por estes motivos e outros que poderia mencionar, o enfermeiro tem um papel determinante no que respeita à avaliação das necessidades das crianças/jovem e família assim como na gestão das emoções das crianças, jovens e famílias que além de vivenciarem uma experiência de internamento, vivenciam-na num contexto pandémico em que também os próprios profissionais são alvo de contantes alterações nas suas funções e tarefas. Ainda neste sentido, é de referir que houve uma diminuição drástica do número de internamentos nos últimos meses no SP, o que exigiu uma redefinição das ideias previamente concebidas acerca do planeamento de atividades no internamento com os jovens adolescentes no âmbito da temática central deste relatório.

Com vista a dar resposta a esta adversidade optei pela realização de um processo de enfermagem que se dedica ao estudo e compreensão de um adolescente com comportamentos de risco, internando no SP. Um processo de enfermagem por estudo de caso é um método de pesquisa que pode ser aplicado em diversas situações. Já Florence Nightingale utilizava o método de estudo caso com os seus alunos, sendo por isso um dos métodos mais antigos utilizados na educação em enfermagem. Com a evolução da profissão,

cada vez mais, a investigação, o estudo, o ensino e a organização dos cuidados tem sido um foco de atenção dos enfermeiros (Andrade, et al., 2017).

Esta atividade permitiu-me identificar e formular diagnósticos de enfermagem e por conseguinte intervir de forma especializada, avaliar os resultados obtidos e redefinir o plano de cuidados sempre que necessário. Como instrumento de trabalho foi indispensável a utilização da CIPE, uma vez que é considerada uma ferramenta valiosa na uniformização e melhoria dos cuidados de enfermagem, assim como importante na análise dos cuidados prestados (CIPE, 2015) (Apêndice XIX).

Com a realização deste processo de enfermagem conclui que, embora compreendendo o adolescente na sua individualidade, entendo que muitas das intervenções realizadas com este adolescente, são transversais e aplicáveis a outros adolescentes com comportamentos de risco.

Na linha de pensamento de Galdeano *et al.*, (2003), e reforçando a pertinência do método de estudo caso, considero que o enfermeiro através da observação, análise e descrição dos fenómenos adquire conhecimento e experiência que se podem tornar úteis e vantajosos na tomada de decisão perante outras situações (Galdeano, Rosi, & Zago, 2003).

O modelo de Betty Neuman pela possibilidade de entender a criança/adolescente como um sistema, bem como tudo o que o influencia, externamente, internamente, e na sua relação com os outros, permite uma melhor compreensão do mesmo e do seu meio, bem como os diferentes níveis de prevenção que se tornam possíveis de intervir, considerando uma vez mais ter sido norteador do estudo caso realizado.

Na prática profissional e no contexto do SP uma vez mais o modelo teórico Betty Neuman permiti-me olhar para a criança/jovem e pessoa significativa, e família, compreendendo-a num todo, com a decisiva e importante identificação dos stressores dos quais este sistema depende fortemente para manter o equilíbrio.

Deste modo, e segundo Galdeano *et al.*, (2003), o método de estudo de caso é o reflexo da organização do trabalho de enfermagem, que tem por base a intervenção de acordo com a análise da história do utente, sendo por isso, no meu ponto de vista, uma ferramenta indispensável para a prática especializada.

## Competências Adquiridas

Neste último contexto de estágio afirmo ter adquirido com sucesso as seguintes competências comuns do EE de acordo com as unidades de competência:” *Lidera de forma efetiva os processos de tomada decisão ética na sua área de especialidade*”, “*Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão*” (OE, Regulamento n.º. 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4746); “*Orienta projetos institucionais na área da qualidade*”, “*Avalia a qualidade das práticas clínicas*”, “*Lidera programas de melhoria contínua*”, “*Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos em grupo*” (OE, Regulamento n.º. 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4747); “*Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais*”, “*Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*” (OE, Regulamento n.º. 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4748), “*Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho*”, “*Suporta a prática clínica em evidência científica*” (OE, Regulamento n.º. 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4749). Relativamente às competências de ESSIP adquiridas, saliento estas unidades de competência: “*Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança e do jovem*”, “*Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados*”, “*Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência*”, “*Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*” (OE, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018, p. 19193), “*Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura*”, “*Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde*” (OE, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018, p. 19194).

E assim chegou a primavera, trago comigo umas lindas asas e vou sobrevoando campos com diferentes flores, com diversas cores. Sair de um lugar só nosso para o mundo lá fora é ir à descoberta, é ter a liberdade de viajar por onde quiser. Tal como o no ciclo de vida da borboleta, também o enfermeiro para se tornar especialista tem de alterar o seu comportamento, a sua forma de ver o mundo e sofrer diferentes metamorfoses, quer quando se torna especialista, quer na sua vida profissional em diante. Segundo o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus de Benner (2001) são identificados cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem, passando o profissional por cinco níveis de proficiência que são o reflexo de diferentes mudanças, do qual resulta um processo dinâmico que vai sendo polido e aprofundado com a experiência. Em todo este processo de aquisição de competências foi indispensável a reflexão nas aprendizagens que a prática me proporcionou (*know-how*), assim como a prática suportada na evidência científica (conhecimento cognitivo), alicerçado nos princípios éticos (Benner, De Iniciado a Perito, 2001). Imaginar que sou uma borboleta e que passei por sucessivas mudanças para o ser, então posso afirmar passei por um processo de metamorfose que me tornou diferente e diferenciado. Considero e imagino assim que aquilo que me tornou enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria, se assemelha a uma borboleta que ao longo da sua existência continuará o seu ciclo de vida e será responsável por outras tantas transformações.

Seguir em direção à luz, ser altruísta e deixar para trás o casulo que nos acolheu e nos transformou, é voar em direção ao brilho de uma vida renovada com tantos outros sonhos.

### **A Prática Baseada na Evidência: Era uma vez uma enfermeira especialista e mestre**

– A Borboleta que começou a explorar o mundo -

Desenvolvi o meu percurso e EESIP experienciando diferentes contextos, e tive a real perceção da forma como os adolescentes obtêm informação. Esta é maioritariamente feita por meio das novas tecnologias, navegando na internet, nas redes sociais, visualizando vídeos on-line, existindo um enorme consumo de informação em segundos através de um “clique”. Considero, que enquanto profissionais de saúde devemos e podemos utilizar esses meios como veículo de transporte de informação credível, a grupos-alvo específicos, com vista a contribuir para a promoção da literacia nesta população, influenciando os seus

comportamentos em saúde (Pinto, Scopacasa, Bezerra, & Pedrosa, 2017). Segundo Oliveira *et al.*, (2020) também a situação pandémica atual da doença SARS-Cov-2 (novo coronavírus) pode ter vindo dar o seu contributo na tendência para o agravamento dos comportamentos de risco nos adolescentes, visto que surgiram limitações no contacto social e no acesso a atividades de lazer.

Penso que o segredo na inovação está em disponibilizarmos aos indivíduos, neste caso os adolescentes, aquilo que estes mais consomem e no imediato, ou seja, se atualmente vivemos numa era tecnológica, em que dependemos muitas vezes, de um telemóvel, de internet, quer para o trabalho, na escola, quer para a vida pessoal, então considero que a intervenção deverá ser de acordo com essas necessidades. Entendo ainda que os tempos mudam, e nós enquanto pessoas e profissionais mudamos também, ou pelo menos sentimos necessidade de mudança. Acredito que as novas tecnologias (computador, telemóvel e internet), favorecem a comunicação, e se utilizadas de forma literada podem ser fundamentais na ampliação do conhecimento e da informação. Uma vez que os profissionais de saúde têm à disposição este tipo de ferramentas, até porque fazemos uso das mesmas, considero-as como uma mais-valia na educação em saúde. Assim, encontrando nos adolescentes um gosto e procura pelo mundo digital, e não fazendo a substituição dos cuidados presenciais, estes podem, a dado momento, ser realizados por meio de um modelo virtual. Entendo que a promoção da literacia aos adolescentes não é realizada num determinado momento, é preciso investimento de ambas as partes, e tempo. Porém, considero que o processo de motivação à mudança pode começar com este tipo de intervenções, que podem fazer a diferença no processo de tomada de decisão dos comportamentos em saúde, de forma mais participativa e consciente, utilizando a informação que é disponibilizada de forma eficaz (Chang, 2010).

Por fim, sinto que se capacitarmos as equipas de enfermagem para promover a literacia em saúde, apresentando as estratégias e ferramentas necessárias, com recurso à prática baseada na evidência, os resultados poderão ser muito positivos.

Os cuidados que prestamos hoje proporcionarão reflexões no futuro. Entendo que criar e reinventar o futuro é tarefa dos profissionais de enfermagem do presente.

Deste modo, considero a aquisição de competências de grau de mestre de acordo com os Descritores de Dublin transversais aos três contextos de estágio, pelo que me fez todo o sentido espelhar a sua aquisição como parte integrante e construção de um percurso. Ao longo do presente relatório demonstrei ter conhecimentos ao nível do 1º ciclo de estudos,

assim como a capacidade para os aprofundar e aplicar às mais variadas situações em contexto de estágio. Este percurso não foi fácil e linear, muito pelo contrário, exigiu estudo e aprofundamento de temáticas com as quais não estava tão familiarizada, assim como colocou à prova a minha capacidade de resolução de problemas em determinadas situações que declaro ter conseguido dar resposta. Asseguro ainda ter tido a capacidade para lidar com situações e questões complexas, assim como devolver-lhe soluções através da reflexão constante, bem como a perceção das implicações e responsabilidades ética e social das intervenções e das suas consequências. Atesto também ter sido capaz de comunicar os meus raciocínios, conhecimentos e conclusões de forma clara, objetiva e consistente, livre de juízos dúbios. Por fim, e fazendo referência à metáfora que utilizo para espelhar o meu desenvolvimento, afirmo que possuo competências de aprendizagem que me admitem e oferecem a possibilidade de beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentalmente auto-orientado (DGES, 2011).

### 3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório apresentado teve como principal objetivo refletir o percurso realizado para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Foi um caminho longo, mas muito gratificante de apreciar, uma vez que a aprendizagem diária se tornou uma constante e a aquisição de competências me permitiu um olhar diferenciado nos cuidados em enfermagem. Considero fundamental o ênfase numa prática baseada na evidência, quer pela sua responsabilidade na excelência dos cuidados, quer para o seu contributo na evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão. Assim, a realização da revisão de *Scoping* e a escolha de um referencial teórico foi sem dúvida norteador neste percurso, uma vez que possibilitaram a contextualização e fundamentação de todas as atividades realizadas no âmbito dos ensinamentos clínicos. Devo mencionar que considero igualmente de extrema importância todo o conhecimento adquirido ao longo das unidades curriculares que se antecederam aos estágios, que permitiram consolidar a aprendizagem realizada neste percurso. Os contextos de estágio, toda a pesquisa e trabalho teórico desenvolvido permitiram que as minhas intervenções fossem realizadas de acordo com a interação existente entre mim e a criança/adolescente e respetiva família/pessoa significativa, identificando de forma individual as suas reais necessidades. Neste sentido, tornou-se imprescindível recorrer àqueles que são os instrumentos básicos em enfermagem e que me permitiram intervir de acordo com as minhas habilidades, atitudes e conhecimentos. Também o facto de na prática recorrer a ferramentas que me permitem a diferenciação e personalização dos cuidados torna-os, no meu ponto de vista, ainda mais específicos e direcionados, imprescindíveis desde o momento da avaliação até à tomada de decisão.

A Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais foi sem dúvida o contexto mais desafiante, quer pela especificidade dos cuidados, quer pelo ambiente em si muitas vezes num limbo de sentimentos de esperança numa vida futura ou de uma morte iminente.

O Serviço de Urgência Pediátrica, permitiu-me uma perspetiva diferente dos cuidados de enfermagem, e que mesmo em situações de especial complexidade em que o tempo era limitador, foi sempre impreterível compreender o foco nas necessidades do outro,

mas também nos stressores do momento que diminuídos, podem fazer toda diferença na prestação de cuidados.

O serviço de internamento de pediatria foi o culminar de um percurso e em simultâneo uma ponte de transferência dos conhecimentos e aprendizagens, uma vez que pude colocar em prática muitas das competências adquiridas nos outros contextos de estágio, e por ser também o local onde exerço funções me oferece a possibilidade de continuar a desenvolvê-las diariamente.

Após terminar este desafio académico, tenho em mim sedimentada a intenção e necessidade de continuar a investir na minha formação, quer nas temáticas mais abordadas neste relatório, quer em outras que foram despertando o meu interesse ao longo deste caminho. Este percurso foi sem dúvida imprescindível na minha tomada consciência de que, só conhecendo as necessidades reais de uma população é que lhes consigo responder de forma adequada. O facto de atualmente vivermos numa era tecnológica permite-me, não apenas a mim, um acompanhamento da informação que diariamente é produzida, como àqueles que são o meu foco de intervenção, e por esse motivo sinto-me responsável em fazê-les chegar informação fidedigna resultante de investigação científica.

Devo mencionar que ter tido a oportunidade de participar e apresentar a revisão de *Scoping* numa Comunicação Oral do III Seminário do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi bastante reconhecedor da importância da temática estudada (Anexo I). Por esse motivo afirmo ter cumprido também com os critérios do Guia da UC.

Concluindo, não posso deixar de me sentir orgulhosa, por ter concretizado um sonho a atravessar uma tempestade – a pandemia SARS COV-2. No meu entender não há maior prova do que aquela a que nós próprios nos propomos. Desta prova resultou a minha borboleta, no meu Eu pessoa e no meu Eu enfermeira, espelhado agora no meu relatório de estágio. Para voar não são apenas precisas asas, é preciso coragem pois entendo que a coragem é o combustível que me permite sair da zona de conforto e promover o meu autoconhecimento. Foi através deste e de sucessivas autorreflexões que se tornou possível reencontrar-me e construir-me em cada contexto. Foi assim que as minhas expectativas iniciais se confirmaram ou por outro lado se desvaneceram em cada contexto de estágio e se tornou possível a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista e de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

As borboletas remetem sempre o meu pensamento para as diferentes transformações na vida. Não há para mim outra realidade, que estas para que transformem na sua beleza caracterizada muitas vezes pela cor, carecem impreterivelmente de um processo de metamorfose, processo esse onde é preciso, tempo, paciência, perseverança... no fundo é preciso aquilo de que precisamos nas nossas vidas para nos transformar. No fundo aquilo que eu igualmente precisei para me tornar na pessoa que sou hoje, diferente de quando iniciei esta etapa. Na verdade, o que é de facto maravilhoso para admirar, tem o seu tempo e chega sempre!

#### 4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achhab, Y., Ammari, A., Kazdouh, H., Nadji, A., Berraho, M., Tachfouti, N., . . . Nejari, C. (2016). Health risk behaviours amongst school adolescents: protocol for a mixed methods study. (B. Central, Ed.) pp. 1-6.
- Allgood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Almeida, R., Corrêa, R., Rolim, I., Hora, J., Linard, A., Coutinho, N., & Oliveira, P. (14 de março de 2017). Good practices and fundamentals of nursing work in the construction of a demogracic society. *Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy*, 70(5), pp. 1033-1039.
- Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A., & Xavier, A. (1-12 de Agosto de 2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: Uma revisão integrativa. 26(4).
- APCP. (12 de Novembro de 2020). *Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Obtido de <https://www.apcp.com.pt/faq/o-que-sao-cuidados-paliativos.html>
- Association, A. M. (10 de fevereiro de 1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. 281(6), pp. 552-557.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Braga, L., Salgado, P., Souza, C., Prado-Junior, P., Prado, M., Melo, M., & Parreira, P. (Outubro/Novembro/Dezembro de 2018). O modelo de Betty Neuman no cuidado ao doente com catater venoso periférico. pp. 159-168.
- Bruno, V. (2015). Hipoermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. 13(1), pp. 122-128.
- Canavarro, M., & Pedrosa, A. (2012). Gravidez e Parentalidade na adolescência: perspetivas teóricas. II , pp. 34-55.
- Cardoso, V. (2017). Hipodermóclise e a via subcutânea no controlo sintomático em contexto paliativo: Percepção dos Enfermeiros Portugueses. Porto.
- Chambers, R., Tingey, L., Parker, S., Lee, A., & Barlow, A. (7 de março de 2016). Exporing sexual risk taking among American Indian adolescents through protection motivation theory. 28(9), pp. 1089-1096.

- Chang, L. (2010). Health Literacy, self-reported status and health promotion behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 190-196.
- Chimeli, I. (8 de Maio de 2015). Adolescências e Saúde: um estudo sobre comportamentos de risco. Rio de Janeiro.
- Ciocanel, O., Power, K., Eriksen, A., & Gillkings, K. (12 de Agosto de 2016). Effectiveness of Positive youth development interventions: A meta-analysis of randomized controlled trials. (S. S. York, Ed.) pp. 483-504.
- CIPE. (2015). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa.
- CNSMCA. (Novembro de 2020). As grávidas, as crianças e a pandemia COVID-19. 1-33.
- Costa, A., Arriaga, M., Mendes, R., Miranda, D., Barbosa, P., Sakellarides, C., . . . Ribeiro, S. (2019). A Strategy for the Promotion of Health Literacy in Portugal, Centered around the Life-Course Approach: The Importance of Digital Tools. *Portuguese Journal of Public Health*, 50-54.
- DGES. (30 de Maio de 2011). O Quadro de Qualificações do Ensino Superior em Portugal. Direção Geral do Ensino Superior.
- DGS. (2011). Dor como 5º Sinal Vital - Registo Simétrico da intensidade da Dor. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dor-5-sinal-vital-folheto-pdf.aspx>
- DGS. (2018). *Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (18 de outubro de 2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde. *Capacitação dos Profissionais de Saúde*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa, Portugal.
- DGS. (2019-2021). Plano de Ação para a Literacia em Saúde. 1-16. Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (20 de Julho de 2020). *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/dor.aspx>
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro - Uma perspetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Formasau.
- Diogo, P., Velas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (junho de 2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
- Diogo, P., Velas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (Setembro de 2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. 20(2).

- Domingues, J., Leite, J. M., Sampaio, J., & Liral, S. (2014). Comportamentos de Risco dos Adolescentes Portugueses e Influência do Meio Ambiente. *23(3)*, pp. 124-133.
- Doubova, C., Infante-Castañeda, C., & Pérez-Cuevas, R. (2016). Internet-based educational intervention to prevent risky sexual behaviors in Mexican adolescents: Study Protocol. pp. 1-8.
- Doumid, A., Pretto, B., Martins, C., Dutra, G., Santos, M., Bergmann, R., & Albernaz, E. (Setembro de 2016). *Fatores associados ao baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes, XIII(2)*, pp. 139-149.
- Faria, A., Paiva, K., Wanderley, A., Silva, L., Santos, V., & Ferreria, S. (Maio-Agosto de 2019). Necessidades odontológicas de adultos e crianças com anemia falciforme de um centro de referência de Alagoas. *Diversitas Journal, IV(2)*, 646-657. Obtido em 2020
- Fernandes, N., & Silva, E. (Março de 2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos 2000 e 2003. pp. 97-125.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: Das circunstâncias de risco Às que favorecem a adaptação à gravidez. (I. J. Psychology, Ed.) *1(6)*, pp. 97-125.
- Fleary, S., Joseph, P., & Pappagianopoulos, J. (novembro de 2017). Adolescent health literacy behaviors: A systematic review. 116-127. (J. o. Adolescence, Ed.) Elsevier.
- Galdeano, L., Rosi, L., & Zago, M. (junho de 2003). Roteiro Institucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico . pp. 371-375.
- Godinho, N., & Silveira, L. (2017). *Manual de Hipodermóclise*. Brasil.
- Guerreiro, D., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos Autolesivos em Adolescentes: Um revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 31(2)*, 204-213.
- Guimarães, T., Miranda, W., & Tavares, M. (Março de 2009). The day-to-day life of families with children and adolescents with cell anemia.
- Gulbenkian, F. C. (25 de Junho de 2013). Cuidados Paliativos Pediátricos: Uma Reflexão. Que futuro em Portugal? Lisboa.

- Halas, G., Schultz, A., Rothney, J., Leah, G., Wener, P., & Katz, A. (Dezembro de 2015). *A scoping review protocol to map the research foci trends in tobacco control over the last decade*.
- Hickman, N., & Schaar, G. (2018). Impact of an Educational Text Message Intervention on Adolescents' Knowledge and High-Risk Behaviors. (C. C. Nursing, Ed.) *41*(1), pp. 71-82.
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- Honório, M., Miranda, L., Lago, M., Pinto, K., & Zani, A. (1-7 de Março de 2019). O Processo do cuidar do bebé prematuro: percepções da mãe adolescente e equipe de enfermagem. *XI*(7).
- Honório, M., Miranda, L., Lago, M., Pinto, K., & Zani, A. (1-7 de Março de 2019). O Processo do cuidar do bebé prematuro: percepções da mãe adolescente e equipe de enfermagem. *XI*(7).
- Horta, W., Kamiyama, Y., & Puala, N. (março-setembrp de 1970). O Ensino dos Instrumentos Básicos de Enfermagem. *4*(1-2).
- Huijer, H., Benini, F., Ferraris, P., Craig, F., Kuttner, L., Wood, C., & Zernikow, B. (2009). *Cuidados Paliativos para Recém-Nascidos, Crianças e Jovens - FACTOS*. Itália: Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus.
- JBIC (Agosto de 2020). *JBIC Manual For Evidence Synthesis*. Australia: AromatarisE, Munn Z (Editors). Obtido de [https://wiki.jbic.global/display/MANUAL/Downloadable+PDF+-+current+version?preview=/61636614/67733014/JBICES\\_2020August.pdf](https://wiki.jbic.global/display/MANUAL/Downloadable+PDF+-+current+version?preview=/61636614/67733014/JBICES_2020August.pdf)
- Lago, L., Esteiro, A., Pan, M., & Bouza, L. (julho de 2015). Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte. (R. e. Enfermeria, Ed.) (39), pp. 137-154.
- Lima, J., Calisto, M., & Fiuza, D. (2020). XIII Encontro de Iniciação Científica e Mostra de Pós-Graduação. *Cadernos de Resumos: O Brincar Terapêutico*, pp. 50-55.
- Martins, T., & Silvino, Z. (Outubro de 2010). Um marco conceptual para o cuidado à criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman. *15*(2), pp. 340-344.
- Matos, M., & EAS. (2018). *A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão*. Lisboa: Equipa Aventura Social.

- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mercer, R. (Novembro de 2005). Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *35(5)*, pp. 649-651.
- Mesquita, D., Naka, K., Kaeamura, A., & Schmidt, A. (Julho de 2019). Acolhimento de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal segundo binómio pais-filhos: estudo de revisão integrativa da literatura. *11(3)*, pp. 1-8.
- Nutbeam, D. (1998). (O. U. Press, Ed.) *Health promotion glossary*, *13(4)*.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. (O. U. Press, Ed.) *15(3)*, pp. 259-267.
- Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *42(4)*, pp. 450-455.
- OE. (2010). Guia Orientadoras de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Entrevista ao adolescente - Promover o desenvolvimento infantil na criança*, *1(3)*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa: Cadernos OE.
- OE. (12 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Diário da República.
- OE. (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento nº. 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, W., Silva, J., Andrade, A., Micheli, D., Carlos, D., & Silva, M. (2020). A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. *Cadernos de Saúde Pública*, *36(8)*, 1-14.
- OMS. (2016). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 2020, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/11/15/estrategia-nacional-para-a-literacia-em-saude/>
- Paschoal, V., & Grandesso, M. (17 de Abril de 2014). O uso de metáforas em terapia narrativa: facilitando a construção de novos significados. pp. 24-43.
- Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (19 de Outubro de 2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. pp. 259-275.

- Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (19 de Outubro de 2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *34*(3), pp. 259-275.
- Pessoa, A., Santos, A., Cruz, D., Marques, D., & Lubenow, J. (Abril de 2018). Brinquedo Terapêutico: Preparo de Crianças em Idade Pré-escolar para Punção Venosa. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, *16*(1), 64-73.
- Pinto, A., Scopacasa, L., Bezerra, L., & Pedrosa, J. P. (2017). Uso de tecnologias da informação e comunicação na educação em saúde de adolescentes: revisão integrativa. *11*(2).
- Powtoon. (2020). The Visual Communication Platform. Obtido de <https://www.powtoon.com/online-presentation/g4SJWht6uwo/?mode=presentation#/>
- Ra, J., PhD., MSN., RN., & Cho, Y. (2017). Psychosocial Factors Associated With Smoking Intention in Korean Male Middle School Students. (T. J. Nursing, Ed.) *33*(5), pp. 355-363.
- Ribeiro, C. (2003). Metacognição: Um Apoio ao Processo de Aprendizagem. *16*(1), pp. 109-116.
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (Julho/Agosto/Setembro de 2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. pp. 125-133.
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*.
- Rocha, G., Candeias, L., Ramos, M., Maia, T., Guimarães, H., & Viana, V. (2011). Stress e Satisfação das Mães em Cuidados Intensivos. *24*, pp. 157-166.
- Saganski, G., Freire, M., Peres, A., Gusso, A. M., & Migoto, M. (2019). Hipodermóclise para tratamentos não convencionais em pediatria: Revisão Integrativa.
- Salwa, M., Haque, M., Khalequzzaman, M., Mamun, M., Bhuiyan, M., & Choudhury, S. (2019). Towards reducing behavioral risk factors f non-communicable diseases among adolescents: protocol for a school-based health education program in Bangladesh. pp. 1-9.
- Sanders, L., Federicio, S., Klass, P., Abrams, M., & Dreyer, B. (2009). Literacy and Child Helath. *A Systematic Review*, *163*(2), pp. 131-140.
- Santos, E., & Ananda, M. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. pp. 59-62.

- Santos, F., Pinto, A., & Traina, F. (29 de Agosto de 2018). Complicações Aguda na Doença Falciforme: Crise Vaso-Oclusiva.
- Santos, J., Andrade, R., & Silva, M. M. (2020). Processo de Comunicação em saúde da enfermagem com o adolescente: abordagem do Event History Calendar. pp. 1-5.
- Santos, N., Costa, M., Amaral, M., Vieira, G., Bacelar, E., & Almeida, A. (2014). Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *19(3)*, pp. 719-726.
- Seeley, R., & Stephens, T. T. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. Loures, Lisboa: Lusodidacta.
- Sierra, E., Sabater, A., & Moñux, Y. (2017). Conhecimentos em cuidados paliativos dos profissionais de enfermagem de um hospital espanhol. Obtido de [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2847.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2847.pdf)
- Silva, A., & Deus, A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. pp. 151-172.
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (Fevereiro/Março de 2018). Artigo de Investigação. *Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização(16)*, pp. 147-154. Obtido em 2020
- Simonds, S., & P.H., D. (1 de Março de 1974). Health Education as Social Policy.
- SNS. (13 de Março de 2017). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de Fórum Nacional: Cuidados Paliativos: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/CuidadosPaliativos\\_Fatima.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/CuidadosPaliativos_Fatima.pdf)
- Sousa, F., Montenegro, L., Goveia, V., Corrêa, A., Rocha, P., & Manzo, B. (2017). A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. pp. 1-8.
- Tekliuk, R., Serheta, I., & Serebrennikova, O. (2019). Health-Related behavior in adolescents who have received basic instruction in health promotion. (W. Aluna, Ed.) *72(1)*, pp. 12-16.
- Tomás, C., Queirós, P., & Rodrigues, T. (Fevereiro de 2015). *Impacto da literacia em saúde nos comportamentos promotores de saúde em gestão de stresse em adolescentes*, pp. 101-106.
- Tomás, C., Queirós, P., & Rodrigues, T. (Fevereiro de 2015). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Impacto da Literacia em saúde nos comportamentos promotores de saúde em gestão de stresse em adolescentes*, pp. 101-106.

- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M., & Simões, C. (2015). *Psicologia, Saúde & Doenças. Influência da Família e Amigos no Bem-Estar e Comportamentos de Risco - Modelo Explicativo*, pp. 23-34.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. 5. Loures: Lusociência.
- WHO. (2014). *World Health Organization*. Obtido de Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/second-decade/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second-decade/en/)
- WHO. (Novembro de 2020). *World Health Organization*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/cancer/palliative>
- WHO. (Junho de 2020). *World Health Organization*. Obtido de <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>

## APÊNDICES

Apêndice I – Tabelas de extração de dados da revisão de *Scoping*

## Artigo nº1

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Internet-based educational intervention to prevent risky sexual behaviors in Mexican adolescents: study protocol.
<b>2. Autores do Estudo</b>	Doubova, C.; Infante-Castañeda, C.; Pérez-Cuevas, R.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2016
<b>4. Local do Estudo</b>	Cidade do México – Delegação de Iztapalapa Duas escolas públicas do ensino médio
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Estudo quasi-experimental
<b>6. População</b>  <b>Nº de Envolvidos</b> <b>Crítérios de inclusão/exclusão</b> <b>Características demográficas</b>	20 adolescentes (10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino) de uma escola pública mexicana, com idades compreendidas entre os 14 e 15 anos de idade.  No México, os comportamentos sexuais de risco nos adolescentes são um problema de saúde. No total de 48,1% dos adolescentes não utiliza proteção na primeira relação sexual.
<b>7. Intervenções/estratégias</b> <b>Objetivos do estudo</b> <b>Implementação do estudo</b>	A educação sexual tem mais probabilidade de influenciar o comportamento seguro se for direcionada ao grupo-alvo e teve uma mensagem comportamental explícita.  Utilização de personagens fictícias (adolescentes) que abordam a suas experiências.  Comprovar a eficácia da utilização da tecnologia digital na promoção da saúde sexual em adolescentes.

	<p>Utilização da técnica de amostragem de bolas de neve, para selecionar os adolescentes que participaram na fase piloto.</p> <p>O estudo foi feito ao longo de 4 sessões educativas com duração de 1 hora (podendo estas repetir-se a qualquer momento, estando disponíveis na internet), ao longo de 1 mês e com posterior acompanhamento de 3 meses. No final de cada sessão há um questionário. Foram ainda enviadas “mensagens de reforço” ao longo das semanas de intervenção.</p>
<p><b>8. Resultados Obtidos</b></p>	<p>Promover a saúde sexual por meio da tecnologia digital com os adolescentes, uma vez que estes utilizam de forma frequente estes meios.</p> <p>Utilização de materiais educativos visualmente mais atraentes e culturalmente adotados.</p>

## Artigo nº 2

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Health risk behaviours amongst school adolescents: protocol for a mixed methods study.
<b>2. Autores do Estudo</b>	El Achhab, Y.; El Ammari, A.; El Kazdouh, H.; Najdi, A.; Berraho, M.; Tachfouti, N.; Lamri, D.; El Fakir, S.; Nejari, C.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2016
<b>4. Local do Estudo</b>	Escola na cidade de Taza - Marrocos
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Estudo qualitativo e quantitativo (misto)
<b>6. População</b> <b>Nº de Envolvidos</b> <b>Critérios de inclusão/exclusão</b> <b>Características demográficas</b>	760 alunos com idades compreendidas entre os 14 e 19 anos de idade.
<b>7. Intervenções/estratégias</b> <b>Objetivos do estudo</b> <b>Implementação do estudo</b>	O estudo pretende dar resposta a quais os comportamentos de risco que precisam de ser tidos em consideração nos programas de intervenção e estratégias de promoção da saúde no adolescente. A mudança do comportamento surge associada à teoria social cognitiva e no modelo sociológico de saúde. A compreensão dos fatores de risco, incluindo o adolescente e o que o envolve influencia o desenvolvimento da intervenção.
<b>8. Resultados Obtidos</b>	Adolescentes com elevado nível de conhecimento sobre algo e saudáveis, têm maior probabilidade de contribuir positivamente para a sociedade.

	<p>O estudo reconhece a necessidade de programas que instruem as crianças e adolescentes acerca de conceitos básicos em saúde.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Artigo nº 3

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte.
<b>2. Autores do Estudo</b>	Lago, L.; Esteiro, A.; Pan, M.; Bouza, L.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2015
<b>4. Local do Estudo</b>	Escolas da Costa da Morte - Espanha
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Estudo descritivo de corte transversal
<b>6. População Nº de Envolvidos Critérios de inclusão/exclusão Características demográficas</b>	686 alunos com idades compreendidas entre os 13 e 16 anos de idade.  Em Espanha as relações sexuais são iniciadas cada vez mais cedo, com uma média dos 16,8 anos no sexo masculino e de 17,5 anos no sexo feminino, existindo comportamentos de risco associados.
<b>7. Intervenções/estratégias Objetivos do estudo Implementação do estudo</b>	Realização de sessões de educação para a saúde sexual com abordagem teórica e prática.  Aplicação de questionários para avaliação do grau de satisfação.
<b>8. Resultados Obtidos</b>	Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na promoção de escolhas saudáveis na saúde sexual dos jovens, devendo adotar a intervenção por meio de sessões de educação para a saúde, adaptadas ao adolescente, com ressalva aos aspetos positivos da adoção destes comportamentos e a desmistificação de “tabus”.  Continua a ser necessário promover a literacia em saúde com os jovens adolescentes, de modo a transformá-los em protagonistas da sua história de saúde através da utilização de intervenções inovadoras e participativas.

## Artigo nº 4

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Psychosocial Factors Associated With Smoking Intention in Korean Male Middle School Students
<b>2. Autores do Estudo</b>	Ra, J.; PhD, MSN, RN, Cho, Y.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2016
<b>4. Local do Estudo</b>	Coreia do Sul
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Estudo transversal (cross-sectional)
<b>6. População Nº de Envolvidos Critérios de inclusão/exclusão Características demográficas</b>	309 adolescentes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos.  Na Coreia o consumo de tabaco na adolescência é visto como um ato provocatório, socialmente inaceitável, de maneira que se torna importante esclarecer a influência de fatores psicossociais na intenção e ato de fumar.
<b>7. Intervenções/estratégias Objetivos do estudo Implementação do estudo</b>	Os enfermeiros são responsáveis pela promoção de comportamentos saudáveis e por proteger os adolescentes de comportamentos que coloquem em risco a sua saúde.  O estudo tem como objetivo compreender quais as motivações no consumo de tabaco em jovens adolescentes coreanos e ao identificá-los conseguir trabalhar em conjunto com os mesmos, propondo estratégias saudáveis na redução do stress.  Deve ser incluída como estratégia de intervenção a inclusão da família.
<b>8. Resultados Obtidos</b>	Foi identificado no consumo de tabaco em jovens adolescentes, um método de alívio de stress, até porque

	<p>é um método pelo qual não despendem muito tempo, que precisam para estudar.</p> <p>É necessário compreender as características dos adolescentes e utilizar intervenções adaptadas às suas características.</p> <p>Neste contexto em específico e de acordo com a sociedade em questão é importante reforçar a desaprovação social no consumo de tabaco, com o intuito de o reduzir.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Artigo nº 5

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Towards reducing behavioral risk factors of non-communicable diseases among adolescents: protocol for a school-based health education program in Bangladesh
<b>2. Autores do Estudo</b>	Salwa, M.; Haque, M.; Khalequzzaman, M.; Mamun, M.; Bhuiyan, M.; Choudhury, S.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2019
<b>4. Local do Estudo</b>	Bangladesh - Dhaka
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Estudo experimental de controlo
<b>6. População</b> <b>Nº de Envolvidos</b> <b>Crítérios de inclusão/exclusão</b> <b>Características demográficas</b>	adolescentes com experiências comportamentais e académicas problemáticas. São excluídos do estudo alunos com qualquer tipo de deficiência ou movimento limitado. Os adolescentes foram recrutados de acordo com a referência feita por funcionários da escola e administração.
<b>7. Intervenções/estratégias</b> <b>Objetivos do estudo</b> <b>Implementação do estudo</b>	Implementar intervenções que motivem os adolescentes em ambiente escolar a ter comportamentos positivos em saúde.  Promover a literacia em saúde com recurso à teoria social cognitiva, com o intuito de melhorar o comportamento dos jovens, antecipando as suas

	consequências e recompensas associadas ao comportamento.
<b>8. Resultados Obtidos</b>	<p>A motivação pode ser o início de um processo de mudança.</p> <p>Os resultados indicam que qualquer que seja o comportamento para persistir a longo prazo requer suporte social, ambiental e de reforço periódico.</p>

## Artigo nº 6

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy
<b>2. Autores do Estudo</b>	Almeida, R.; Corrêa, R.; R, Isaura.; Hora, J.; Linard, A.; Coutinho, N.; Oliveira, P.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2017
<b>4. Local do Estudo</b>	Colégio Universitário da Universidade Federal do Maranhão
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Estudo qualitativo de natureza descritiva
<b>6. População Nº de Envolvidos Critérios de inclusão/exclusão Características demográficas</b>	22 adolescentes com idades compreendidas entre 16 e 19 anos (sendo a idade mais frequente 17 anos)
<b>7. Intervenções/estratégias Objetivos do estudo Implementação do estudo</b>	Devem ser desenvolvidas estratégias que favorecem a integração dos professores na promoção e prevenção dos jovens adolescentes. Deve existir espaço e tempo para realização de ações de sensibilização de diferentes temas, em conjunto com pais, educadores e profissionais de saúde.
<b>8. Resultados Obtidos</b>	Necessidade de ações educativas de prevenção de comportamentos de risco no jovem adolescente. O Enfermeiro surge nas escolas com um papel de destaque, de educador. Embora a necessidade de abordar determinados temas em contexto escolar já seja um assunto facilmente abordado, os enfermeiros neste contexto desempenham um papel fundamental na sua

	<p>intervenção com práticas educativas, identificando aquelas que são as necessidades dos adolescentes.</p> <p>Os adolescentes reconhecem a importância da educação sexual e por isso é importante implementar estratégias de promoção e proteção da saúde favorecendo e fortalecendo o autocuidado.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Artigo nº 7

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Exploring sexual risk taking among American Indian adolescents through protection motivation theory
<b>2. Autores do Estudo</b>	Chambers, R.; Tingey, L.; Mullany, B.; Barlow, A.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2016
<b>4. Local do Estudo</b>	Estados Unidos da América, Baltimore
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Estudo qualitativo e quantitativo randomizado
<b>6. População</b> <b>Nº de Envolvidos</b> <b>Crítérios de inclusão/exclusão</b> <b>Características demográficas</b>	Jovens adolescentes índios americanos entre os 13 e os 19 anos de idade recrutados através de anúncios em centros comunitários locais e escolas. Jovens índios americanos têm maior incidência de infeções sexualmente transmissíveis.
<b>7. Intervenções/estratégias</b> <b>Objetivos do estudo</b> <b>Implementação do estudo</b>	Estudar o conhecimento, as atitudes e os comportamentos dos jovens adolescentes relativamente à saúde sexual à luz da teoria da motivação de proteção (promover a intenção de proteção face a uma ameaça). Assim a resposta a uma determinada situação pode ser protetora (adaptativa) ou arriscada (mal adaptativa) existindo um ponto de equilíbrio entre as duas. Ao desenvolver competências, nos jovens adolescentes, para reconhecer as ameaças surge a recompensa aquando a perceção da gravidade e vulnerabilidade das mesmas.

<b>8. Resultados Obtidos</b>	<p>Existem baixos níveis de literacia sobre prevenção do HIV e o consumo de álcool surge com um papel significativo nos comportamentos de risco ao nível da saúde sexual. Este estudo contribui para o conhecimento acerca de fatores que influenciam os comportamentos de risco na saúde sexual e que devem ser tidos em conta no desenvolvimento de intervenções de prevenção destes comportamentos.</p> <p>As intervenções de prevenção de HIV devem ser realizadas com grupos de pares específicos e também com os pais/família, no âmbito da educação sexual e na inclusão desta na família.</p>
------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Artigo nº 8

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Health-related behaviour in adolescents who have received basic instruction in health promotion
<b>2. Autores do Estudo</b>	Tekliuk, R.; Serheta, I.; Serebrennikova, O.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2019
<b>4. Local do Estudo</b>	Vinnytsia - Ucrânia
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Estudo experimental longitudinal
<b>6. População</b> <b>Nº de Envolvidos</b> <b>Crítérios de inclusão/exclusão</b> <b>Características demográficas</b>	703 adolescentes ucranianos, de escolas secundárias, com idades compreendidas entre 15 e 17 anos.
<b>7. Intervenções/estratégias</b> <b>Objetivos do estudo</b> <b>Implementação do estudo</b>	Identificar tendências no comportamento de jovens adolescentes, relativamente a comportamentos de procura de saúde nos últimos 14 anos com ênfase na promoção da literacia em saúde com vista a melhorar as escolhas e decisões em saúde. Esta estratégia de intervenção pressupõe o entendimento dos diferentes fatores de risco e de proteção dos jovens e a influência do ambiente externo nos próprios.
<b>8. Resultados Obtidos</b>	Foram detetadas algumas mudanças no comportamento nos últimos anos que pode ser justificado por crises socioeconómicas do país em questão, necessitando de mais estudos. Contudo no sexo feminino existiu alguma regressão nos comportamentos de saúde e relativamente ao sexo masculino, um aumento, o que sugere que as intervenções de promoção da saúde podem ter

	uma resposta/impacto diferente de acordo com o género.
--	--------------------------------------------------------

## Artigo nº 9

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Peer education for HIV prevention among high-risk groups: a systematic review and meta-analysis.
<b>2. Autores do Estudo</b>	He, J.; Wang, Y.; Du, Z.; Liao, J.; He, N.; Hao, Y.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2020
<b>4. Local do Estudo</b>	China – Província do Guangdong
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Estudo de coorte (scoping e grupos de teste e controlo) meta-análise
<b>6. População</b> <b>Nº de Envolvidos</b> <b>Crítérios de inclusão/exclusão</b> <b>Características demográficas</b>	Estudos de revisão ou qualitativos que atenderam aos critérios de inclusão definidos, sendo excluídos aqueles que não apresentassem resultados após a educação por pares, resumos de conferências ou relatórios.
<b>7. Intervenções/estratégias</b> <b>Objetivos do estudo</b> <b>Implementação do estudo</b>	Examinar a estratégia de intervenção comportamental por meio de educação conduzida pelos pares. Esta intervenção implica o recrutamento de membros de um grupo de risco específico com o intuito de encorajar outros na adoção de comportamentos saudáveis. Esta estratégia de intervenção permite a interação interpessoal de forma bidirecional.
<b>8. Resultados Obtidos</b>	A educação em saúde pelos pares teve um efeito consistente na mudança de comportamentos, sendo assim esta uma ferramenta eficaz a ser utilizada em larga escala. A educação em saúde conduzida/liderada pelos pares pode reduzir comportamentos de risco sexuais, tendo um efeito

	mais significativo em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos.
--	---------------------------------------------------------------------------------

## Artigo nº 10

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review
<b>2. Autores do Estudo</b>	Fleary, S.; Joseph, P.; Pappagianpoulos, J.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2018
<b>4. Local do Estudo</b>	EUA – Taiwan, Argentina, Guatemala, Hungria, Israel e Vietnam.
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Estudo qualitativo – Revisão Sistemática da Literatura
<b>6. População</b> <b>Nº de Envolvidos</b> <b>Crítérios de inclusão/exclusão</b> <b>Características demográficas</b>	Foram incluídos 17 estudos que investigaram a relação existente entre os níveis de literacia em saúde e um comportamento de saúde em adolescentes. Foram excluídos livros e enciclopédias.  População de adolescentes estudada de acordo com dado do Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco Juvenil de adolescentes dos EUA.
<b>7. Intervenções/estratégias</b> <b>Objetivos do estudo</b> <b>Implementação do estudo</b>	O objetivo do estudo foi compreender a relação em literacia em saúde e comportamentos em saúde de adolescentes.  Intervir na literacia me saúde dos adolescentes fornece ferramentas para que estas traduzam o conhecimento em comportamento e por consequinte capacitar os adolescentes nas suas decisões em saúde.  Devem ser criadas políticas para apoiar programas de desenvolvimento de competências cognitivas necessárias para a literacia em saúde.

<p><b>8. Resultados Obtidos</b></p>	<p>Existe uma relação significativa entre a literacia em saúde e os comportamentos de saúde dos adolescentes.</p> <p>Adolescentes em famílias com elevada escolaridade e nível socioeconómico tem maior probabilidade de desenvolvimento de habilidade cognitivas e consequentemente a procura por comportamentos saudáveis.</p> <p>É necessário intervir de forma preventiva, promovendo a saúde dos adolescentes e reduzir as diferenças relativamente às características familiares/socioeconómicas.</p> <p>A literacia em saúde surge como uma ferramenta indispensável na tomada de decisão de comportamentos de saúde.</p>
-------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Artigo nº 11

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Effectiveness of Positive Youth Development Interventions: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.
<b>2. Autores do Estudo</b>	Ciocanel, O.; Power, K.; Eriksen, A.; Gillings, K.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2017
<b>4. Local do Estudo</b>	
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Revisão Sistemática de Literatura e meta análise
<b>6. População Nº de Envolvidos Critérios de inclusão/exclusão Características demográficas</b>	Estudos cujo foco de intervenção foram os jovens adolescentes. Incluídos estudos com adolescentes com elevado risco de comportamento de risco. Excluídos jovens com défice de aprendizagem ou deficiência física. Um total de 24 estudos com 23 mil e 258 participantes, com uma média de participantes entre 10 e 16 anos de idade.
<b>7. Intervenções/estratégias Objetivos do estudo Implementação do estudo</b>	Este artigo avalia sistematicamente a eficácia de programas de desenvolvimento positivo nos jovens adolescentes, explorando seu impacto. Existem programas de intervenção de desenvolvimento dos jovens que visam a prevenção de comportamentos de risco e potenciam o aumento do crescimento pessoal, tirando proveito máximo das características positivas dos jovens e do contexto em que se inserem.
<b>8. Resultados Obtidos</b>	Comportamentos de risco ocorrem com frequência na adolescência e tendem a agrupar-se, estando associados a uma série de consequências que podem perpetuar-se na idade adulta e com

isso ter custos muito significativos a nível pessoal, social e económico.

A adolescência é um período sensível, contudo apresenta uma janela de oportunidade para intervir e alterar determinados comportamentos de alto risco.

Existe algum défice na especificidade dos resultados provenientes de intervenções positivas de desenvolvimento dos jovens, não havendo clareza no impacto dos programas implementados. Contudo os resultados da revisão visam a importância da existência de intervenções positivas no desenvolvimento psicológico, emocional, social, cognitivo dos jovens, sendo pouco relevante os jovens que não beneficiam destes programas.

Surge a necessidade de melhorar a forma como são executados os estudos, avaliados e descritos de modo a aumentar o rigor e a precisão relativamente aos resultados no que respeita à redução de comportamentos de risco em jovens adolescentes.

## Artigo nº 12

<b>PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE JOVENS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	
<b>Instrumento de Extração de Dados</b>	
<b>1. Título do Estudo</b>	Impact of an Educational Text Message Intervention on Adolescents' Knowledge and High-Risk Behaviors
<b>2. Autores do Estudo</b>	Hickman, E.; Schaar, G.
<b>3. Ano de Publicação</b>	2017
<b>4. Local do Estudo</b>	Indiana - EUA
<b>5. Tipo de Estudo</b>	Estudo experimental com grupo de intervenção
<b>6. População Nº de Envolvidos Critérios de inclusão/exclusão Características demográficas</b>	202 adolescentes com idades compreendidas entre 14 e 18 anos seguidos com consultas periódicas (durante 3 meses) numa unidade de cuidados primários pediátricos. Foram excluídos os adolescentes que não dispunham de um telefone pessoal.
<b>7. Intervenções/estratégias Objetivos do estudo Implementação do estudo</b>	<p>Ter um serviço de mensagens de texto confidencial, de fácil acesso para envio de mensagens educativas semanais, tendo como objetivo a implementação de um sistema de educação digital.</p> <p>A oportunidade de abordagem por meio de um formato digital em substituição do registo de caneta e papel. Futuramente a intervenção poderá incluir os pais dos adolescentes, de maneira que estes possam ajudar na discussão de comportamentos de risco e a necessidade de escolhas saudáveis.</p> <p>Os profissionais de saúde durante as visitas ao consultório transmitiam orientações aos adolescentes de acordo com as suas necessidades</p>

	<p>específicas. Após as consultas os profissionais enviavam, por meio de mensagens de texto, informações gerais de saúde (sites por meio de <i>link</i> curto universal (URL), com o intuito de promover o desenvolvimento de escolhas e hábitos saudáveis após o seu acesso.</p> <p>Esta intervenção por meio de mensagem de texto permite que os profissionais de saúde tenham mais tempo para se dedicar na compreensão das necessidades específicas de cada adolescente.</p> <p>Para detetar o número de adolescentes que visualizaram o URL, enviado por mensagem de texto, foi utilizado o <i>Google Analytics</i></p>
<p><b>8. Resultados Obtidos</b></p>	<p>Adolescentes do sexo feminino acederam ao URL quando os tópicos da mensagem de texto estavam relacionados com comportamentos sexuais saudáveis e seguros. Cada mensagem de texto deve ser resumida e específica, com informação básica e deste modo, são úteis para fornecer educação aos adolescentes, que pode levar a mudanças de comportamento positivas que se perpetuam durante a idade adulta.</p> <p>As mensagens de texto são uma boa forma para educar os adolescentes e promover hábitos saudáveis, havendo uma elevada taxa de mudança de comportamento real a e a pretendida de acordo com os adolescentes entrevistados. Os resultados indicam que as mensagens de texto são uma forma fácil de receber informações relacionadas com saúde, promovendo escolhas saudáveis e reduzindo comportamentos de risco.</p>

**Outras fontes adicionadas**

<b>Fonte</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Intervenções e Estratégias</b>	<b>Resultados obtidos e conclusões</b>
<b>A Strategy for the Promotion of Health Literacy in Portugal, Centered around the Life-Course Approach: The Importance of Digital Tools</b>	Costa, A.; Arriaga, M.; Mendes, R.; Miranda, D.; Barbosa, P.; Sakellarides, C.; Peralta, A.; Lopes, N.; Roque, C.; Ribeiro, S. (2019)	<p>- A promoção da literacia em saúde deve ser entendida como uma intervenção de saúde pública em Portugal.</p> <p>- São diferentes as estratégias que podem ser utilizadas para promover a literacia e a saúde nos indivíduos, nomeadamente a utilização de plataformas digitais de referência que representam boas práticas para profissionais e os cidadãos.</p> <p>- Os profissionais de saúde devem ajudar os indivíduos a ter controlo sobre a sua saúde.</p>	<p>- O desenvolvimento e a análise/avaliação de plataformas digitais em saúde tornam-se um desafio, uma vez que diferentes tipos de intervenção levam a diferentes comportamentos humanos.</p> <p>- Continua a ser necessário promover a investigação de novas estratégias de intervenção no âmbito da literacia em saúde com recurso às novas tecnologias.</p> <p>- O conceito de literacia em saúde pode ser entendido como determinante de cariz social ao nível da saúde.</p>

		<p>- Torna-se possível controlar e diminuir os custos nos serviços de saúde, se os indivíduos tiverem níveis de literacia melhores, representado nos mesmos pelo conhecimento, habilidade técnica, confiança e motivação para gerir de forma autónoma a sua saúde/doença.</p>	
<p><b>Plano de ação para a literacia em saúde</b></p>	<p>Direção Geral da Saúde, Serviço Nacional de Saúde (2019-2021)</p>	<p>- Desenvolvimento de um plano de ação em Portugal que visa otimizar a Literacia em Saúde na população portuguesa.</p> <p>- O plano de ação tem como estratégia de intervenção a definição de 3 pilares de intervenção que são entendidos como uma oportunidade de promoção da literacia em saúde,</p>	<p>- A melhoria dos níveis de literacia em saúde por meio da promoção de um espírito crítico nos indivíduos através de ferramentas disponíveis em saúde é um desafio de saúde pública em Portugal.</p>

		<p>além da definição de outras políticas já existentes.</p> <p>- Para além da implementação destas intervenções é necessário a existência de acompanhamento e avaliação do impacto das medidas implementadas.</p>	
Adolescências e Saúde: um estudo sobre comportamentos de risco	Chimeli, I.	<p>Incorporar hábitos de pensamento, que constituem as nossas decisões/ações são comportamentos importantes a serem tidos em consideração nas estratégias educativas no âmbito da promoção de comportamentos saudáveis.</p>	<p>A complexidade do comportamento humano não deve ser reduzida a dados estatísticos, sendo por isso necessário uma compreensão mais profunda dos indivíduos e do que os constitui e envolve, sendo por isso necessário aprimorar as estratégias de intervenção.</p>

Apêndice II – Mensagem: “O nosso primeiro encontro”

## **O nosso primeiro encontro – A mensagem**

Olá mãe querida! Antes de me apresentar queria agradecer-te por me teres trazido até aqui e a este mundo que nos espera!

Sou (nome), nasci às (horas), com (kg) e sou signo ...

Estou na unidade de neonatologia, aqui parece que andam todos de pijama, os médicos, os enfermeiros, os auxiliares..., mas são todos uns fixes!

Eles cuidam bem de mim!!! Mas mãe... faltas tu, e preciso que logo que possas me venhas visitar, porque tu conheces-me melhor do que ninguém! Olha vou contar-te... parece que estou num aquário, mas sem água... está quentinho aqui, e tenho umas portas por onde as enfermeiras falam comigo e fazem as coisas do trabalho delas, e que são precisas para mim claro! Provavelmente vais encontrar-me com uns tubinhos no nariz ou na boca, para me ajudar a respirar e a comer. Se puderes traz-me o teu leite, é o melhor do mundo para mim. Aqui há umas televisões fantásticas, ouvem-se uns apitos e fazem desenhos de várias cores e com números, dizem que é para vigiar o meu coração e outras coisas do meu corpo, mas é normal, elas gostam de ter tudo controlado!

Preciso de ti mais do que nunca. Se quiseres uma foto minha manda mensagem.

Um beijinho do teu baby

### **Message – “Our first meeting”**

Hello dear mummy! Before I introduce myself, I would like to thank you for bringing me here to this new world that awaits us!

My name is (name), I was born on (data) at (hours), weighting (kg) and my zodiac sign is ...

I'm in the neonatal unit, where it looks like everyone is wearing pyjamas, such as doctors, nurses ..., and they are all cool!

They take good care of me!!! But mom... I miss you and I need you to come visit me as soon as you can, because you know me better than anyone!

Mom, let me tell you... it looks like I'm inside an aquarium but without water... it's warm in here, there's small doors from where the nurses talk to me and do their stuff, that are necessary for me, of course! You will probably find me with tubes coming out of my nose or

mouth to help me breathe and eat. By the way, bring me some of your milk if you can, it's the best one for me!

There are really cool “TVs” here, they make some funny noises and you can see some coloured lines and numbers on them; they say it's to keep an eye on my heart and other things on my body, but it's normal around here, they like to have everything under control!

I need you more than ever. Send me a message if you want a photo.

A loving kiss from your baby, (nome)!

Apêndice III – Vídeo: “O nosso primeiro encontro”

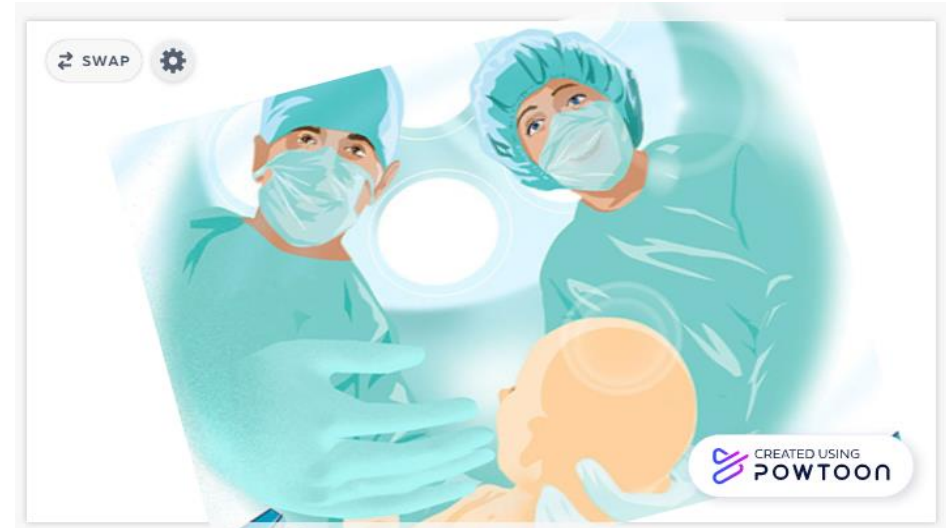
## O nosso primeiro encontro – O vídeo

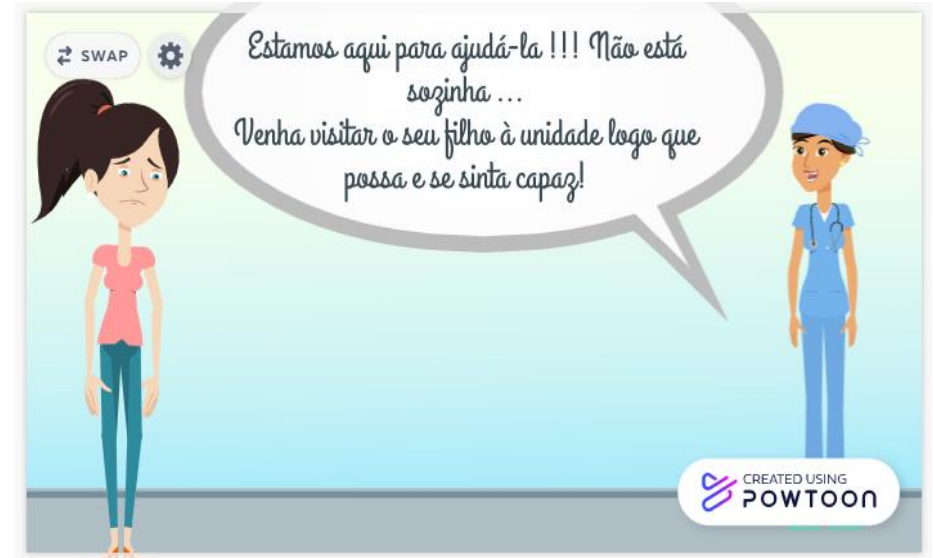
As ilustrações que se podem ver em seguida são recordes de ecrã do vídeo “O nosso primeiro encontro” realizado no âmbito do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. A ferramenta utilizada para o efeito apenas permite o download em formato de vídeo, sendo por isso necessária a visualização do mesmo através do seguinte link: <https://www.youtube.com/watch?v=vuyOEjbLcPA&t=107s>

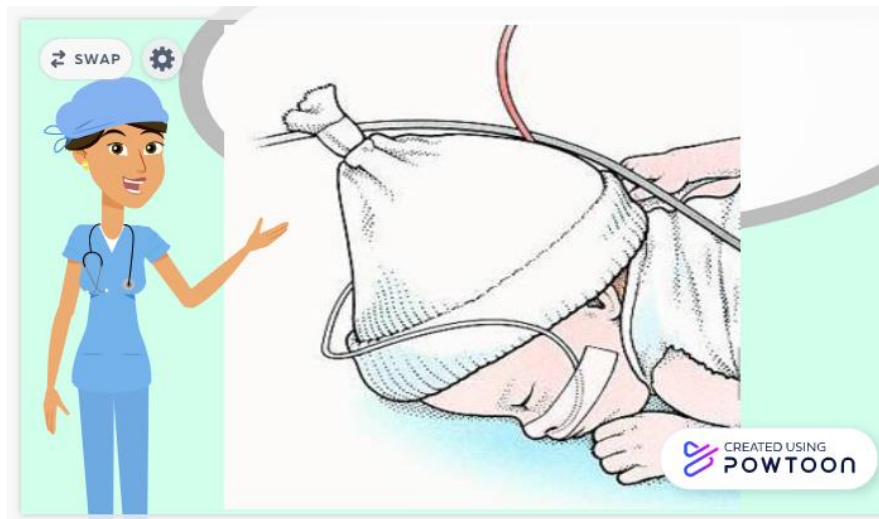
As imagens apresentadas em seguida têm a sequência de leitura da esquerda para a direita, no sentido de cima para baixo (Powtoon, 2020). O suporte teórico implícito nas imagens do vídeo que se segue já foi abordado no corpo deste relatório.

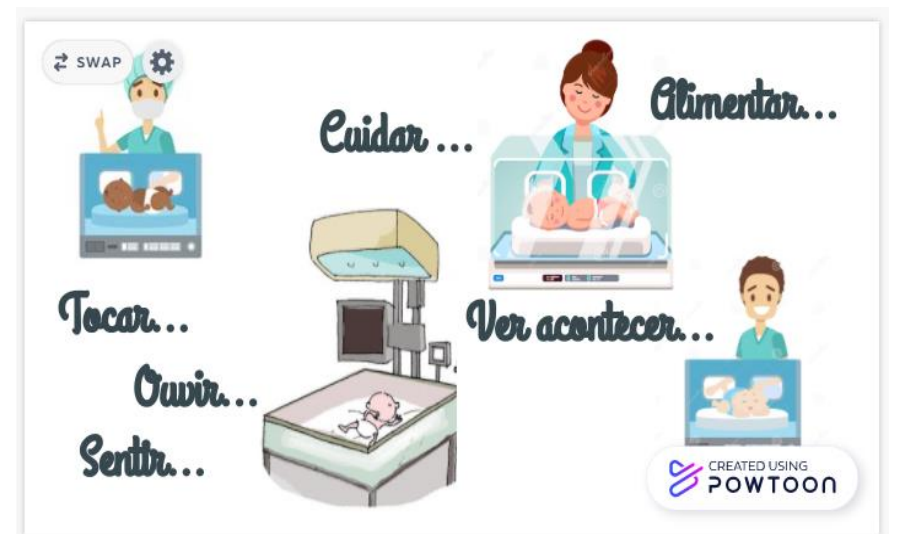














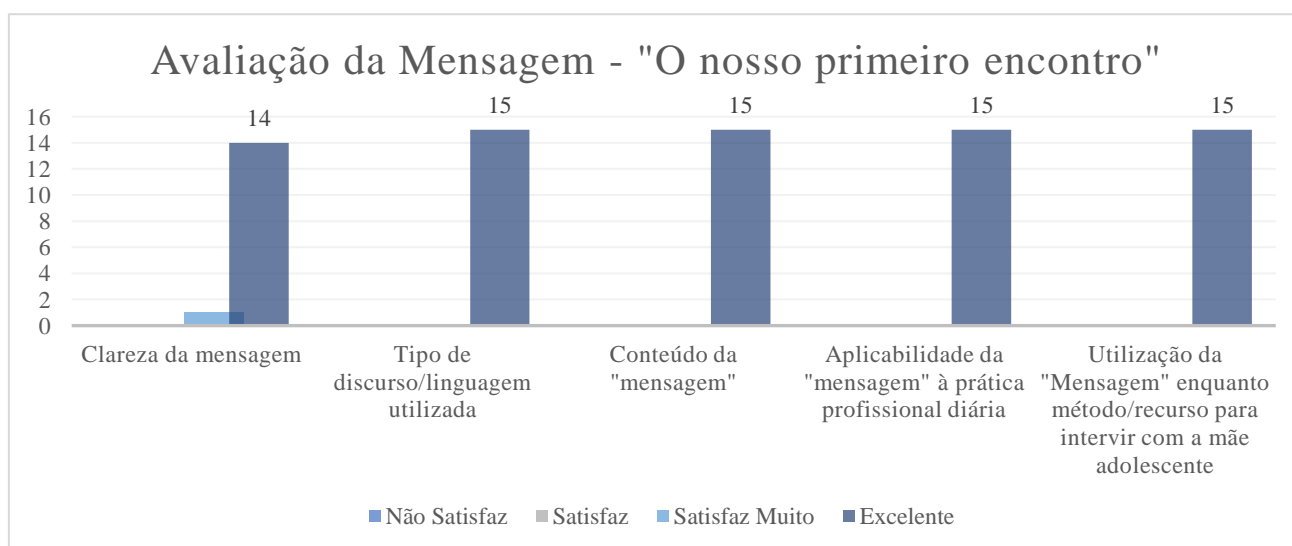
Apêndice IV – Questionário de avaliação e análise dos resultados dos conteúdos  
apresentados sobre “O nosso primeiro encontro”

**Questionário de avaliação dos conteúdos apresentados sobre “O nosso primeiro encontro”**

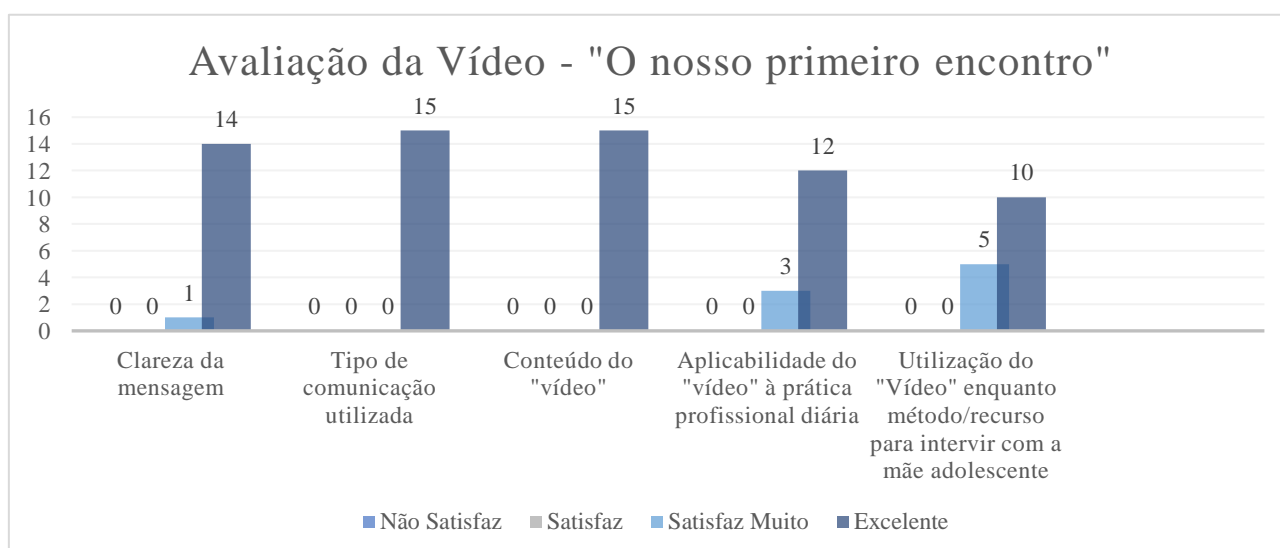
Questionário de Avaliação – Mensagem “O nosso primeiro encontro”					Questionário de Avaliação – Vídeo “O nosso primeiro encontro”				
Escala de avaliação Questões	Não satisfaz	Satisfaz	Satisfaz muito	Excelente	Escala de avaliação Questões	Não Satisfaz	Satisfaz	Satisfaz muito	Excelente
Quanto à clareza da mensagem, como a avalia?					Quanto à clareza do vídeo, como o avalia?				
Como avalia o tipo de discurso/linguagem utilizado?					Como avalia o tipo de comunicação utilizado?				
Como avalia o conteúdo da mensagem?					Como avalia o conteúdo do vídeo?				
Quanto à aplicabilidade, considera aplicável à prática profissional diária?					Quanto à aplicabilidade, considera aplicável à prática profissional diária?				
Como avalia a mensagem enquanto método/recurso para intervir com a mãe adolescente?					Como avalia o vídeo enquanto método/recurso para intervir com a mãe adolescente?				
SUGESTÕES					SUGESTÕES				

**Análise dos resultados obtidos após a aplicação do questionário de avaliação da sessão de apresentação sobre “O nosso primeiro encontro”.**

Dos 15 enfermeiros inquiridos, apenas um não considerou como excelente a clareza na mensagem, atribuindo-lhe uma classificação de satisfaz bastante e a sugestão de alterações no conteúdo da mesma, nomeadamente no vocabulário.



No que respeita à avaliação do vídeo, foi classificado como excelente quando ao conteúdo e comunicação por 100% dos enfermeiros. Relativamente à clareza da mensagem no vídeo apenas 6,6% dos enfermeiros (n=1) atribuí-lhe uma classificação de satisfaz bastante, apresentando como sugestão a alteração a algum do vocabulário utilizado.



No que diz respeito à aplicabilidade do vídeo à prática profissional diária 20% (n=3) dos enfermeiros discordaram dos restantes 80% classificando a mesma em satisfaz bastante e excelente respetivamente. Dos 20% sugeriram a tradução dos conteúdos para outros idiomas, assim como a possibilidade de o vídeo não ter conteúdos escritos, mas sim audíveis.

Considero que a avaliação desta sessão, nomeadamente dos conteúdos apresentados, foram fundamentais para a aprendizagem e também aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido até então. Neste sentido e sendo a avaliação dos mesmos realizada por profissionais experientes e peritos nesta área, tal facto enriquece e proporciona outras aprendizagens que na elaboração de futuros projetos se torna uma mais-valia. O facto de os enfermeiros se terem demonstrado disponíveis para criticar de forma construtiva os conteúdos desenvolvidos, assim como a receptividade na sua aplicação demonstrou, no meu entender, que os mesmos se interessaram pelo tema apresentado. Algumas sugestões foram tidas em consideração pelo que, ainda durante o decorrer do estágio procedi à alteração de pequenos aspetos na mensagem e no vídeo, cujo resultado final é espelhado pela sua inclusão na prestação de cuidados na UCIEN, se encontra nos apêndices II e IV.

Apêndice V – Registo de Interação fundamentado: Uma mãe adolescente na Unidade  
de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.

Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Marthin Luther King)

Nem sempre as coisas surgem quando e como as planeamos, e por vezes o método e o rigor com que todas as atividades são planeadas decorrem no tempo e hora previstos, mas acredito que decorrem sempre na hora certa, por isso, creio também que enquanto enfermeira há uma beleza especial em aceitar este imprevisto, que acaba por nos colocar à prova. Considero que não me consigo dissociar enquanto pessoa e enquanto profissional, e como tal, aquilo que me faz crescer, enquanto pessoa e profissional, são os momentos que me colocam à prova e me fazem dar o melhor que consigo e posso ser dentro daquilo que me é possível. Com isto, não quero dizer que gosto de viver a vida no limite das emoções, mas senti-las é sentir a vida, é sentir a profissão que escolhi, é sentir que naqueles momentos eu realmente posso e devo utilizar todas as ferramentas e construir o melhor lugar que souber naquele momento. Neste sentido, e segundo Diogo, P, atrevo-me a escrever que a vivência das emoções e sentimentos é algo que está inerente aos cuidados de enfermagem, e por isso devemos conferir-lhe espaço e importância, quando assim o exige. Acredito ainda que enquanto ser senciente, enquanto enfermeira, há sempre experiências diferentes no que respeita ao sentir as emoções no ato de cuidar. Sentir as emoções aquando a realização daquilo a que nos propomos enquanto profissão, não é apenas transpor o conhecimento que a evidência nos oferece, mas sim transformar esse conhecimento, num conhecimento que resulta de ser-se enfermeiro (Diogo, A Vida Emocional do Enfermeiro - Uma perspetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados, 2006),

Na unidade por vezes não damos por o tempo passar, por um lado pelo leque de intervenções que se seguem de forma continuada no tempo, por outro, por o facto de não existirem janelas para o exterior, que torna os dias de uma só cor, em que tantas vezes se perde a noção se já nasceu ou se pôs o sol.

Foi numa de entre algumas tardes que realizei no serviço de neonatologia, e de durante a passagem de turno ter percebido que haveria uma mãe de 18 anos que viria visitar a sua filha, que se abriu uma janela.... Embora a unidade não tenha janelas com vista para o mundo lá fora, são inúmeras as que se abrem com a oportunidade de me conduzir no caminho de aquisição de

experiência e o desenvolvimento das minhas competências. Neste sentido, talvez neste momento segundo Benner, e fazendo uso da sua teoria, me considere como iniciado avançado no que respeita ao meu caminho enquanto futura EESIP, sentindo-me preparada e motivada para continuar a desenvolver competências (Benner, De Iniciado a Perito, 2005). Considero ainda, segundo aquilo que são as competências do EESIP, segundo a unidade de competência: promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, ter tido um papel importante pois avaliando o meu desempenho penso ter facilitado a comunicação expressiva de emoções, reforcei aspetos positivos a ter em consideração, bem como identifiquei comportamentos que poderiam eventualmente ter prejuízos em saúde, reforçando e apelando à tomada decisão responsável e embora não tenha existido uma negociação propriamente dita, houve espaço para a reflexão que poderá contribuir para no futuro para eventuais decisões. Considero ainda ter tido um discurso e uma abordagem adequada ao estadio de desenvolvimento da adolescente que perante mim se encontrava (OE, 2018).

A Mãe chegou... Já tinha decidido previamente que queria abordá-la, mas não tinha uma preparação estruturalmente definida. Decidi então dar-lhe tempo, a si e ao seu filho, dar-me tempo a mim também, observar a forma como se colocava em relação ao mesmo, bem como a sua intervenção. Debruçada sobre a incubadora, esboçava sorrisos e olhava enternecida para o seu filho. Posteriormente sentou-se e esperou uma enfermeira que lhe havia dito que poderia colocar o seu bebé ao colo “em canguru”. Aguardava calma e serena no cadeirão, até que... o momento chegou, e aquela mãe e aquele filho abraçaram-se uma vez mais. Não sou mãe, mas consigo imaginar um misto de sensações de ter um filho nos braços, imagino que poderá existir quase uma simbiose que se torna mágica, e que da magia só pode irradiar amor...

Aproximei-me... e perguntei baixinho qual era a sensação de ter o seu filho ao colo. Aquela adolescente de sorriso ternurento e trémulo respondeu de imediato que era mágico... que era muito bom. ´

É de facto impressionante como as janelas se abrem nesta unidade... apresentei-me e questioneei-a se poderia sentar-me numa cadeira, próximo de si, e falar um pouco com ela. Demonstrou-se recetiva, prossegui... comecei por tentar perceber como estava a ser vivida esta experiência de ser mãe e ter o seu filho na unidade de cuidados neonatais. Tentei ainda perceber com que apoio poderia contar no início desta caminhada. Procurei saber se o pai estaria disponível nesta fase e que tipo de relação existiria entre os dois. A conversa fluiu, e a interação surgiu... Segundo Phaneuf (2005), a comunicação é a ferramenta base para o início do

estabelecimento de uma relação de ajuda, pelo que se torna fundamental o domínio dos mais diversos princípios de comunicação.

Dei por mim a implementar intervenções específicas do compromisso a que me propus e a ter um cuidado especial, com um olhar de futura especialista para aquela adolescente, agora mãe. Segundo OE (2010), o enfermeiro dever fazer uma reflexão pessoal acerca dos seus próprios valores, e ter como qualidades básicas a motivação para compreender, valorizar e escutar o jovem adolescente, não espelhando no mesmo, os seus próprios conflitos da sua adolescência. Identifiquei algumas situações que poderão ser futuros agentes *stressores* e que poderão colocar em causa o sistema que envolve esta mãe adolescente e este recém-nascido em risco, quando após ter entendido um namorado presente e disponível, lhe perguntei que tipo de envolvimento teria o mesmo na prestação de cuidados.

Referiu ainda que estaria a viver com o pai e que iria viver com a mãe para esta a ajudar a cuidar do seu filho, mas que não ponderava viver com o seu namorado porque necessitava de ajuda de alguém com experiência, neste caso, a mãe. Mas logo em seguida, questionou-me da seguinte forma: “A enfermeira acha que eu devo ir viver com o meu namorado?” e foi neste momento que senti que seria o momento chave da minha intervenção, pois devolver-lhe a questão seria a melhor forma de a levar a pensar sobre o assunto em questão, e esse era o meu objetivo! “Permita-me que lhe devolva eu essa questão... o que é que acha de ir viver com o seu namorado?”. Respondeu-me que gostava de viver com o namorado, mas que nesta fase precisava do apoio de alguém com experiência, porque tinha medo e receio de cuidar do seu filho, enfatizando: “ainda para mais tão pequenino”. Na altura recordo-me da imagem visual que a minha memória tão bem guardou... Atualmente presente no meu diário de campo, ter um modelo teórico que sustenta a minha prática, é a bengala que me dá suporte e me facilita a tomada decisão, levando-me a uma prática sustentada, e neste momento de interação, tal fenómeno não poderia ser para mim mais claro. Segundo Neuman, dos fatores anteriormente apresentados, posso considerar como fatores *stressores* intrapessoais a incerteza, o medo e a ansiedade face ao surgimento do papel de mãe e cuidadora de um recém-nascido com necessidades especiais, interpessoais o afastamento da família e amigos devido ao tempo que permanece no hospital e o internamento da filha e extrapessoais a situação pandémica atual, geradora de stress na própria (uma vez que segundo protocolado na UCIEN tem de fazer testes semanais para despiste da SARS-COV – 2) e na família.

Relativamente aos fatores de defesa identifiquei a relação terapêutica que existe com a equipa de enfermagem e a proatividade e desejo em querer ser autónoma nos cuidados à filha.

Como fatores de reconstituição identifiquei uma boa rede de suporte familiar, uma capacidade de identificar agentes stressores e de refletir sobre os mesmos, um bom *insight*.

Posteriormente disse-lhe que neste mundo ninguém conheceria melhor aquele filho do que ela própria e o seu namorado e que seria de extrema importância o envolvimento do pai nesta fase, até porque este, demonstrando vontade em cuidar deste filho só poderia acrescentar à relação de todos e nunca a diminuir. No entanto, senti que de alguma forma pudesse estar a induzir uma resposta à questão que me colocou primeiramente, e acredito não ser esse o meu papel. De facto, a teoria efetivamente diz-nos que a presença do pai e mãe são ambas importantes para o desenvolvimento e crescimento da criança, mas esta avaliação deve contemplar uma interpretação sistémica e individualizada, no sentido de capacitar a mãe para uma tomada de decisão consciente e fundamentada tendo por base uma reflexão crítica de todos os fatores que subjazem a tomada de decisão. Pois considero ainda que uma relação parental conflituosa pode ser tão ou mais prejudicial para o desenvolvimento da criança do que uma relação funcional entre pais separados. Considero ir de encontro ao esperado neste momento, ou seja, considero ter agido com maturidade pessoal, ser sensível, possuir valores morais, espirituais e culturais sólidos e congruentes, autoestima, capacidade de comunicação sincera, respeito, autenticidade, empatia, não assumindo nunca o papel daquela jovem mãe adolescente (OE, Guia Orientadoras de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2010)

Houve um compasso de espera, um silêncio foi a resposta que me permitiu perceber que eu coloquei aquela mãe a pensar sobre o meu foco de intervenção e só o facto de pensarmos ou refletirmos sobre significa que lhe atribuímos importância. “O cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde atuais ou potenciais; conhecimentos e compreensão das necessidades individuais; saber como dar respostas às necessidades dos outros; conhecimento das nossas forças e limitações; conhecimento de quem é a pessoa, as suas forças e limitações, o significado da situação para ela; e o conhecimento sobre como confortar, oferecer compreensão e conforto” (Watson, 2002). Terminei a intervenção reforçando o facto de que iria estar pela neonatologia mais algum tempo e que poderia sempre falar comigo, se assim o entendesse, mas que nunca hesitasse em fazê-lo, uma vez que nesta caminhada não existe apenas uma criança com necessidade de cuidados especiais, mas sim, uma mãe adolescente e respetiva família que vivem também um momento de stress, que carecem de ser nutridos de atenção e suporte. Tentei ainda ter em consideração que poderiam ser inúmeras as abordagens, porém no momento e contexto aquela foi a que mais me

fez sentido... e estava ali o início do estabelecimento de uma relação de confiança, em que consegui despoletar a reflexão sobre questões que considero de extrema importância.

Decidi registar este momento de interação, pois pretendo continuar a centrar as minhas intervenções e ter como foco o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde. Entendo ainda que o meu foco para alcançar este contributo para a capacitação do outro, na tomada decisão, passa maioritariamente por remeter à reflexão sobre o que acontece, sobre o que é real. É através desta reflexão que tomamos consciência sobre o caminho que devemos seguir. Acredito que é esse o primeiro passo para tomarmos consciência do nosso “eu”. Ao fazermos escolhas, devemos antecipadamente fornecer informação, mas há que adequá-la a quem nos chega, há que trabalhá-la e fazê-la chegar ao nosso foco em específico, como se fosse um tira-o-alvo. Neste jogo, no meu ponto de vista, o que importa não é atingir a pontuação máxima, mas sim ir acertando sempre na área de jogo, não perdendo a capacidade de ir calibrando a mira.

Considero que contribuir para a capacitação do processo de tomada decisão de cada indivíduo é isto... Entendo que enquanto futura enfermeira especialista, a minha função é dotar a pessoa de competências que lhe permitam, a dado momento, melhor compreender o contexto de forma a mobilizar todos os seus recursos no sentido da melhor resolução do problema.

Concluindo, seria tudo mais luminoso se a unidade tivesse janelas, e pudesse ver o sol nascer e pôr-se, mas afinal isso não importa, porque não são precisas janelas para ver aquilo que os olhos, o coração e a alma veem.

Apêndice VI – Reflexão crítica – Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais

“Só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos”

Antoine Saint (1946)

Por vezes vivemos a vida e o mundo como se de um iogurte com prazo de validade de tratasse... Horas para isto, horas para aquilo, e chegamos a não ter tempo para apreciar o caminho que nos leva ao objetivo. Por vezes, vivemos focados em produzir, no palpável, no aparecer feito, no conseguir fazer, no conseguir ser, no dar resposta, no ter resultados. Claro que tudo isto que nos faz sentir vivos se torna aliciante na nossa caminhada, mas às vezes o corpo pede calma, a mente pede calma, e é preciso saber parar, refletir acerca do nosso propósito, embora saibamos que é aquele o caminho, refletir permite-nos ver sempre o que a ação resultante do impulso não permite. Assim saber parar o relógio torna-se revitalizante, mesmo que mais tarde o voltemos a ligar e a ter de acertar a hora.

Ao chegar à unidade de cuidados intensivos neonatais, onde um recém-nascido pode estar horas, dias ou semanas, torna-se emergente a necessidade de aquele ser saber onde pertence, que tem um lugar, e que todo o seu instinto de sobrevivência se traduz em algo que o vale realmente a pena, a vida.

Embora focada em tudo o que implica o ensino clínico, quero eu dizer, o projeto de estágio, os meus objetivos, as atividades, precisei de sentir aquele ambiente, a pressão, os olhares atentos, os suspiros, o sussurrar entre colegas, os apitos dos monitores, as luzes ténues que se acendiam sobre as incubadoras... Desinfetei as mãos e fui-me aproximando, estava uma mãe sentada num cadeirão, cabelo curto acima dos ombros, castanho claro, estatura média, vestia uma camisola preta, calças de ganga e uns ténis... olhar debruçado sobre o seu filho, respirando com ele e com o ventilador. Congelei... senti a minha pele ficar fria, as mãos sem saber o seu lugar, o olhar fixo no monitor, porque era mais fácil do que enfrentar o meu medo, aquela mãe... ansiosa por aquela mãe não me questionar ou necessitar de algo, continuei o meu trajeto pelas restantes incubadoras e afastei-me. Sendo a escrita um processo lento contrariamente à fala tenho necessidade de apontar no meu bloco de notas, os sentimentos por mim vividos e o que me leva a sentir-me de determinada forma, apontando naquele momento “a quente” o que me ocorre no pensamento, desde o facto de não conseguir abordar uma mãe, que poderia perfeitamente ser a mãe de um amanhã no meu serviço de pediatria ao ambiente em meu redor... decidi então virar a página naquele turno, aproveitando para perceber e compreender a dinâmica do serviço junto da Enf.<sup>a</sup> Orientadora.

Foi depois de ter chegado a casa que me sentei na varanda com o meu bloco de notas e comecei a folheá-lo. Meu deus!!! Tenho um projeto de estágio para realizar e não sei o que vou fazer?! Sinto-me perdida e ainda para mais nem sei como abordar aqueles pais, aqueles recém-nascidos prematuros. Confesso que foi um momento de angústia e foi então que decidi que tinha de parar o meu relógio e assim foi, parei umas horas e dediquei-me àquilo que me estava a bloquear e não me fazia progredir – a necessidade de beber de uma fonte conhecimento, a ausência de experiência num contexto tão específico. A verdade é que embora me considere uma enfermeira com experiência, quando o contexto muda, embora tenhamos competências que nos aproximam entre enfermeiros pelas nossas competências gerais, existem aquelas que nos distinguem pela especificidade. Por outro lado, também o que nos torna confiantes na prática e seguros nos nossos cuidados é quando nos voluntariamos a uma prática baseada na evidência, e quando reconhecemos fragilidades que carecem de pesquisa e estudo. A partir deste momento foi altura de desbloquear o meu relógio, arregaçar as mangas e começar a trabalhar. Curiosamente olhei o relógio e não tinha hora para acertar, o tempo era aquele e eu estava no tempo certo, prova de que a reflexão é necessária e nos permite ver mais além, ver depois e de forma crítica. Está tudo certo no tempo quando nos permitimos a dar-nos tempo, e será sempre aquele o caminho se nos dedicarmos a apreciar cada paragem, com a certeza de que nada é em vão e tudo tem um propósito... e quando nos permitimos a melhorar transformamo-nos por dentro e a vida transforma-se por fora, tendo sempre em mente de que na vida há tempo para tudo, mas tudo tem o seu tempo.

Apêndice VII – *Flyer*: “Curte a adolescência”

## Curte a adolescência

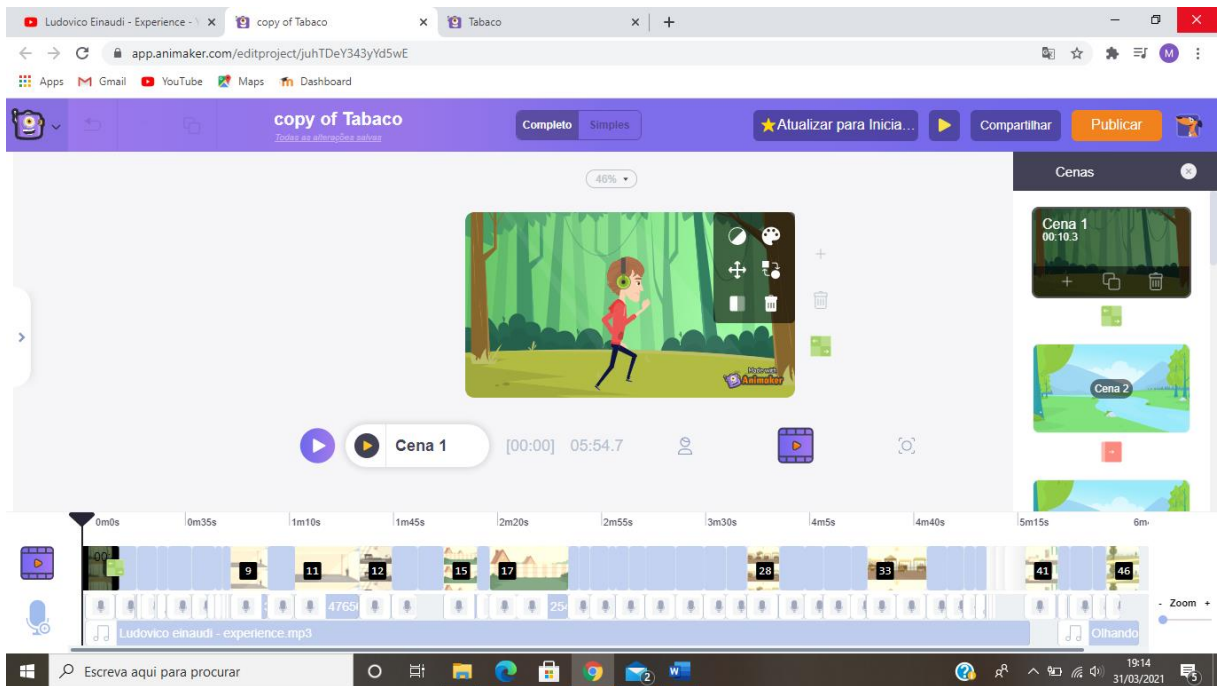
Estes *flyer's* foram impressos frente e verso, e o objetivo inicial era que pudesse ficar plastificado e fosse desinfetado e reutilizado a cada utilização. Porém, devido às normas impostas pelo controlo de infeção hospitalar, derivado da situação pandémica atual, tal não foi possível. A impressão dos mesmo foi realizada de acordo com a média de adolescentes que recorriam diariamente ao serviço de urgência.



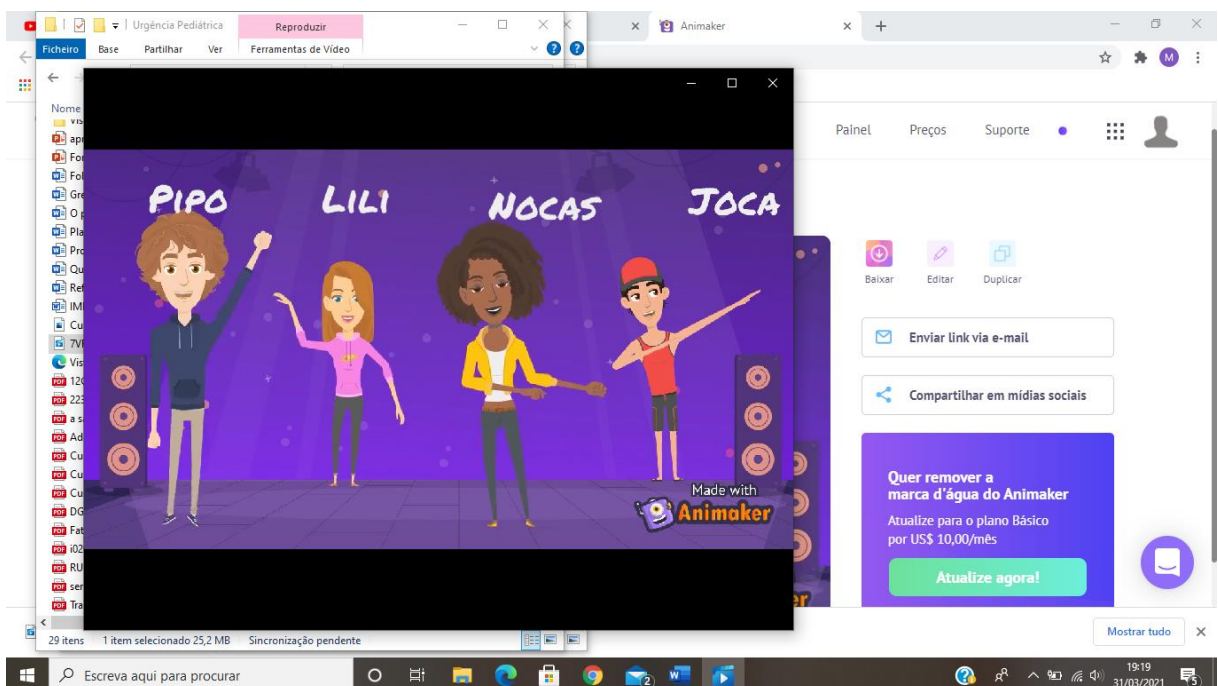
O código QR que se poder observar na parte da frente do *flyer* quando detetado por um *smarthphone* abre uma página de Youtube, que pode também ser também visualizada através do link: <https://www.youtube.com/watch?v=mft1wNci68A>.

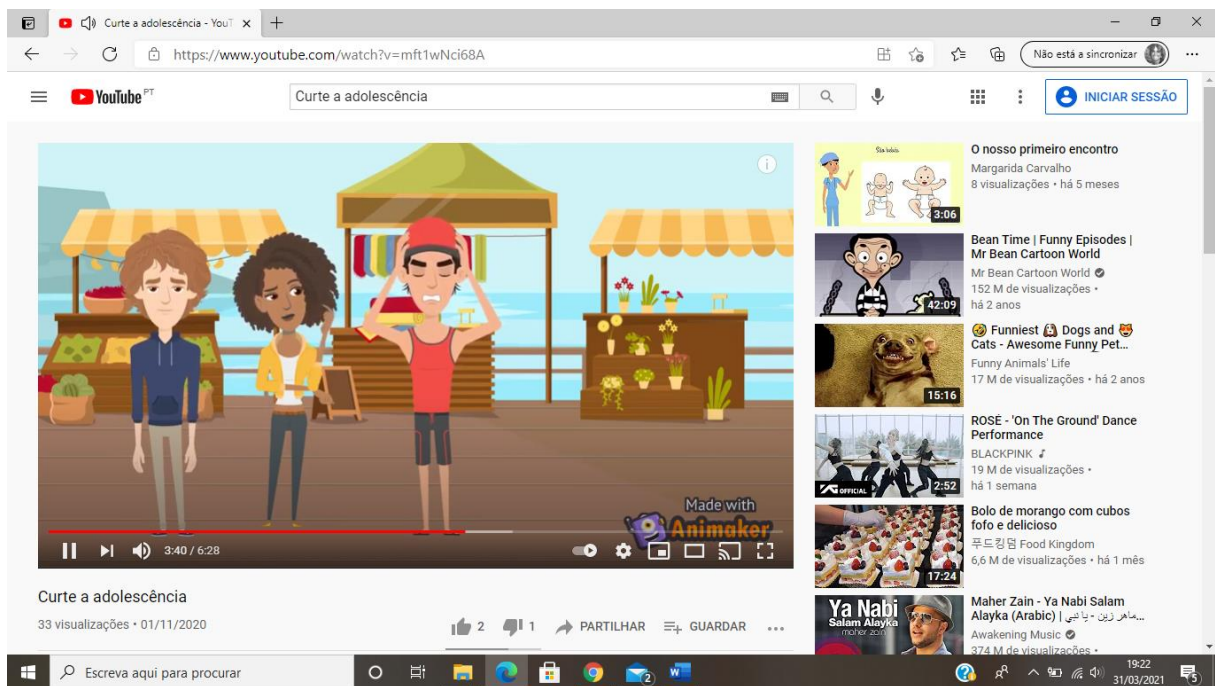
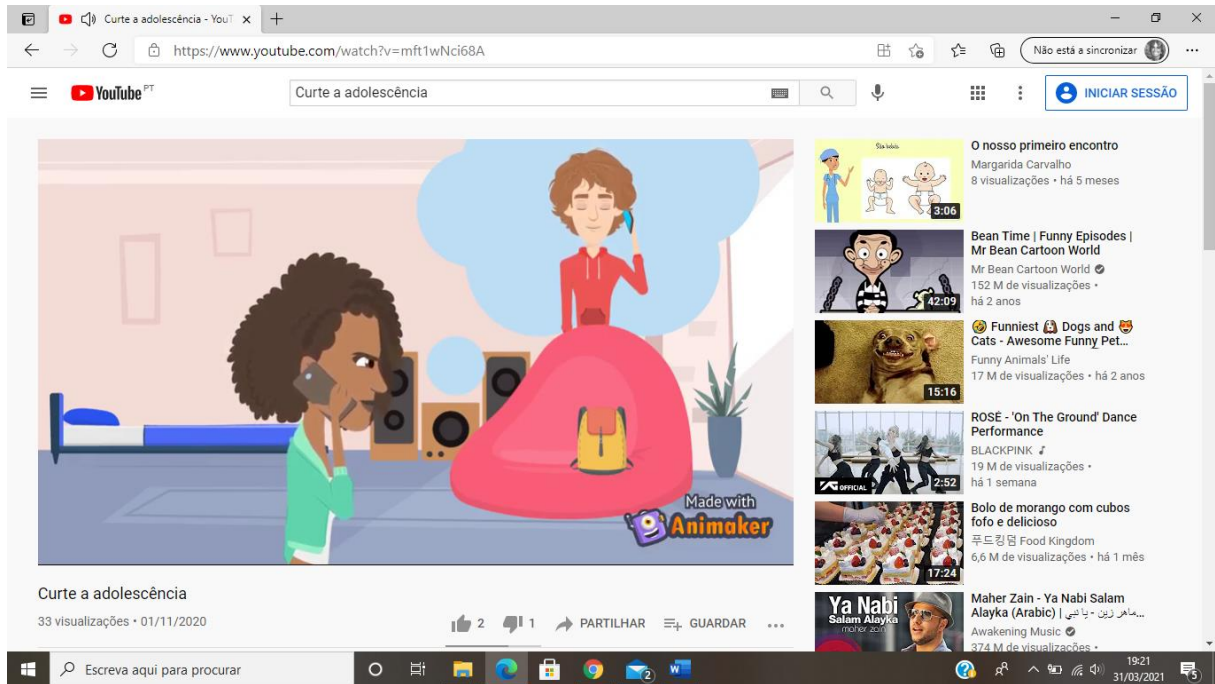
O vídeo que se pode assistir foi realizado a partir de uma ferramenta digital disponível em [www.animaker.com](http://www.animaker.com). De acordo com os instrumentos disponibilizados, todo o conteúdo do vídeo, assim como a caracterização das personagens foi inteiramente da minha responsabilidade e autoria. Opto pela não colocação dos diapositivos neste apêndice por não traduzirem corretamente os fenómenos de paralinguagem (entoação, tom de voz, volume, prosódia) nos meios audiovisuais utilizados. À semelhança do vídeo anterior realizado a UCIEN, também este se faz acompanhar de fundo com uma música do autor e compositor *Ludovico Einaudi*, com o

tema *Experience*. Pode ver-se nas imagens em seguida a forma como foi realizada a elaboração do vídeo e resultados finais.



A transferência dos conteúdos foi realizada sob o formato de MP4 e para um canal de Youtube de minha responsabilidade.





Apêndice VIII – Questionário de avaliação e resultados obtidos com a aplicação dos  
*Flyers* no Serviço de Urgência

A imagem que se segue é uma representação real daquilo que os jovens adolescentes encontravam ao aceder ao código QR do verso do *flyer*.

A utilização de diferentes plataformas de realização de questionários on-line permitiu-me um fácil acesso às mesmas assim como a análise dos dados. O facto de no primeiro contexto clínico não ter utilizado qualquer plataforma de elaboração de questionários on-line permitiu-me comparar as vantagens e desvantagens da utilização de cada uma delas. Facto é que a tecnologia atual facilita o tratamento e análise dos dados obtidos em campo, sendo por isso uma mais-valia.

Curte a adolescência, toma decisões com consciência

**1. Assinala as afirmações que são verdadeiras, no que diz respeito às consequências do tabaco.\***

Assinala as verdadeiras

Ficamos menos resistentes e mais cansados a fazer exercício físico.

Fumar deixa-nos mais confiantes e fazem com que os outros gostem mais de nós.

Os dentes ficam amarelos.

Não faz mal fumar um cigarro de vez em quando.

Fumar é bom para a saúde e não tem consequências, por isso devemos fumar.

Powered by **survio**

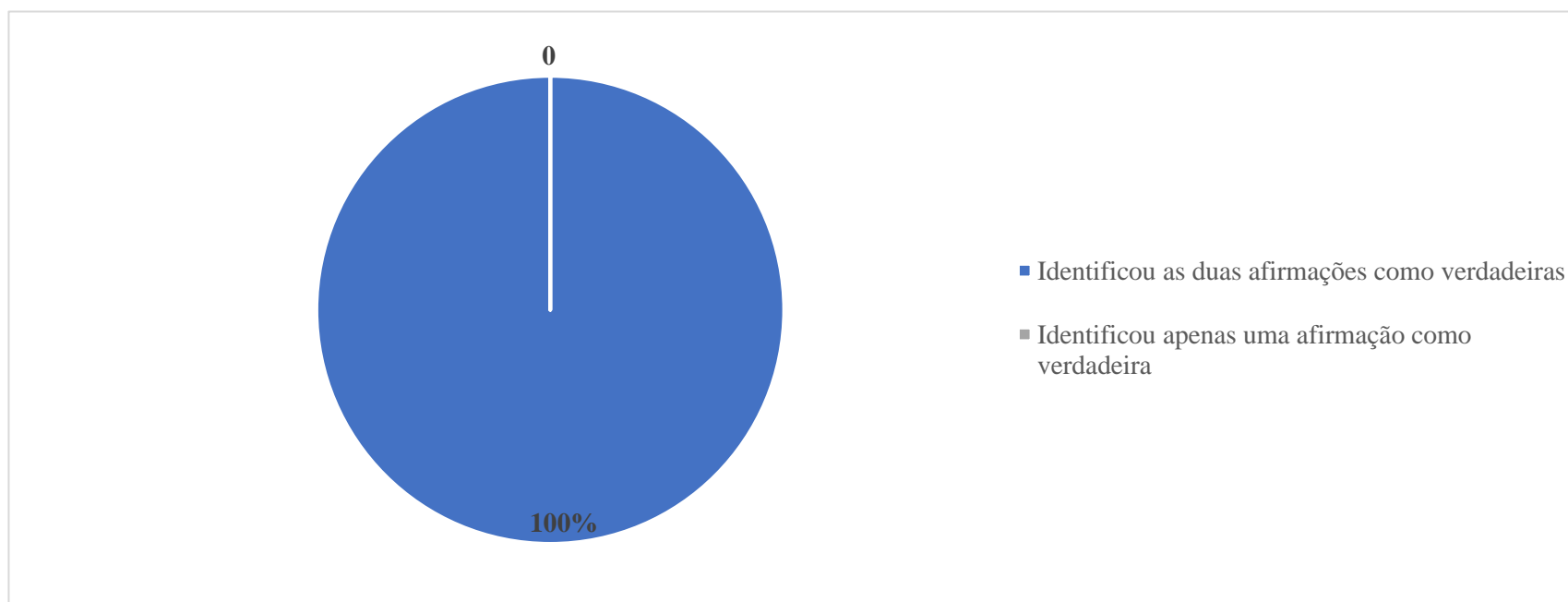
[Crie sua pesquisa grátis](#)

< Enviar

## Análise dos Resultados

Como se pode observar no gráfico dos 12 questionários aplicados a adolescentes com idades compreendidas entre 13 e 16 anos, 100% (n=12) identificou corretamente as afirmações verdadeiras, no que respeita às consequências do consumo de tabaco. Posso deste modo concluir que os métodos utilizados para promoção da literacia sobre o consumo de tabaco foram claro e objetivos, tendo sido bem-sucedidos. Contudo, eram precisos ter sido aplicados mais questionários para obter conclusões mais credíveis.

Para a obtenção de melhores resultados, este questionário carecia de mais tempo para ser aplicado e inerentemente de mais jovens adolescentes que o visualizassem durante o período de estágio, facto que não aconteceu devido à baixa afluência de adolescentes à urgência durante o período pandémico.



Apêndice IX – Planejamento da Sessão de Formação no Serviço de Urgência: Literacia em Saúde - Adolescentes com Comportamentos de Risco

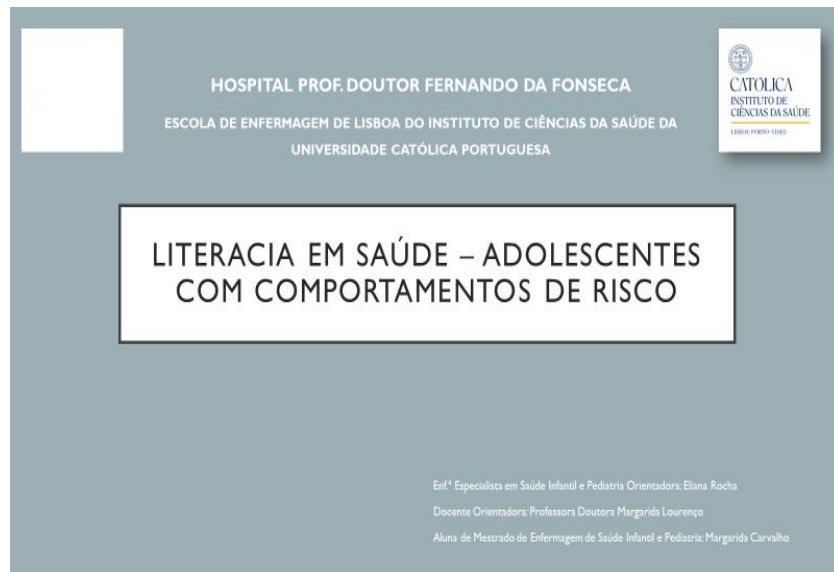
<p><b>Plano:</b> Sessão de Formação Interna</p> <p><b>Tema:</b> Literacia em saúde – adolescentes com comportamentos de risco</p> <p><b>Disciplina/Estágio:</b> Estágio Final e Relatório</p> <p><b>Grupo:</b> Enfermeiros da Equipa do Serviço de Urgência Pediátrica em momentos oportunos (após a passagem de turno, momentos de pausa)</p> <p><b>Local:</b> Serviço de Urgência Pediátrica</p> <p><b>Data:</b> Dias 6, 9, 10, 11 e 12 de novembro</p> <p><b>Hora:</b> Entre as 14h30 e as 15h30 e outros momentos de oportunidade</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordar o conceito literacia em saúde e pertinência;</li> <li>• Abordar os comportamentos de risco mais comuns em jovens adolescentes, em Portugal;</li> <li>• Contribuir para a sensibilização da equipa na promoção da literacia em jovens adolescentes, que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica;</li> </ul>					
		<b>ESTRATÉGIAS</b>			
<b>CONTEÚDOS</b>		<b>MÉTODOS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>ATIVIDADES DE GRUPO</b>	<b>TEMPO</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<p>-Apresentação dos intervenientes na sessão.</p> <p>- Apresentação do grupo alvo.</p> <p>- Apresentação e justificação da abordagem ao tema.</p>	<p>- Exposição.</p> <p>- Discurso oral.</p> <p>- Discurso interativo.</p> <p>- Discurso participativo</p>	<p>- Computador portátil</p>	<p>-Perguntar antecipadamente acerca de ideias que já teriam em algum tempo surgido acerca do tema (de cariz pessoal).</p>	5 minutos
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<p>-Abordar o conceito de literacia em saúde e pertinência realizando um breve enquadramento teórico;</p> <p>-Apresentar algumas ferramentas e estratégias de</p>	<p>-Exposição do tema por meio de discurso oral e meios audiovisuais.</p>	<p>-Ferramenta de audiovisual – vídeo.</p> <p>-Música e outros sons.</p> <p>-Computador Portátil.</p>	<p>-Comunicação verbal.</p> <p>-Comunicação não verbal.</p>	20 - 30 minutos

	<p>como promover a literacia em saúde;</p> <p>-Abordar os comportamentos de risco no adolescente mais comuns em Portugal;</p> <p>-Abordar e apresentar algumas estratégias para promover a literacia em saúde no adolescente;</p> <p>-Contribuir para a sensibilização da equipa na promoção da literacia em jovens adolescentes, que recorrem ao SUP, com a apresentação do vídeo elaborado sobre o consumo de tabaco.</p>				
<b>CONCLUSÃO</b>	<p>- Síntese e revisão dos conteúdos abordados;</p> <p>-Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>-Avaliação da Sessão.</p>	<p>-Discurso Oral.</p> <p>-Discurso Interativo.</p> <p>-Discurso participativo.</p>	<p>-Questionário.</p> <p>-Discurso interrogativo.</p>	<p>- Comunicação interativa acerca dos conteúdos.</p> <p>- Entrega e preenchimento de um questionário sobre a sessão.</p>	5 minutos

Apêndice X - Sessão de Formação no Serviço de Urgência: Literacia em Saúde -  
Adolescentes com Comportamentos de Risco

## Sessão de Formação – Literacia em Saúde: Adolescentes com Comportamentos de Risco

Esta sessão foi realizada de acordo com o suporte teórico que se encontra descrito ao longo do corpo do trabalho, sendo que, toda a informação que se encontra aqui descrita já foi anteriormente abordada. As imagens estão colocadas de forma sequencial da esquerda para a direita no sentido superior/inferior.

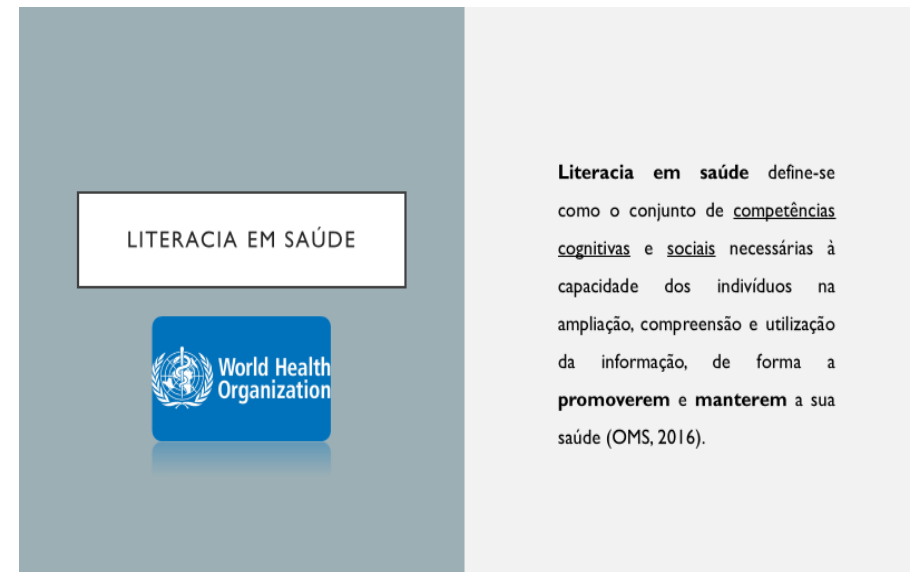


HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO DA FONSECA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CATÓLICA  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE  
LISBOA (1909-1942)

LITERACIA EM SAÚDE – ADOLESCENTES  
COM COMPORTAMENTOS DE RISCO

Enf.<sup>a</sup> Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Orientadora: Eliana Rocha  
Docente Orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço  
Aluna de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: Margarida Carvalho



LITERACIA EM SAÚDE

World Health Organization

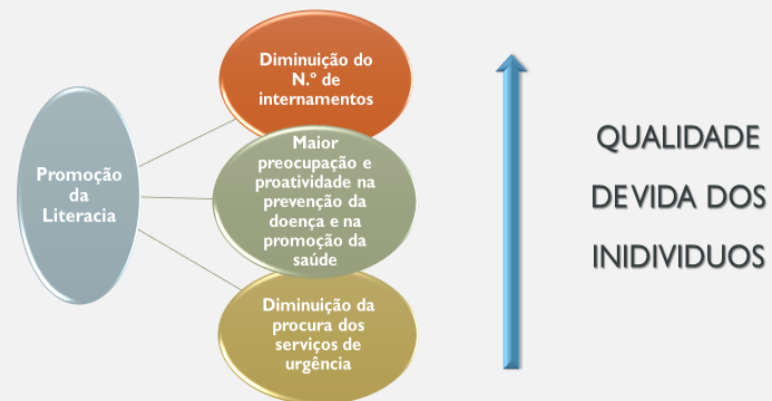
**Literacia em saúde** define-se como o conjunto de competências cognitivas e sociais necessárias à capacidade dos indivíduos na ampliação, compreensão e utilização da informação, de forma a **promoverem** e **manterem** a sua saúde (OMS, 2016).

## LITERACIA EM SAÚDE



Implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, bem como a prevenção de doenças e promoção da saúde com vista a manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida.

## LITERACIA EM SAÚDE, PORQUÊ?



## LITERACIA EM SAÚDE, PORQUÊ?

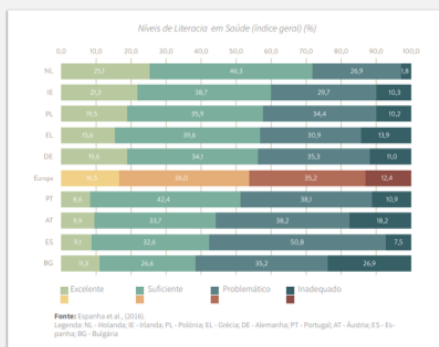
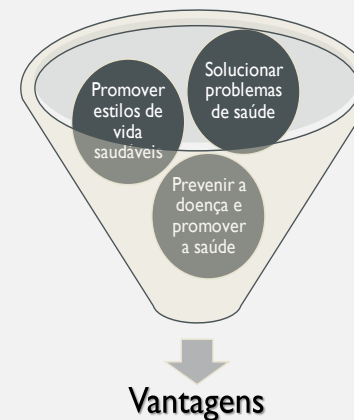
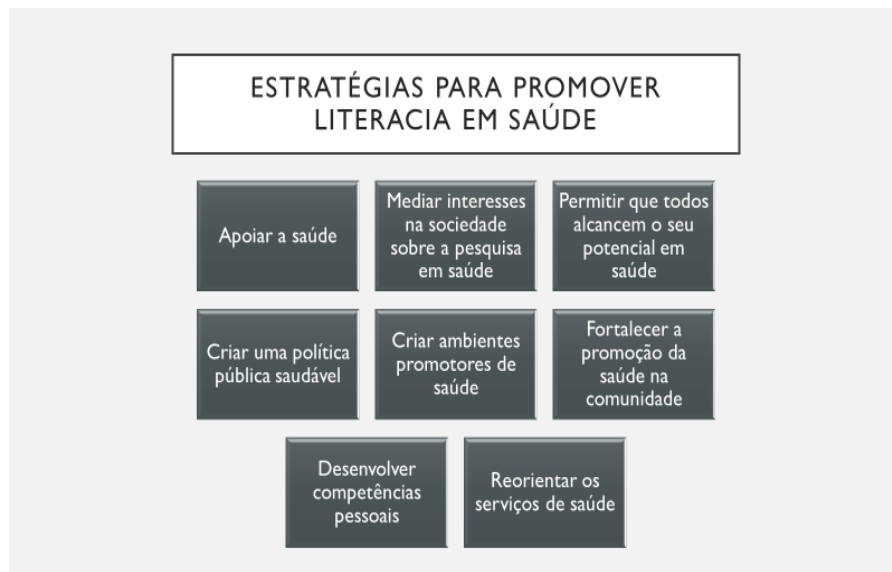


Fig.1 - Tabela de níveis de literacia em saúde em Portugal e na Europa

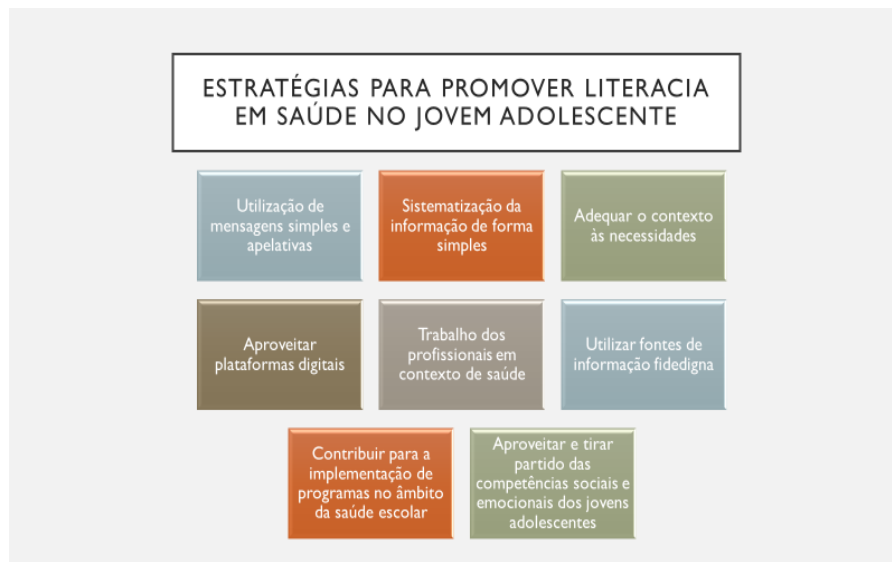
## PROMOVER A LITERACIA EM SAÚDE







## NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO?



OS ADOLESCENTES PODEM TER ACESSO AO VIDEO DIVERSAS VEZES E AINDA PARTILHAREM-NO COM OUTROS




NO JOVEM RECORDAR QUE A POSTERIDADE COM OUVIEMOS



**CURTE A ADOLESCÊNCIA, TOMA DECISÕES COM CONSCIÊNCIA!!!**

**OBRIGADA PELA VOSSA  
DISPONIBILIDADE E  
COLABORAÇÃO!**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DGS. (2018). Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde.
- Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, (Março de 2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde.
- Oliveira, W., Silva, J., Andrade, A., Micheli, D., Carlos, D., & Silva, M. (2020). A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), 1-14.
- DGS, D-G. d. (2013). Direção-Geral de Saúde. Obtido de Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Pinto, A., Scopacasa, L., Bezerra, L., & Pedrosa, J. P. (2017). Uso de tecnologias da informação e comunicação na educação em saúde de adolescentes: revisão integrativa. 11(2).
- Santos, J., Andrade, R., & Silva, M. M. (2020). Processo de Comunicação em saúde da enfermagem com o adolescente: abordagem do Event History Calendar. pp. 1-5.
- Halas, G., Schultz, A., Rothney, J., Leah, G., Wener, P., & Katz, A. (Dezembro de 2015). A scoping review protocol to map the research foci trends in tobacco control over the last decade.

**LITERACIA EM SAÚDE – ADOLESCENTES  
COM COMPORTAMENTOS DE RISCO**

Enf.<sup>a</sup> Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Orientadora: Eliana Rocha

Docente Orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Aluna de Mestrado de: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: Margarida Carvalho

Apêndice XI – Folha de registo de presença dos formandos



Apêndice XII - Questionário de avaliação e análise dos resultados obtidos com a Sessão de Formação no Serviço de Urgência: Literacia em Saúde - Adolescentes com Comportamentos de Risco

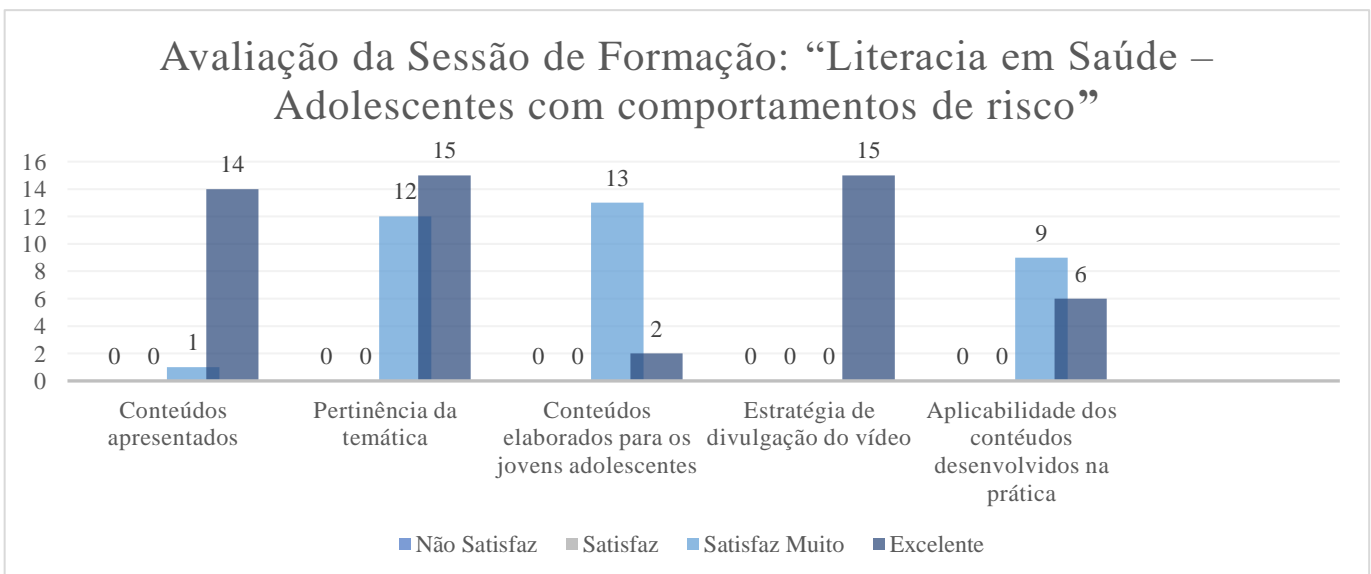
**Questionário de Avaliação – Sessão de Formação Serviço de Urgência Pediátrica  
“Literacia em Saúde – Adolescentes com comportamentos de risco”**

<b>Questões</b>	<b>Escala de avaliação</b>	<b>Não satisfaz</b>	<b>Satisfaz</b>	<b>Satisfaz muito</b>	<b>Excelente</b>
	<b>Quanto aos conteúdos apresentados durante a formação, como os avalia?</b>				
	<b>Como avalia a pertinência/necessidade de abordar o tema em questão?</b>				
	<b>Quanto ao conteúdo do vídeo apresentado, como o avalia?</b>				
	<b>Quanto à estratégia utilizada para divulgação do vídeo aos jovens adolescentes, como avalia?</b>				
	<b>Quanto à aplicabilidade do vídeo realizado, no âmbito da promoção da literacia sobre o consumo de tabaco na adolescência, considera aplicável à prática profissional diária?</b>				
<b>SUGESTÕES</b>					

## Análise dos Resultados

No que respeita aos resultados obtidos, dos 15 enfermeiros alvo de inquérito após a formação, 93,3% (n=14) enfermeiros consideram como excelente a apresentação dos conteúdos; 100% (n=15) concorda que a temática tem pertinência e necessita de ser aprofundada, 13,3% (n=2) enfermeiros consideram como excelentes os conteúdos elaborados para os jovens adolescentes; A totalidade da amostra (n=15) avalia na escala máxima a estratégia de divulgação do vídeo e no que respeita à aplicabilidade dos conteúdos desenvolvidos à prática as opiniões dividem-se de forma quase equitativa. No que concerne à aplicabilidade dos conteúdos desenvolvidos à prática 60% (n=9) atribui uma classificação de satisfaz bastante e os restantes 40% (n=6) classifica como excelente.

No sentido de melhor compreender as perspetivas dos enfermeiros relativamente aos conteúdos apresentados, poderia num futuro realizar-se um questionário mais detalhado, de modo a compreender os diferentes pontos de vista relacionados com a pontuação atribuída em cada item.



Apêndice XIII – Reflexão crítica – Serviço de Urgência

“Seremos pequenos em um Universo tão vasto não nos faz insignificantes, mas raros e valiosos. Somos uma amostra inexplicável da vida, guardada num pequeno grão de areia, entre tantos outros grãos de areia, num infinito desconhecido.”

Robson Ribeiro

É um lugar de momentos, de pequenos contactos, do toque fugaz... é um lugar altamente complexo, mas nem por isso deixa de ser um lugar onde gostamos de estar, porque de um modo ou de outro e independentemente do que somos e dos papéis que desempenhamos na nossa vida, todos nós gostamos de sentir-nos úteis!

À chegada ao serviço de urgência pediátrica, sente-se a pressão e a energia na imediatude do que nos rodeia, muitas vezes a respiração daqueles que por nós passam, com suspiros entre tarefas que não acabam... Os dias passam naquele serviço e embora exista o cuidado de fazer parecer o dia, “dia” e a noite, “noite” sente-se a agitação do dia, mas poucas vezes se sente a calma da noite. Recordo-me quando era criança e tantas vezes sentia as chamadas “dores de crescimento” ... de facto doíam-me muitas vezes os membros inferiores, e não percebia porquê. Então, questionava os demais à minha volta, que me diziam isso mesmo: “são dores de crescimento, significa que está a crescer”... hoje e neste modo metafórico entendo o serviço de urgência como algo que me ia ser difícil, quer pelo desafio em si, quer pela perceção que tinha de um serviço de urgência, por si pouco flexível e digo até tarefeiro... tinha medo, tinha receio... o não ser capaz de... o não dar resposta...assustava-me! A verdade é que o serviço de urgência embora, muitas vezes, feito de breves contactos, momentos fugazes e pautado tantas vezes pela falta de tempo valoriza ainda mais os profissionais de enfermagem que ali desempenham as suas funções, pois o desafio não é aquilo que conseguimos fazer, mas sim o modo como o conseguimos... e até podemos todos chegar a resultados semelhantes, mas com caminhos diferentes, e isso enriquece muito e faz brilhar quem ali trabalha!

Quanto a mim, ainda hesito em dar resposta imediata a um familiar em momento de crise, não tanto pela minha insatisfação, mas pelo facto de falhar com o outro, outro esse num momento de fragilidade. De facto, o limite entre aquilo que observo e a minha intervenção é uma linha ténue, pois a exigência de definir e redefinir cuidados emerge aqui de forma constante e sistemática. Sinto que jamais poderia exigir de mim a perfeição, aqui ou em lugar algum, e na maioria das vezes, aquilo que é duro e difícil, aquilo que nem sempre é bem sucedido, as coisas onde vou falhando, é o que me permite crescer e ser melhor.

Assim, decidi ir com todas as ferramentas para campo de estágio e perceber o que poderia começar por utilizar...

Após refletir sobre aquela que foi a minha observação diária até hoje em contexto clínico, posso afirmar que o serviço de urgência é o local certo para se trabalhar e treinar competências que considero de extrema importância na minha profissão. A comunicação clara e efetiva em equipa, o conhecimento de características pessoais da própria equipa, a definição de papéis, a abordagem aos pais, à criança, ao adolescente, a comunicação de informação, o trabalho em parceria com os pais... e tantos outros fazem a diferença nos cuidados que são prestados.

Hoje entendo que a triagem é de facto um momento fugaz, há um saber-se no priorizar que se destaca naqueles que tão bem diariamente o fazem, porém priorizar o que importa não invalida um sorriso (mesmo atrás de uma máscara cirúrgica), uma palavra de conforto, de esperança... um gesto de afeto, de cuidado, pelo contrário, implica o emergir da sensibilidade humana, daquilo que para mim pode ser tão natural, mas aos olhos do outro, poderá ter outro impacto. Por isso, sinto que enquanto enfermeira e futura especialista o que faz a diferença nos meus cuidados é olhar outro, não com o peso da responsabilidade que tenho, mas com a leveza daquilo que a minha profissão me habilita e possibilita ser e fazer. Sinto que há silêncios que podem tocar a “alma” de alguém, que há sorrisos que podem alimentar a esperança, que há lágrimas que podem não nos fazer sentir sozinhos no caminho, que há olhos que se podem subentender aos atos... É desta forma, que no caminho por mim percorrido estão subjacentes os instrumentos básicos da enfermagem – o planeamento, a destreza, o trabalho em equipa, a observação, a avaliação, o método científico ou de resolução do problema, a criatividade, a comunicação, a observação, e recorrer com mestria não pode ser apenas tão linear quanto a sua significância. No meu ponto de vista, recorrer com mestria carece do aprimorar destes instrumentos, e torná-los tão afinados e precisos quanto possível. Assim, hoje percebo que para fazer este caminho de futura enfermeira especialista, à semelhança de quando tinha “dores de crescimento”, este percurso tem sido assim...

Embora com o cansaço de noites não tão bem dormidas quanto o desejado, as horas de trabalho, a situação de pandemia que nos priva de tantos lazeres, sinto que estou a desfrutar do caminho, das aprendizagens, da concretização dos meus objetivos, e não há nada mais gratificante do que sentir que aquilo a que nos propomos, mesmo nem sempre conseguindo, vale a pena!

Refletindo sobre a frase que me inspira nesta reflexão ser mais uma enfermeira especialista, não faz de mim mais uma. Compreendo-me na amostra de mim mesma, dos meus valores e princípios, das minhas qualidades, dos meus defeitos, daquilo que me caracteriza e me torna enquanto ser e pessoa. Entre tantos outros não posso nunca deixar de ser eu, e acredito que se individualmente acreditarmos em nós mesmos e na nossa essência tudo o que virá, virá em forma de acrescento, na medida em que lhe conferimos significado certo em conta, peso e medida. Acredito que as maiores conquistas que posso ter na vida é alcançar os meus objetivos, e para isso não posso fechar a porta ao desafio e o as suas implicações. Acredito ainda, que o mundo é um espelho que devolve a cada um de nós o reflexo dos nosso próprios pensamentos e atos, e a forma como encaramos a vida e os desafios é o que faz a diferença.

Embora sem expectativa do que viria a seguir, e com algum receio do que poderia encontrar, encarei o ensino clínico no SUP como um mundo a descobrir, onde tudo o que pudesse aproveitar iria ser oportuno na minha aprendizagem e crescimento. A verdade, é que de facto, embora com poucos momentos de contacto, tive sempre fé nos momentos que se seguiram, sempre convicta de que o universo me irá devolver o melhor que tiver para me oferecer e que todas as “dores de crescimento” não serão em vão.

Apêndice XIV – Reflexão crítica:” O polvo!”

*“O talento sem disciplina é como um polvo a andar de patins. Há uma abundância de movimento, mas nunca se sabe se vai ser para trás ou para os lados”*

*H. Jackson Brown – Escritor U.S.A*

## **O Polvo!**

O polvo é um animal marinho...

O polvo tem oito braços fortes, cada um com as suas ventosas.

O polvo tem um corpo mole, sem esqueleto interno ou externo.

O polvo tem meios de defesa, e tem a capacidade de largar tinta, muda de cor para se camuflar e tem total autonomia dos seus braços.

Os polvos são predadores e têm uma visão binocular e os olhos semelhantes aos do ser humano, tendo a perceção das diferentes cores.

Os polvos têm um sentido apurado de toque físico e conseguem perceber diferentes texturas.

Os polvos desenvolveram grande inteligência, devido à necessidade de sobrevivência e devido à fragilidade do seu corpo.

Os polvos reproduzem-se de forma sexuada e o seu ritual de acasalamento pode durar várias horas ou dias.

Qualquer animal, seja ele irracional ou racional, carece de organização, por pequena que seja, é subjacente à vida. Considero que enquanto pessoa e profissional tenho em mim também um pouco das características do polvo.

O tempo foi passando em contexto de estágio, sentia-me a nadar em águas agitadas, por vezes revoltas, sentindo a força da corrente. Nadar contra esta nem sempre é fácil, exige esforço, preparação, perseverança e concentração. Foram alguns dias em que me senti cansada e triste e a corrente parecia ganhar cada vez mais força. Existiam ainda outras correntes de água quente e fria que se iam cruzando e parecia não haver “terra à vista”. Em alguns dos turnos senti que o imenso mar onde nadava não iria acalmar... Por vezes, no fundo do mar, ou naquele silêncio que ecoa na agitação, surgem palavras de sabedoria, por parte de pessoas sábias também – “depois da tempestade vem a bonança”. É necessário guardar estas palavras como forma de me fortalecer na tempestade, porque esta não durará para sempre... aliás, nunca dura.

Já tinha tido a experiência de ser orientada por duas enfermeiras diferentes, com perspectivas distintas na sua prestação de cuidados, e a enfermeira que ia agora colaborar no

restante tempo do meu estágio, desempenha um papel de chefia no serviço de urgência pediátrica, não estando na prestação direta de cuidados, mas assumindo cuidados, sempre que necessário. O primeiro pensamento foi:

- E agora? Passei por várias orientadoras, isso será bom? Diferentes perspetivas, mas pouca estabilidade...?

Bem... rapidamente percebi que nesta situação de pandemia, e tendo em conta os recursos humanos disponíveis, eu tinha tido sorte e só poderia sentir-me grata por poder continuar a ir para campo de estágio.

Mais do que ter um “rótulo” que nos caracteriza pelas funções que desempenhamos, é sê-lo em si mesmo... quero eu dizer com isto que, mais do que ser chefe é gerir e liderar uma equipa, é ser-se no sentido literal da palavra, responsável por a equipa e tudo o que a envolve.

O mar não estava mais calmo, mas eu mesma não nadava mais rápido, mas sim ia no sentido da corrente, a temperatura não estava amena, simplesmente os extremos de “quente/frio” tornaram-se mais fáceis de contornar. Desta forma, posso afirmar que por vezes não devo lutar contra a realidade que me é imposta, pois acredito que nada acontece por acaso e que tudo no seu tempo e lugar se organiza.

Poder acompanhar e participar, ainda que de forma maioritariamente passiva, aquelas que são as tarefas de gestão que implicam competências de um enfermeiro especialista, tem sido uma experiência muito enriquecedora. De facto, permanecer tantas vezes focada no desempenho das minhas atividades profissionais, não me tinha permitido até então abrir o leque acerca de qual era o papel de gestão de um responsável num serviço. São inúmeras as responsabilidades inerentes às de um gestor na área de enfermagem, e gerir os recursos, humanos ou não, e orientar as práticas no sentido da qualidade, não é uma tarefa fácil.

Depreendo que a qualidade dos cuidados é aquela que faz sentido para a pessoa que vive uma determinada situação de crise e aquilo que a mesma perspetiva. Enquanto enfermeira devo direccionar a minha intervenção no sentido de responder àquelas que são as necessidades específicas e legítimas daqueles que diariamente carecem de cuidados. Tenho tido cada vez mais a perceção que é determinante para a qualidade de cuidados, a aplicação da ciência e da tecnologia, em qualquer intervenção, desde que, garanta estabilidade proteção, promoção e aperfeiçoamento dos cuidados.

Um responsável de equipa num serviço, à semelhança do polvo tem o papel de garantir a qualidade nas três dimensões técnica, interpessoal e ambiental, e isso implica um conhecimento nato e uma mestria na aplicação daquelas que são as suas competências.

Tal como o polvo tem os seus tentáculos, também a qualidade dos cuidados assenta em vários pilares, e à semelhança do polvo há que ter a inteligência e perspicácia de perceber aquela que se denomina por qualidade de facto, quando confrontada com padrões, e a qualidade na perceção, quando centrada naquelas que são as expectativas dos clientes.

Ao acompanhar a enfermeira orientadora, compreendi a real dimensão daqueles que são alguns dos indicadores de qualidade do hospital onde exerço funções. Estes são sem dúvida os que monitorizam a qualidade clínica e organizacional dos serviços e permitem identificar problemas e encontrar estratégias que contribuem para a melhoria contínua. Também como o polvo tem os seus mecanismos de caça e de defesa, também o enfermeiro gestor se tem de defender daquilo que pode comprometer o bom funcionamento do serviço, afetar a satisfação dos utentes e comprometer a qualidade dos cuidados.

Tal como o polvo se precisa de alimentar e caçar para o efeito, também um gestor tem estratégias para atingir bons resultados na área da qualidade e, com base naqueles que são indicadores de avaliação, este faz a gestão do processo (as atividades que constituem os cuidados de saúde), da estrutura (condições sob as quais os cuidados de saúde são prestadas) e dos resultados (modificações nos indivíduos e populações que podem ser atribuíveis aos cuidados de saúde).

Assim como o polvo tem os seus mecanismos de defesa e se antecipa aos predadores, sendo cauteloso, um gestor num momento de crise, como aquele que atravessamos, tem de ser maleável e hábil na mobilização dos seus tentáculos, para poder adaptar-se e ajustar-se à realidade que diariamente vai sofrendo alterações, com vista a dar resposta às ameaças que o colocam em causa.

À semelhança do polvo, ser responsável de uma equipa e ter responsabilidades de gestão, carece de características de líder e de gestor. Quero eu com isto dizer, que tal como o polvo, pode ter tentáculos desocupados de esqueleto que se tornam maleáveis, mas há que ter ventosas com a função de garantir o funcionamento saudável do seu ecossistema.

A enfermeira orientadora com quem tenho tido o privilégio de partilhar o meu processo de aprendizagem e aquisição de competências de futura enfermeira especialista, não poderia melhor espelhar aquele que considero ser o verdadeiro papel do responsável de equipa, tendo competências de liderança, equilibradas na balança com as competências de gestão.

Tal como o polvo lidera o seu ambiente e faz os ajustes necessários à sobrevivência do seu meio, um líder mobiliza, inspira, influencia, guia, orienta, encoraja e detém uma visão carismática, inspiradora, dinâmica e criativa.

Do mesmo modo que o polvo gere a sua presa quando necessita de caçar, um gestor dá ordens, dá prémios ou pune, comanda e controla, tendo por base uma posição autoritária formal. Por conseguinte, tal como o polvo utiliza as suas conexões nervosas e a sua inteligência para o seu dia, também o gestor tem uma visão mais cerebral, lidando com a eficiência, o planeamento, o controlo e os regulamentos de funcionamento.

Assim como o polvo vive de forma equilibrada com as suas características, também um responsável num serviço necessita de um equilíbrio nas características de gestão e liderança para garantir a sobrevivência e a prosperidade das organizações, atingindo uma – liderança estratégica.

Dos conhecimentos que fui adquirindo ao longo do meu percurso, poderia refletir sobre qual a abordagem conceptual que melhor define a chefia responsável pelo serviço de urgência pediátrica, porém, pessoalmente considero que existem traços da personalidade e competências pessoais e sociais, indispensáveis na liderança/gestão de um serviço e respetiva equipa.

Mesmo tendo acompanhado a enfermeira orientadora já numa fase final do meu ensino clínico, só posso agradecer ao mar de correntes fortes, de “quente/frio” que me guiou até aqui, pois tenho vindo a desenvolver competências que sei que futuramente me farão olhar com outra perspetiva para aquilo que implica a gestão/liderança de um serviço.

Enquanto enfermeira, e não estando envolvida diretamente na gestão e liderança de uma equipa, tal com o polvo é responsável pelo seu meio, aqui também eu sou responsável por contribuir para a qualidade dos cuidados. Muitas vezes, questionamos as chefias, sobre situações que ocorrem e que nem sempre agradam a todos; questões que se levantam e nem sempre existe resposta no imediato... Hoje e após a minha reflexão entendo que, tal com o polvo se reproduz e o seu ritual de acasalamento pode durar dias ou horas, um gestor/líder também tem o seu tempo de “reprodução”. Entendo ainda que a melhoria continua surge aqui também ao nível individual, e que um gestor/líder não nasce com livro de instruções. À semelhança do polvo utiliza os recursos da melhor forma que sabe, pois tudo o que fizer em prol de uma equipa, afetará também a sua existência.

Já diz o ditado... “há mais marés que marinheiros” e a verdade é que embora continue na maré, sei que marés muitas existirão, mas acredito que mantendo o pensamento focado de enquanto marinheira do meu barco, chegarei a um porto seguro.

Apêndice XV - Planeamento da Sessão de Formação no Serviço de Pediatria:  
Cuidados Paliativos Pediátricos

**Plano:** Sessão de Formação Interna

**Tema:** Cuidados Paliativos Pediátricos

**Disciplina/Estágio:** Estágio Final e Relatório

**Grupo:** Enfermeiros da Equipa do internamento de Pediatria em momentos oportunos (após a passagem de turno, momentos de pausa)

**Local:** Serviço de Pediatria

**Data:** A definir de acordo com a disponibilidade

**Hora:** Entre as 14h30 e as 15h30 e outros momentos de oportunidade

**Objetivos:**

- Abordar o conceito de cuidados paliativos pediátricos;
- Distinguir Cuidados Paliativos Pediátricos de Cuidados em Fim de Vida;
- Fazer referência à população específica que necessita de cuidados paliativos em pediatria;
- Contribuir para a sensibilização da equipa de enfermagem na promoção da literacia sobre cuidados paliativos no Serviço de Pediatria.

		ESTRATÉGIAS			TEMPO
CONTEÚDOS		MÉTODOS	RECURSOS	ATIVIDADES DE GRUPO	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<p>-Apresentação dos intervenientes na sessão.</p> <p>-Apresentação e justificação da abordagem ao tema.</p>	<p>-Exposição.</p> <p>-Discurso oral.</p> <p>-Discurso interativo.</p> <p>-Discurso participativo</p>	<p>-Computador portátil.</p> <p>-Computador do Serviço.</p>	<p>-Perguntar antecipadamente acerca de conhecimentos prévios acerca da temática.</p>	5 minutos
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<p>-Abordar e explicar o conceito de cuidados paliativos pediátricos;</p> <p>-Distinguir cuidados paliativos de cuidados em fim de vida;</p> <p>-Abordar e apresentar algumas intervenções de enfermagem no âmbito da profissão de enfermagem,</p>	<p>-Exposição do tema por meio de discurso oral e meios audiovisuais.</p>	<p>-Computador Portátil.</p>	<p>- Comunicação verbal.</p> <p>- Comunicação não verbal.</p>	20 - 30 minutos

	<p>fazendo um breve enquadramento contextual;</p> <p>-Contribuir para a sensibilização da equipa de enfermagem na promoção da literacia sobre cuidados paliativos pediátricos.</p>				
<b>CONCLUSÃO</b>	<p>-Síntese e revisão dos conteúdos abordados;</p> <p>-Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>-Avaliação da Sessão.</p>	<p>-Discurso Oral.</p> <p>-Discurso Interativo.</p> <p>-Discurso participativo.</p>	<p>-Questionário.</p> <p>-Discurso interrogativo.</p>	<p>-Comunicação interativa acerca dos conteúdos.</p> <p>-Preenchimento de um questionário sobre a sessão através do <i>google forms</i>.</p>	5 minutos

Apêndice XVI – Sessão de Formação no Serviço de Pediatria: Cuidados Paliativos  
Pediátricos

## Sessão de Formação: Cuidados Paliativos Pediátricos

As imagens em seguida apresentadas em apêndice representam a sessão de formação realizada no Serviço de Pediatria no âmbito da temática de Cuidados Paliativos Pediátricos. Todo o conteúdo teórico apresentado nos mesmos são parte integrante da fundamentação teórica do corpo do relatório de estágio. Pode fazer-se a leitura dos mesmos da esquerda para a direita e de cima para baixo respetivamente.

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA, EPE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CATOLICA  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE  
LISBOA PORTUGAL

# CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Enf.ª Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Orientadora : Sofia Marques  
Docente Orientadora : Professora Doutora Margarida Lourenço  
Aluna de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria : Margarida Carvalho

## Cuidados Paliativos

- A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos como os cuidados que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam problemas que derivam de uma doença incurável e/ou grave e como prognóstico limitado (WHO, 2020)





## Cuidados Paliativos Pediátricos

- São um direito humano básico de recém-nascidos, crianças e jovens com doenças crónicas complexas, que limitam a qualidade de vida e/ou esperança de vida das mesmas e respetivas famílias.
- São uma abordagem ativa e total desde o diagnóstico, durante toda a vida e além da morte. Os CPP têm em consideração elementos de natureza física, emocional, social e espiritual, tendo como foco na atuação a melhoria da qualidade de vida da criança/jovem e respetiva família.
- Os CPP pressupõem o controlo de sintomas, o proporcionar de períodos de descanso aos cuidadores, assim como o seu acompanhamento na fase terminal e luto.

(Cuidados Paliativos Pediátricos: Uma reflexão. Que futuro em Portugal?, Gulbenkian, 2013)

## Os Cuidados Paliativos Pediátricos

- Proporcionam alívio da dor e outros sintomas
- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural
- Não antecipam ou prolongam a morte
- Integram aspetos psicológicos e espirituais
- Disponibilizar uma rede de suporte
- Trabalho em equipa
- Otimizar a qualidade de vida das crianças/jovens influenciando positivamente o curso da doença
- Aplicam-se desde o início da doença em conjunto com outras terapias

Sociedade Europeia de Cuidados Paliativos (2020)

## Diferentes níveis de formação



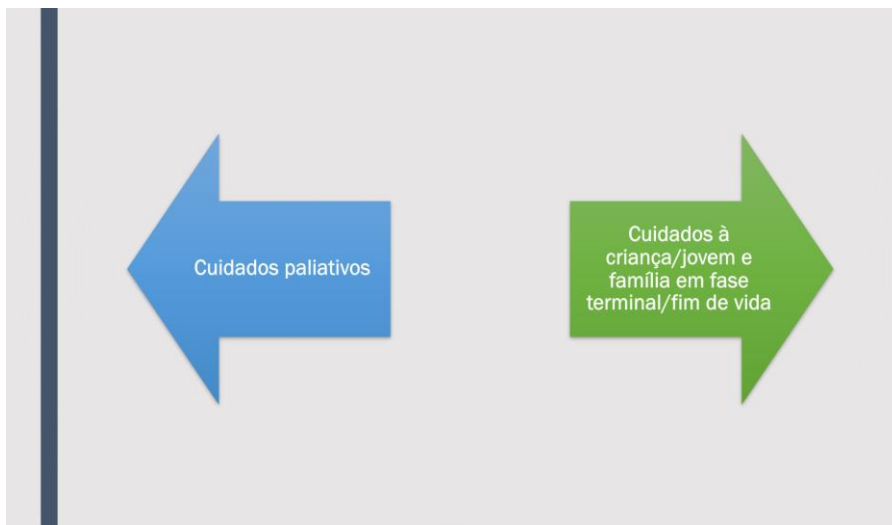
Sociedade Europeia de Cuidados Paliativos (2020)

## Cuidados Paliativos Pediátricos

- *“Existe necessidade de elaborar e desenvolver um programa de formação para suportar a prestação de cuidados a grupos específicos, nomeadamente a crianças”.*
- *Cuidados paliativos pediátricos são cuidados holísticos e proativos a crianças/jovens que não vão “tratar” a sua doença.*

(Lacerda, A. 2012)

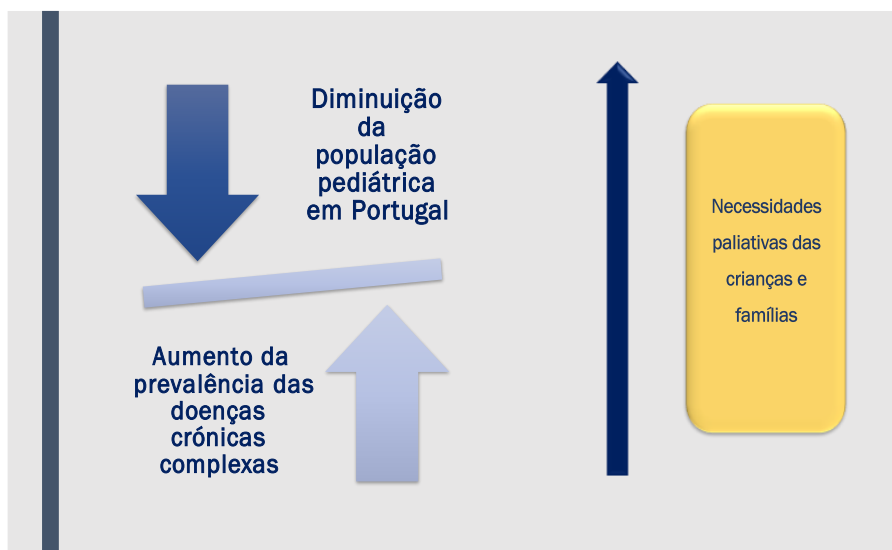




### Cuidados paliativos ≠ Cuidados em fim de vida

Cuidados paliativos pediátricos são uma especialidade em si. Constituem um cuidado total ativo do corpo, mente e espírito da criança, e na prestação de apoio à família. São iniciados quando a doença é diagnosticada e continuam independentemente de a criança recaber ou não tratamento para a doença (WHO, 2020).

Cuidados à criança e família numa fase em que o tratamento que perspetiva a cura foi suspenso e a morte está próxima de horas, dias ou semanas (Huijjer, et al., 2009).

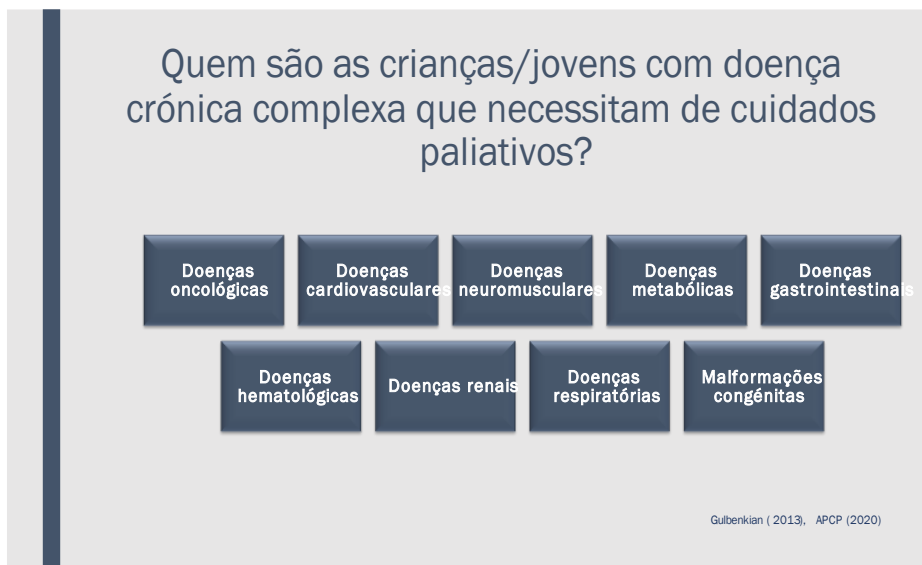


**Portugal** é o país ocidental que mais atrasado está no que respeita à atividade dos cuidados paliativos.

Estima-se que **6.000 crianças** entre os 0 e os 17 anos têm necessidade de cuidados paliativos.

**Urgência** em conhecer as **necessidades paliativas** das suas **crianças e jovens** para desenvolver serviços que as apoiem às suas **famílias**


Gulbenkian ( 2013)



Legislação Nacional – Cuidados Paliativos Pediátricos

- Obrigatoriedade de criação de equipas intrahospitalares de suporte em cuidados paliativos em todos os hospitais do SNS (Despacho 7968/2011);
- 2º Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2008-2013): reforça a necessidade de criação de uma equipa ou unidade de cuidados paliativos em todos os hospitais de referência.
- Prestação de cuidados paliativos dependente da idade e da patologia, em todo o território nacional, com ênfase na prestação de cuidados domiciliários e que os prestadores se possam diferenciar em áreas específicas como a Pediatria (Lei de bases dos cuidados paliativos – DL 52/2012).

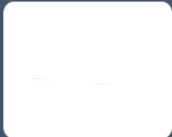
Gulbenkian (2013)



- Projeto do Grupo ESIP - **Equipa de Suporte Integrado Pediátrico**.


↓

- Criação da **Equipa de Suporte Integrado Pediátrico** do departamento de pediatria, onde estão incluídos todos os **profissionais clínicos e não clínicos** estão envolvidos na prestação de cuidados ao RN, criança, jovem e família.



## Missão da ESIP

- Prestar cuidados de excelência a RN, crianças e jovens, e respetiva família, com doença crónica complexa, dando resposta às suas necessidades físicas, psíquicas, emocionais, sociais e espirituais.
- Promover a qualidade de vida através da prestação de cuidados humanizados no respeito por princípios éticos.
- Acompanhar famílias e crianças desde o momento do diagnóstico, identificando precocemente a necessidade de intervenção e tratamento da dor e outros sintomas.



## Missão da ESIP

- Acompanhar todos os RN, crianças, jovens que necessitam de CPP e que estejam internados num serviço do departamento da criança e jovem.
- Acompanhamento no domicílio.
- Articulação com Núcleo da dor do DCJ, com a equipa UMAD e também com a Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos e a consulta da Dor



## NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

## Que intervenções?



Cuidados globais à criança (corpo, mente e espírito) incluindo a família.

Diagnóstico de uma doença que ameaça a vida.

Devemos avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança.

Abordagem ampla e multidisciplinar incluindo os recursos na comunidade.

Evitar o encarniçamento terapêutico e o investimento em terapias cujo "custo" é maior do que o benefício.

Aliviar sintomas, oferecer tratamento confortável e apoio emocional.

Promover as relações de confiança/terapêuticas com as crianças/famílias.

Huijer, et al. (2009)

Em nome da ética, da dignidade e do bem estar individual é necessário tornar os cuidados paliativos, cada vez mais, uma realidade.

APCP (2020)

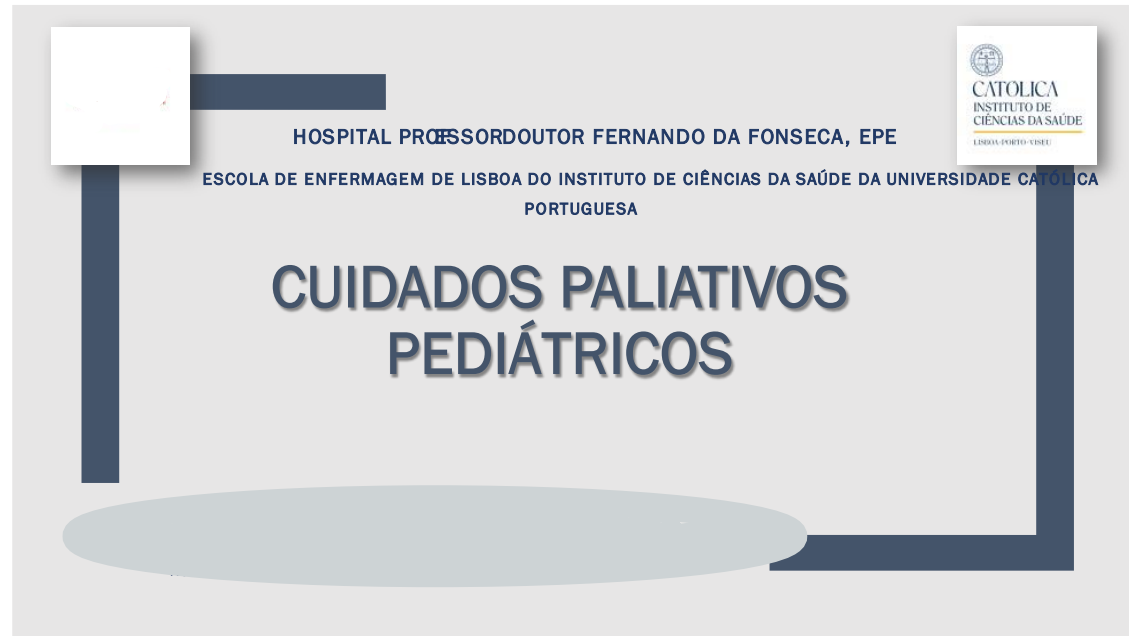
Scan me



OBRIGADA  
PELA  
COLABORAÇÃO!

## Referências Bibliográficas

- Allgood, M., & Tóme, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- APCP. (12 de Novembro de 2020). *Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Obtido de <https://www.apcp.com.pt/faq/oque-sao-cuidados-paliativos.html>
- Chang, L. (2010). Health Literacy, self-reported status and health promotion behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 190-196.
- Gulbenkian, F. C. (25 de Junho de 2013). *Cuidados Paliativos Pediátricos: Uma Reflexão Que futuroem Portugal?* Lisboa.
- Huijer, H., Benini, F., Ferraris, P., Craig, F., Küttner, L., Wood, C., & Zernikow, B. (2009). *Cuidados Paliativos para Recém-Nascidos, Crianças e Jovens - FACTOS*. Itália: Fondazione Maruzza Lefebvre/OvidioOnlus.
- Lacerda, A. (2013). A importância de cuidados paliativos em Pediatria. *Serviço de Pediatria, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria.*
- Sierra, E., Sabater, A., & Muñoz, Y. (2017). *Conhecimentos em cuidados paliativos dos profissionais de enfermagem de um hospital espanhol*. Obtido de [https://www.scielo.br/pdf/rlae/25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2847.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/25/pt_0104-1169-rlae-25-e2847.pdf)
- SNS. (13 de Março de 2017). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de Fórum Nacional: *Cuidados Paliativos*: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/CuidadosPaliativos\\_Fatimapdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/CuidadosPaliativos_Fatimapdf)
- WHO. (Novembro de 2020). *World Health Organization*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/cancer/palliative>



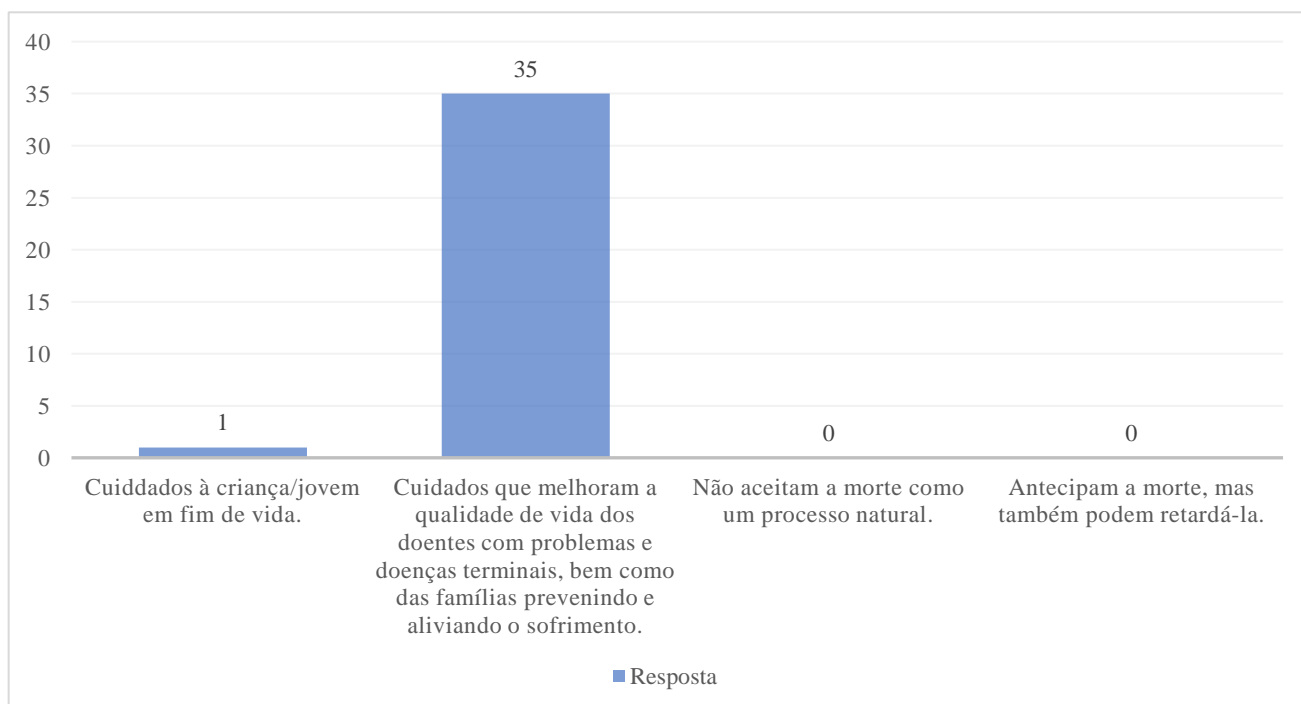
Apêndice XVII - Questionário de avaliação e resultados obtidos com a Sessão de  
Formação no Serviço de Pediatria: Cuidados Paliativos Pediátricos

## Análise de Resultados: Cuidados Paliativos Pediátricos - Avaliação da Sessão de Formação

No questionário online pode ler-se: “*O presente questionário foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa. O mesmo tem como objetivo a avaliação da sessão de formação sobre a temática de Cuidados Paliativos Pediátricos, realizada no internamento do serviço de pediatria. Agradeço desde já a colaboração e disponibilidade*”. Todas as questões são de resposta obrigatória Google Forms (2020).

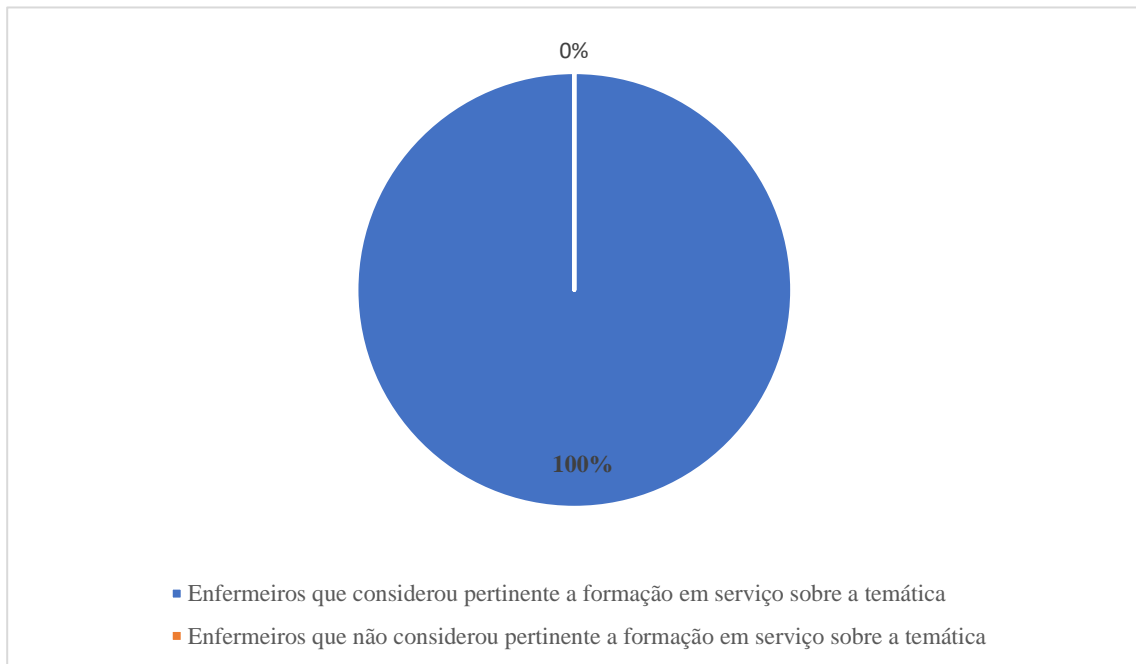
A análise dos resultados deste questionário foi realizada de forma individual para cada questão devido à especificidade da mesma.

### 1. O que são Cuidados Paliativos Pediátricos?



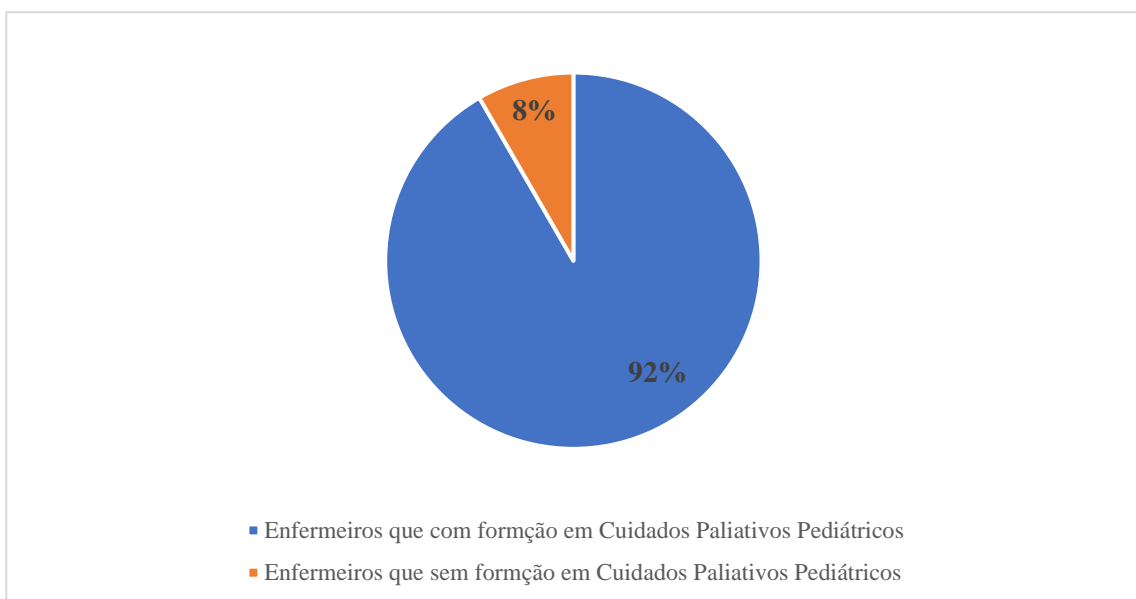
Com a observação do gráfico anterior pode ler-se que dos 36 enfermeiros que responderam ao questionário, 97,2% (n=35) identificaram corretamente o conceito mais correto da definição de Cuidados Paliativos Pediátrico.

2. Considera pertinente a formação em serviço sobre Cuidados Paliativos Pediátricos?



Relativamente à segunda questão, 100% (n=36) dos enfermeiros considera pertinente abordar o tema dos CPP assim como a formação em serviço.

3. Tem formação em Cuidados Paliativos Pediátricos?



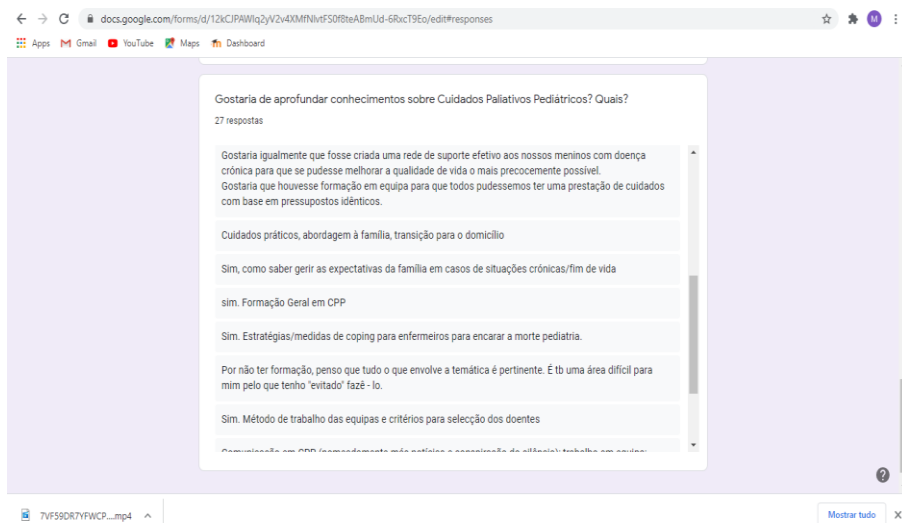
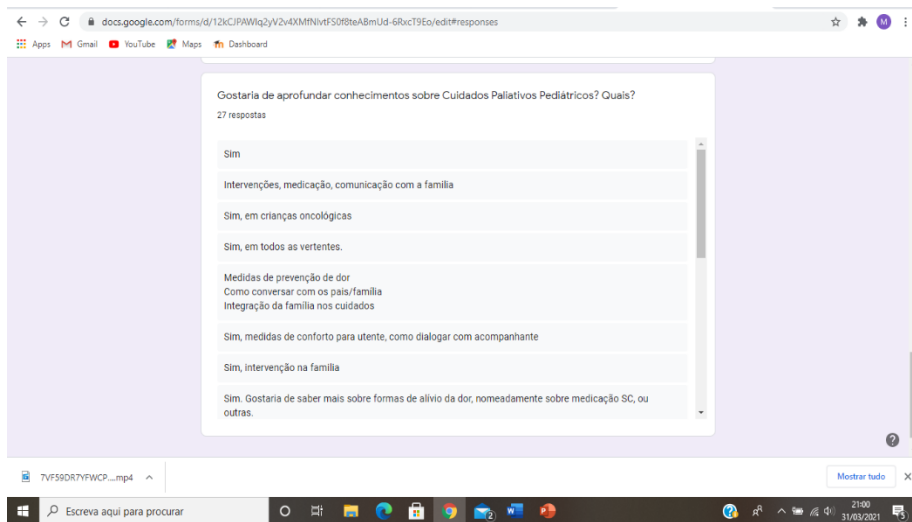
No que diz respeito aos enfermeiros com formação em CPP, 92% (n=33) não têm formação e 8% (n=3) tem formação nesta área.

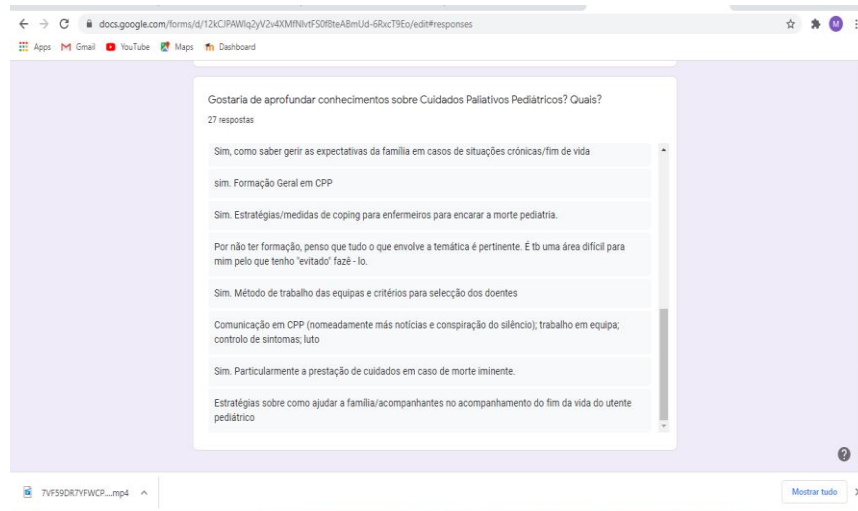
#### 4. Gostaria de aprofundar conhecimentos sobre Cuidados Paliativos Pediátricos? Quais?

Esta última questão não é de cariz obrigatório, contudo oferece a possibilidade de os enfermeiros expressarem que tipo de conhecimentos gostariam de abordar no âmbito do CPP.

Em 100% (n=36) dos enfermeiros, 75% (n=27) respondeu a esta última questão.

Nas imagens seguintes podemos observar as respostas através da plataforma utilizada (*Google forms, 2020*).





Posto isto, pode concluir-se que a equipa se encontra disponível para aprofundar conhecimentos na área, sendo já detentora daquele que é um grande princípio: o correto entendimento da definição de CPP. O facto de existirem nesta amostra 3 enfermeiros que referem ter formação na área é também revelador de se tratar de uma temática com crescente e recente investimento por parte da equipa. Posso afirmar que após os resultados obtidos, esta formação teve toda a pertinência e os objetivos inicialmente definidos foram atingidos.

Apêndice XVIII – Norma de procedimento: Colocação do Catéter de Hipodermóclise

## **Norma de procedimento de colocação do cateter subcutâneo – hipodermóclise**

### **1. Objetivos**

- 1.1.** Identificar uma via alternativa de administração de medicamentos e outros fluídos à criança/jovem em situação de especial complexidade.
- 1.2.** Apresentar vantagens de utilização do cateter de hipodermóclise.
- 1.3.** Capacitar os profissionais de enfermagem para a colocação do cateter de hipodermóclise em crianças/jovens no serviço de pediatria.

### **2. Âmbito**

Equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria - Internamento.

### **3. Definições e Siglas (fundamentação)**

São diferentes as estratégias que permitem potenciar um controlo sintomático eficaz face ao sofrimento causado por uma determinada doença, onde a administração de medicamentos e outros fluídos assume um papel fulcral. Porém, nem sempre a escolha da via de administração é a mais assertiva face ao contexto da pessoa em situação paliativa. O tratamento direcionado à criança/jovem em contexto de cuidados paliativos deve incluir uma via de administração farmacológica de eficácia garantida, com facilidade na administração, com o mínimo de desconforto, boa tolerabilidade, melhor adesão ao tratamento, menos custos associados e que permita, de forma igualmente eficaz, um controlo dos sintomas, bem como a promoção de autonomia à criança/jovem e família e ainda possibilidade de programação da alta para o contexto domiciliar. A via subcutânea tem vantagens, benefícios, indicações e possíveis complicações, porém pode contribuir para a promoção da qualidade de vida dos doentes (Godinho & Silveira, 2017). Não obstante, sabe-se que nas crianças/jovens os vasos sanguíneos são de menores calibres, dificultando muitas vezes a sua visualização e palpação, além de que muitas destas são crianças com doença crónica. Neste sentido e face ao risco de insucesso no estabelecimento da punção venosa, surge a necessidade de uma alternativa à mesma (Saganski, Freire, Peres, Gusso, & Migoto, 2019). Não

obstante, também o facto de uma punção venosa ser associada a experiências difíceis de punção, esta pode afetar negativamente o fator da hospitalização e da doença que poderá gerar comportamentos menos positivos por parte das crianças/jovens e respetivas famílias (Saganski, Freire, Peres, Gusso, & Migoto, 2019). Deste modo já há estudos que comprovam que referem que a punção subcutânea é melhor tolerada do que a punção intravenosa, o que resulta de uma forte contribuição para a humanização e qualidade dos cuidados nas crianças e família. No entanto, a utilização desta via carece de um protocolo de administração das diversas categorias de fármacos, com a expectativa do impacto positivo na ampliação da sua utilização em meio hospitalar, ambulatório e domicílio (Saganski, Freire, Peres, Gusso, & Migoto, 2019).

O termo “Hipodermóclise” diz respeito à utilização da via subcutânea para a administração contínua de soluções (Saganski, Freire, Peres, Gusso, & Migoto, 2019). A técnica por hipodermóclise em ambiente hospitalar tem vindo a ser utilizada para situações agudas e subagudas em crianças, pelo baixo risco de complicações comparativamente à via endovenosa (Saganski, Freire, Peres, Gusso, & Migoto, 2019). Assim em situações que não se consiga obter um acesso venoso periférico para administração de fluídos ou soluções contínuas, esta pode ser uma via de administração alternativa. Desde o final da década de 60 que a administração de fluídos por infusão ou bólus através da via subcutânea tem ganho um grande impulso. Atualmente a técnica por hipodermóclise é considerada uma técnica de primeira linha, quando não existe disponibilidade da via oral, no contexto de cuidados paliativos, onde começam já a surgir protocolos da sua utilização (Cardoso, 2017).

A pele é o órgão responsável pelo revestimento de toda a superfície corporal do ser humano, tendo capacidade de manter a integridade do corpo, proteger contra agressões externas, absorver e excretar líquidos, regular a temperatura, absorver a radiação ultravioleta e ainda metabolizar vitaminas (Seeley & Stephens, 2005). A pele é constituída por duas camadas, sendo elas a derme e a epiderme. A hipoderme, que já não faz parte das camadas da pele, encontra-se anatomicamente inferior à epiderme e é neste espaço onde encontramos os adipócitos, o tecido conjuntivo bem vascularizados que compõe a maioria a matriz extracelular. Designamos de tecido celular subcutâneo à hipoderme. Neste sentido, a hipoderme é a estrutura responsável pela absorção de medicamentos e outros fluídos quando utilizamos a via subcutânea. Absorção por via

subcutânea está diretamente relacionada com as soluções que por esta via podem ser administradas (Seeley & Stephens, 2005).

As indicações para a utilização da via subcutânea são as seguintes:

- Criança/jovem em situação de últimos dias ou horas de vida;
- Tratamento em situações não convencionais (artrite idiopática juvenil poliarticular; prevenção de hiponatremia na restrição de fluidos; sedação em tratamento odontológico; doenças reumáticas; antibioticoterapia e hipertensão arterial pulmonar refratária).
- Criança/jovem com comprometimento da via oral;
- Controlo da dor quando existe necessidade de administração de grandes doses de morfina por via oral;
- Controlo de náuseas/vómitos de incidência prolongada;
- Intolerância gástrica;
- Oclusão intestinal;
- Controlo de convulsões, diarreia ou dispneia intensa;
- Reposição de hidroeletrólitos por sinais de desidratação;
- Crianças/jovens com sinais de toxicidade a fármacos;
- Criança/jovem sem disponibilidade para outra via de administração de terapêutica;
- Programação de alta para contexto domiciliar por necessidade de uma absorção lenta e constante do fluido ou fármaco compatível por via subcutânea;

As contraindicações para a utilização da via subcutânea são as seguintes:

- Locais onde existam alterações ganglionares;
- Região do corpo que foi sujeita a Radioterapia, cicatrizes operatórias e/ou zonas de pele sem integridade cutânea;
- Situações de emergência que necessitem de administração de grandes volumes de fármacos rapidamente (Hipotensão Severa, Choque, Alterações hidroeletrólíticas graves, etc.);
- Situações de insuficiência pré-renal, renal ou sujeita a hemodiálise;
- Em casos de infeção, inflamação ou ulceração cutânea de repetição nos locais de punção;

- Situações de risco de Edema Agudo do Pulmão, Anasarca, Insuficiência Cardíaca Grave;
- Em caso de alterações da coagulação do sangue, trombocitopenia.
- Necessidade de manutenção de via endovenosa;
- Proximidade de articulações;
- Locais de proeminências ósseas;
- Ascite;
- Administração de soluções hipertônicas e suplementos nutricionais;
- Recusa da criança/jovem e família a submeter-se ao procedimento;

As regiões de eleição para a colocação de um cateter subcutâneo, devem ser ricas em drenagem linfática para facilitar a absorção da terapêutica, e não devem comprometer o conforto, autonomia e mobilidade da criança/jovem. Devem ser evitadas regiões próximas de articulações. Também a tolerância relativamente à quantidade máxima de volume a ser administrado, varia de acordo com as condições da criança/jovem (massa corporal) (Bruno, 2015).

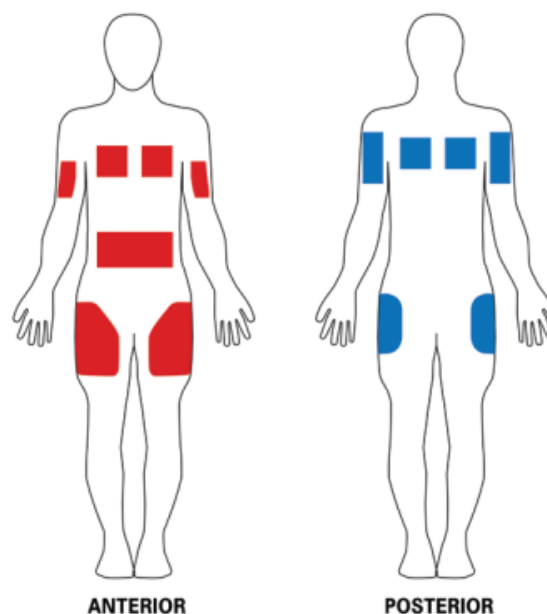


Figura 1 – Locais de punção (Bruno, 2015, p. 123)

Vantagens da utilização da via subcutânea:

- ✓ Baixo custo.
- ✓ Maior acessibilidade e menor desconforto.
- ✓ Eficácia no controlo da dor.
- ✓ Via de fácil manipulação e manutenção.
- ✓ Pode ser realizado em qualquer ambiente de cuidados, inclusive o contexto domiciliário.
- ✓ Diminuição de complicações sistémicas.
- ✓ Diminuição dos níveis de concentração plasmática de opioides.
- ✓ Diminuição do risco de sobrecarga cardíaca.
- ✓ Maior mobilidade e promoção da autonomia da criança/jovem.

Desvantagens da utilização da via subcutânea:

- ✓ Limitação no volume de fluídos a serem administrados por local de punção.
- ✓ Inviável para o ajuste de doses terapêuticas.

#### **4. Aspetos importantes**

- 4.1.** O cateter subcutâneo deve ser colocado pelo enfermeiro ou pessoa/familiar de referência previamente capacitado para o fazer.
- 4.2.** A colocação do cateter subcutâneo pode e deve ser uma intervenção autónoma do profissional de enfermagem, desde que estes estejam treinados e devidamente capacitados para o procedimento.
- 4.3.** Toda a medicação ou fluídos a serem administrados por hipodermóclise tem de ser prescrita pelo médico.

#### **5. Sequência Lógica**

- 5.1.** Todo o material necessário ao procedimento deve ser preparado previamente:
  - a) Tabuleiro.
  - b) Compressas esterilizadas.
  - c) Campo esterilizado.
  - d) Dispositivo de punção -hipodermóclise.

- e) Solução desinfetante da pele – clorhexidina 2% de base alcóolica.
- f) Seringa preparada com 3 ml de soro fisiológico 0,9%.
- g) Penso impermeável transparente.
- h) Lixo branco (para descartar material contaminado).
- i) Luvas esterilizadas.

- 5.2.** O procedimento deve ser realizado na sala de tratamentos, fora do ambiente da criança/jovem e família, salvo se estas assim não o desejarem ou em caso da situação clínica não o permitir.
  - 5.3.** Reforçar e validar a explicação sobre o procedimento a realizar à criança/jovem e pessoa de referência.
  - 5.4.** Deve ser realizada a higienização das mãos antes do procedimento de colocação do cateter de hipodermoclise de acordo com o protocolo existente na instituição.
  - 5.5.** Observar os possíveis locais de punção, devendo este, ser o local com mais tecido adiposo e que proporcione melhor mobilidade e conforto à criança/jovem.
  - 5.6.** Abrir campo esterilizado numa superfície limpa.
  - 5.7.** Abrir o invólucro do dispositivo de punção, as compressas e o penso transparente (de fixação do cateter) para o campo esterilizado.
  - 5.8.** Calçar as luvas esterilizadas.
  - 5.9.** Realizar a desinfeção da pele com solução desinfetante – clorhexidina 2% de base alcoólica com as compressas.
  - 5.10.** Retirar a proteção do dispositivo e proceder à punção.
- a) Fazer uma prega na pele de modo a “isolar” o local de punção (tecido subcutâneo).



Figura 2 e 3 – Técnica de punção subcutânea

- b) A técnica de punção requer uma angulação de 45°, em crianças/jovens emagrecidos com pouco tecido adiposo a angulação deve ser feita menor de 30°, com o bisel da agulha virado para cima.
- c) Após a punção aspirar para verificar a ausência de retorno venoso.
- d) Administrar 1 ml de soro fisiológico para verificar se há extravasamento do fluido.
- e) Fixar o dispositivo com adesivo impermeável transparente, e proceder ao registo da data de colocação no mesmo.
- f) Conectar o sistema de medicação/solução a ser administrado.
- g) Retirar as luvas.
- h) Realizar a lavagem das mãos de acordo com o protocolo em vigor na instituição.

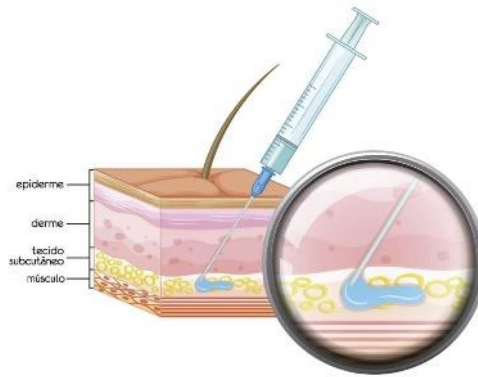


Figura 4 – Verificação da via subcutânea

### 5.11. Cuidados de enfermagem

- a) O cateter de hipodermóclise pode permanecer no mesmo local entre 1 a 7 dias (sendo a duração média entre 4-5 dias).
- b) A cobertura do acesso deverá ser realizada colocando um penso estéril impermeável transparente. Caso o dispositivo de cobertura utilizado não seja totalmente transparente, tendo compressa, este deverá ser substituído diariamente.
- c) A cada 7 dias deve ser realizada a rotação dos locais de punção para evitar complicações do local de punção, nomeadamente a lipodistrofia e formação excessiva de tecido cicatricial, que dificulta a absorção.
- d) Para infusão contínua devem ser utilizadas as bombas de infusão contínua (BIC).

- e) Vigiar sinais de infeção no local frequentemente.

## **6. Referências Bibliográficas**

- Bruno, V. (2015). Hipoermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. *13(1)*, pp. 122-128.
- Cardoso, V. (2017). Hipodermóclise e a via subcutânea no controlo sintomático em contexto paliativo: Percepção dos Enfermeiros Portugueses. Porto.
- Godinho, N., & Silveira, L. (2017). *Manual de Hipodermóclise*. Brasil.
- Saganski, G., Freire, M., Peres, A., Gusso, A. M., & Migoto, M. (2019). Hipodermóclise para tratamentos não convencionais em pediatria: Revisão Integrativa.
- Seeley, R., & Stephens, T. T. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. Loures, Lisboa: Lusodidacta.

Apêndice XIX – Processo de Enfermagem fundamentado à luz da Teoria de Betty Neuman



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

**Processo de Enfermagem Fundamentado**

**Segundo Betty Neuman**

**Serviço de Internamento de Pediatria**

Sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Lourenço  
Enfermeira mestre e especialista em saúde infantil e pediátrica [REDACTED]

Margarida Silva Carvalho, N.º. de aluno 192019088

Ano letivo 2020

Lisboa

## ÍNDICE

### **0. INTRODUÇÃO**

#### **1. PROCESSO DE ENFERMAGEM**

- 1.1. História Pessoal
- 1.2. História de Saúde
- 1.3. Caracterização familiar – Genograma

#### **2. CARACTERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA**

- 2.1. História de Saúde
  - 2.1.1. Apreciação da Variável Fisiológica
  - 2.1.2. Apreciação da Variável Psicológica
  - 2.1.3. Apreciação da Variável Sociocultural
    - 2.1.3.1. Ecomapa
  - 2.1.4. Apreciação da Variável Desenvolvimento
  - 2.1.5. Apreciação da Variável Espiritual
  - 2.1.6. Apreciação Global de Enfermagem Segundo o Modelo de Betty Neuman

#### **3. PLANO TERAPÊUTICO**

- 3.1. Terapêutica Farmacológica
- 3.2. Terapêutica Não Farmacológica

#### **4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A TAXONOMIA CIPE**

#### **CONCLUSÃO**

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

#### **ANEXOS**

*“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas ter  
novos olhos”*

Marcel Proust

## **0. INTRODUÇÃO**

A realização do processo de enfermagem surge no âmbito da unidade curricular de Estágio Final e Relatório e tem como objetivo dar resposta a algumas das competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), pela intervenção com o adolescente com comportamentos de risco.

O processo de enfermagem permite dar resposta às necessidades dos clientes sendo possível através da aplicação de uma metodologia científica (Ribeiro, Martins, Tronchin, & Forte, Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses, 2018). Assim, é possível que as necessidades dos clientes sejam atendidas de forma específica e segura, o que diferencia e torna os cuidados de qualidade, e torna possível a valorização e reconhecimento profissional. Deste modo, o presente permite através do pensamento e reflexão crítica, recorrendo a diversas fontes e técnicas de recolha de informação, realizar um estudo aprofundado, neste caso, de um adolescente e respetiva família, promovendo uma compreensão global e sistémica de todas as suas variáveis. Para melhor compreender e intervir com o adolescente e respetiva família, optei por estruturar a elaboração do mesmo tendo por base o modelo de Sistemas de Betty Newman.

A opção pela realização do processo de enfermagem sobre o caso que será apresentado, depreende-se com o facto de ser uma situação de interesse para aquela que é a minha temática de estudo central, e onde reconheço a necessidade de intervenção especializada.

Não me poderia ter feito mais sentido a elaboração de um processo de enfermagem para formular, implementar, e avaliar intervenções de forma detalhada e pormenorizada. Considero que o caso que seguidamente será apresentado, é uma realidade de muitos jovens em Portugal, e muitas das intervenções realizadas são transversais a outros adolescentes com necessidades muito semelhantes. Assim a sistematização, daquelas que são as intervenções e estratégias utilizadas, desde a colheita da informação até à análise de resultados, permitirá uma prática especializada e devidamente sustentada, o que me permitirá dar resposta às competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.

A colheita de dados para a realização do processo de enfermagem foi obtida através da consulta do processo clínico da adolescente, no sistema informático, e através do diálogo informal com a mesma durante um dos seus períodos internamento.

Foi garantida a confidencialidade de toda a informação recolhida, pelo que o caso clínico em estudo será apresentado com nomes fictícios, por mim atribuídos, sendo o a mãe Fernanda, adolescente a Cristiana, a sua irmã a Beatriz, o filho de Cristiana, o Gabriel.

## **1. PROCESSO DE ENFERMAGEM**

### **1.1. História Pessoal**

A Cristiana, adolescente do sexo masculino com 14 anos de idade, nascida a 11 de março de 2006, raça negra, com nacionalidade portuguesa, natural e residente do conselho da Amadora, com o seu filho de 5 meses, o Gabriel, a sua mãe Sra. Fernanda e a sua irmã Beatriz de 2 anos. Não tem contacto com o pai desde que era mais pequena.

Residem os quatro, num apartamento, num 3º andar com elevador, com todas as condições de saneamento básico e de habitação, segundo os próprios. Segundo informação colhida, a Cristiana encontra-se próxima de transportes públicos, serviços de saúde, e que o local onde reside é calmo e seguro, referindo ainda ter espaços que lhe permitem passear em família.

Atualmente a Cristiana frequenta o 6º ano, numa escola no concelho da Amadora. Ao nível escolar, refere que gosta de estudar, mas que atrasou o seu percurso escolar devido à gravidez e nascimento do seu filho Gabriel. A mãe é para si um suporte e apoio porque lhe permite ter tempo para estudar, estar com o namorado e algumas amigas. Não tem atividades extracurriculares e os seus tempos livres são passados em casa na companhia do filho e irmã mais nova, “ajudando no que pode” (S.I.C). A irmã Beatriz frequenta o mesmo infantário do que o seu filho Gabriel.

Refere que tem uma boa relação com a mãe e que a ajuda a cuidar do filho.

### **1.2. História de Saúde**

No que diz respeito aos antecedentes familiares de saúde, da Sra. Fernanda (mãe), 38 anos, nascida em Portugal, empregada de café, tem o 12º ano de escolaridade e não tem antecedentes de saúde relevantes. Vive atualmente com o Rui, padrasto de Cristiana, e pai da Beatriz. Relativamente ao pai biológico da Cristiana, não foi possível colher informação, porque a própria não tem informação sobre o mesmo, referindo não saber quem é.

Relativamente aos avós paternos não tem relação com os mesmos e desconhece qualquer informação destes. Relativamente aos avós maternos, a avó tem hipertensão e problemas ósseos e o avô é um grande fumador. A sua meia-irmã Beatriz é saudável. O Gabriel também tem sido saudável, sem problemas de saúde até então.

No que diz respeito à Cristiana, fruto de uma gravidez de 38 semanas, planeada e vigiada, por parto distócico com sofrimento fetal, por cesariana, tendo nascido com 3120 gr, 41 cm de comprimento e 38 cm de perímetro cefálico.

A Cristiana tem como antecedentes pessoais asma alérgica controlada com medicação em SOS, seguida em consulta de alergologia. Teve a menarca aos 10 anos, com ciclos menstruais irregulares, tem a sua vida sexual ativa desde os 13 anos e foi mãe pela primeira vez aos 14 anos, tendo um parto eutócico, às 39 semanas em junho de 2020.

Durante o internamento a Cristiana demonstrou-se disponível para o diálogo, porém aquando abordada, aparentemente com pouco conhecimento da sua situação clínica atual e do motivo de internamento.

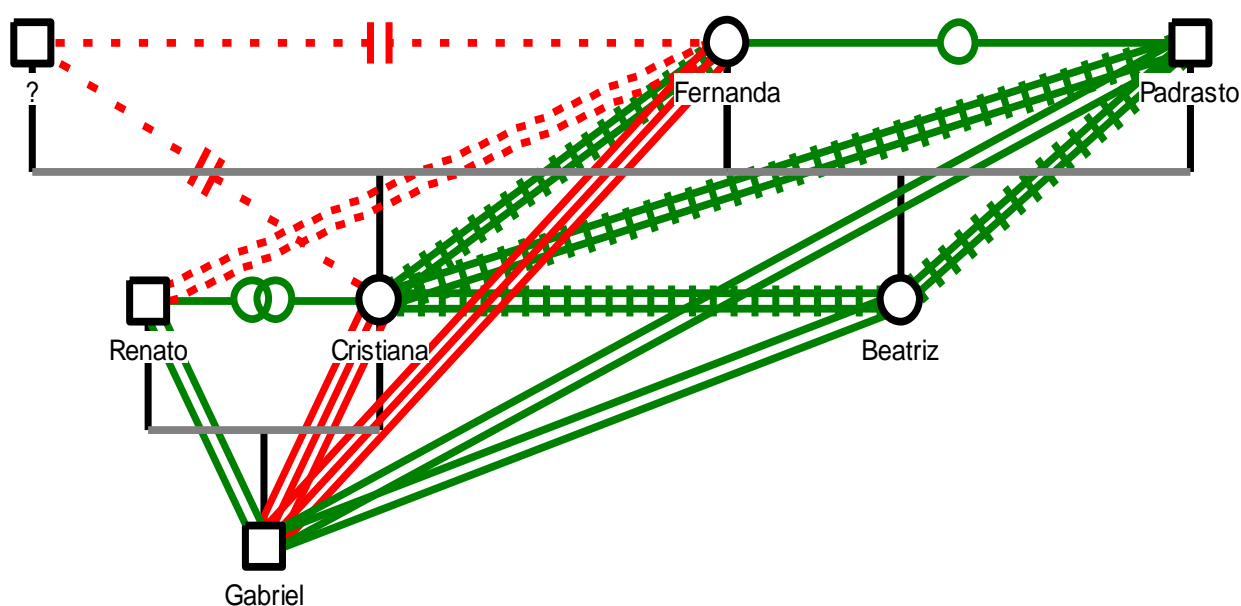
Iniciou a sua vida sexual aos 13 anos, como já referido anteriormente e teve dois parceiros diferentes com quem teve relações sexuais desprotegidas, sem utilização de preservativo para prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, ou outros para evitar uma gravidez indesejada. Durante o diálogo informal referiu que tendo um parceiro fixo não seria necessário utilizar preservativo e que existiam outros métodos mais tradicionais que impediam uma gravidez. No que respeita ao filho Gabriel afirma que foi uma gravidez indesejada, referindo que descobriu apenas aos 4 meses que estava grávida, do atual namorado, o Renato de 17 anos. A Cristiana refere que sempre teve ciclos menstruais irregulares, e foi a mãe quem a questionou sobre a sua menstruação, tendo por isso decidido levá-la ao médico, onde descobriu que estava grávida. Segundo a mesma, a sua mãe ficou muito chateada e expressou por diversas vezes desejo de que a Cristiana interrompesse a gravidez, mas isso já não era possível. A Cristiana afirma que se na altura tivesse oportunidade em interromper a gravidez que o teria feito, mas dado o tempo de gestação não existia alternativa. Desde logo a mãe foi quem sempre agilizou a vigilância da sua gravidez até ao nascimento do Gabriel. A Sra. Fernanda é a principal cuidadora do filho de Cristiana, e que assume a responsabilidade pelo mesmo no infantário. Segundo a Cristiana “eu tenho uma irmã com dois anos e ela frequenta o mesmo infantário do meu filho, eu às vezes vou levar e buscar os dois, outras vezes é a minha mãe. Em casa a minha mãe cuida muitas vezes do dois e ajuda-me a cuidar do Gabriel... ela tem mais experiência...(risos)” (S.I.C.).

A Cristiana afirma que embora o Gabriel seja fruto de uma gravidez indesejada, é muito amado por todos e que ela enquanto mãe nunca pensou em não ficar com o filho. Relativamente ao pai do Gabriel, o Renato, é o atual namorado da Cristiana, e tem 17 anos. Não vivem juntos, mas este frequenta muitas vezes a casa da adolescente. Tem uma relação algo conflituosa com a mãe da adolescente, uma vez que segundo a própria “a minha mãe diz que em casa dela as regras são dela e são para cumprir e o Renato acha muita piada e às vezes chateiam-se...” (S.I.C.).

A Cristiana reconhece na mãe o suporte que necessita para manter as suas atividades de vida e conseguir cuidar do seu filho. Refere que a mesma também passou por uma separação difícil, do padrasto, de onde nasceu a sua irmã mais nova, Beatriz, e que por vezes a mãe tem períodos de tristeza, mas que duram curtos períodos. Durante o internamento a Cristiana teve sempre sozinha, pois a mãe tinha de trabalhar durante o dia não podendo acompanhar a filha, não sendo possível por isso falar pessoalmente com a mesma.

A Cristiana nega hábitos tabágicos, alcoólicos e após a realização do questionário HEADS, não foi identificado nenhum outros comportamentos de risco, com necessidade de intervenção.

### 1.3. Caracterização Familiar – Genograma



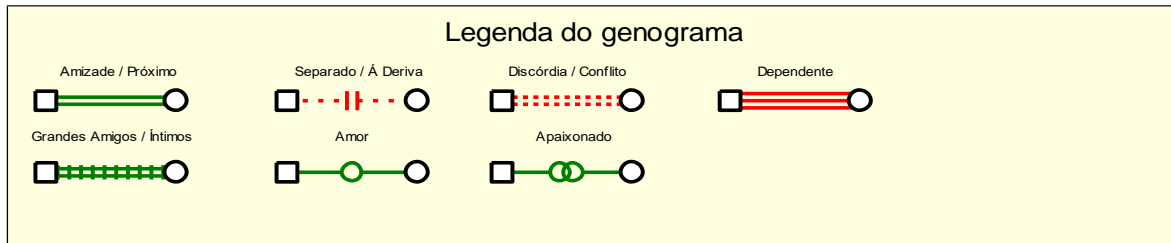


Fig. 1. - Genograma da família da Cristiana (Fonte: GenoPro, 2020)

## 2. CARACTERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

No que respeita à história de saúde atual, a Cristiana deu entrada no serviço de urgência pediátrica no dia 14 de novembro, na companhia da mãe, por dor abdominal na fossa ilíaca esquerda com agravamento desde há uma semana e febre intermitente desde há duas semanas. Último pico febril, dia 13 de novembro 38,4°C que reverteu com a administração de paracetamol no domicílio. Faz ainda referência a corrimento amarelado vaginal, com história de parto eutócico há 5 meses. Atribuída pulseira verde. Na urgência pediátrica foi observada por a equipa de ginecologia e a pedido dos mesmos realizou ecografia abdominal, análises sanguíneas, análise de urina e urocultura, colheita de exsudado vaginal, que se demonstrou positivo para *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Foi ainda realizada pesquisa de COVID-19, ao qual testou negativo. Iniciou antibioterapia e decidiu-se internamento em pediatria com diagnóstico de abcesso do tubo ovárico à esquerda com doença inflamatória pélvica.

A Cristiana teve internada 6 dias e manteve-se sempre apirética, com alguns períodos de dor abdominal que iam cedendo com posicionamentos no leito, sem necessidade de analgesia farmacológica. Durante o internamento a Cristiana afirma que o corrimento vaginal já existia desde junho de 2020 e foi agravando ao longo do tempo e agora em novembro com dor na fossa ilíaca esquerda associada. Refere ainda que tem relações sexuais desprotegidas, tendo mantido sempre o parceiro (pai do filho), afirmando que este também tem corrimento que iniciou depois da própria.

Durante o internamento cumpriu antibioterapia tripla, com realização de análises sanguíneas frequentes, e observação diária pela equipa de ginecologia. Foi acionada intervenção social e contacto com a CPCJ da Amadora, tendo sido dado início ao processo. Posteriormente foi estabelecida articulação telefónica com a Sra. Fernanda e através da

intervenção de enfermagem durante o internamento com a Cristiana e de demonstrada a importância de o parceiro ser observado, este recorreu ao hospital de dia de pediatria, trazido pela mãe da Cristiana para realização de tratamento com antibiótico.

Em diálogo informal e de forma a dar início da uma relação de confiança com a Cristiana acordei-a a cerca do conhecimento que teria acerca do seu estado de saúde atual e o motivo pelo qual tinha ficado internada. Percebi de imediato que a mesma não tinha percepção da gravidade da situação que estava a experienciar, denotando ao longo do diálogo terapêutico estabelecido, que se não fossem realizadas intervenções no sentido de promover a literacia acerca de comportamentos sexuais de risco, estes se iriam perpetuar no tempo na vida desta jovem adolescente, e trazer no futuro consequências na sua saúde.

Quando questionada sobre os motivos que a levaram a estar internada a mesma verbalizou “estou internada porque tenho um corrimento, que é uma infeção que precisa de antibiótico para ser tratado” (S.I.C.). Questiono-a acerca do conhecimento que tem sobre esse corrimento e essa infeção, formas de manifestação e transmissão aos quais a Cristiana não apresenta resposta, desvia o olhar e fica em silêncio.

Durante esta intervenção sobre a forma de diálogo confirmei a informação anteriormente já recolhida, confirmando as relações sexuais desprotegidas: “eu já tenho namorado há algum tempo, não faz sentido utilizar preservativo... além disso eu tenho um implante no braço, não vou engravidar de novo” continua o discurso e desabafa “o preservativo faz alguma impressão, por isso não usamos... (S.I.C). No que respeita à relação que mantém com o atual namorado procurei perceber se teriam uma relação estável, e se este a apoiava com o filho ao qual a mesma respondeu afirmativamente às questões, não tendo, no entanto, demonstrado disponibilidade para aprofundar o assunto. No seguimento desta afirmação da Cristiana dirigi a minha intervenção para a necessidade e importância de utilizar preservativo não só para proteger de uma gravidez indesejada, mas também para evitar o contágio de infeções sexualmente transmissíveis. Durante a intervenção procurei abordar questões relativas a situações de risco e gravidez como violência no namoro, de forma informal e não direcional. Foram ainda realizados ensinamentos no sentido da prevenção de infeções sexualmente transmissíveis em outros momentos do internamento, com a demonstração e visualização de sites com informação para o efeito, bem como vídeos educativos, adequados à situação e idade.

Entre os diferentes diálogos informais que foram surgindo durante o tempo que a Cristiana teve internada senti em alguns momentos que esta se relaciona com algumas colegas

da escola, mas não tem fortes amizades com as mesmas, “eu tenho um filho, elas ainda não são mães, mas acham graça ao Gabriel” (S.I.C.).

Como descrito anteriormente na história de saúde da Cristiana, esta apresenta comportamentos de risco conformados pela verbalização dos mesmos, por o diagnóstico confirmado de infeções sexualmente transmissíveis e uma história de gravidez indesejada. Deste modo, tal facto necessita de forma emergente e urgente de intervenção por parte da equipa de enfermagem, quer na capacitação para a aquisição de comportamentos sexuais saudáveis, quer na promoção da literacia em saúde neste âmbito, de forma a consciencializar a Cristiana acerca dos riscos inerentes à prática destes comportamentos, e das consequências no futuro, que poderão ser bastante prejudiciais na saúde da mesma. O conceito de literacia em saúde pode ser definido como o conjunto de competência cognitivas e sociais, bem como a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e usarem informação com vista a promover e manter a saúde. Não obstante, a literacia em saúde pressupõe a capacidade dos indivíduos para tomarem decisões em saúde, ao longo da sua vida, em qualquer contexto, utilizando de forma correta e coerente o sistema de saúde, o que por sua vez possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde e a sua capacidade para procurar informação e assumir responsabilidades (WHO, World Health Organization, 2020). Considero urgente a intervenção de enfermagem com a Cristiana, através da utilização de estratégias promotoras da literacia em saúde em jovens adolescentes com comportamentos de risco, neste caso, comportamentos sexuais de risco.

A prevenção dos comportamentos de risco ao longo da adolescência está muitas vezes relacionado com as consequências desses comportamentos ao longo da vida. Neste caso a Cristiana tem uma relação com o Renato, pai do seu filho, que poderá ter um papel determinante na assunção destes comportamentos, sendo por isso também muito importante a intervenção com o mesmo. Assim, se ambos tiverem comportamentos e atitudes baseadas em decisões conscientes e saudáveis, estes poderão potenciar-se de forma positiva. Também a mãe da Cristiana, aqui assume um papel importante na vida da Cristiana, podendo ser um fator determinante no relacionamento da adolescente com o outro e na forma como se sente (Tomás, Queirós, & Rodrigues, Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2015).

Deste modo, considerando-me no papel de futura EESIP, identifico a necessidade de intervir com a Cristiana com o objetivo de encontrar caminhos saudáveis na sua vida sexual, demonstrando a importância de adquirir comportamentos seguros, evitando consequências

irreversíveis na saúde. A abordagem deste caso clínico será realizada de acordo com o modelo de Betty Neuman como será seguidamente apresentado e contextualizado.

## 2.1. História de Saúde

A história de enfermagem e o raciocínio realizado na elaboração do processo de enfermagem da Cristiana terá por base o Modelo de Sistemas da Betty Newman (1995), onde serão explorados os quatro conceitos fundamentais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas refletindo a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos. Este modelo deriva da teoria de *Gestalt*, que descreve o processo de homeostase como um processo através do qual os organismos mantêm o seu equilíbrio e, por conseguinte, a sua saúde, sob condições e contextos diversos. Neste sentido, Neuman descreve a adaptação como um processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades. São diversas as necessidades existentes e cada uma delas pode interferir na harmonia do cliente, sendo o processo de adaptação é dinâmico e contínuo (Alligood & Tomey, 2004).

A Pessoa, enquanto sistema, centrar-se-á na Cristiana, e resulta da interação dinâmica entre as 5 variáveis que o constituem enquanto sistema (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual), face aos stressores do ambiente (intra, inter e extrapessoais), que afetem a sua homeostasia. No sentido de promover a sua saúde serão tidos em conta os seus fatores de defesa e mobilizados com o Joel e respetiva família, os seus fatores de reconstituição (Alligood & Tomey, 2004).

Esses fatores de defesa e reconstituição encontram-se presentes distribuídos em três mecanismos de proteção: a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e as linhas de resistência (Alligood & Tomey, 2004).

A linha flexível de defesa, mais exterior, tem como função prevenir e defender o sistema de stressores habituais, para os quais o sistema já consegue reagir mantendo a sua homeostasia quase instintivamente; a linha normal de defesa representa o segundo mecanismo de proteção do sistema que resulta do ajuste das cinco variáveis aos stressores que penetrem a linha flexível de defesa, e as linhas de resistência, mais interiores, que envolvem o centro, são ativadas involuntariamente, quando um fator de stress invade a Linha Normal de Defesa colocando em causa a sobrevivência/existência do sistema (Alligood & Tomey, 2004).

No que à Enfermagem diz respeito, as nossas intervenções devem ser intencionais, com a Cristiana, respetiva família e pessoas significativas, e dirigidas aos diferentes fatores de stress, reais ou potenciais, com o objetivo de promover a harmonia e o funcionamento do sistema.

Neste sentido, e de acordo com a anterior história de saúde apresentada, são definidos três níveis de intervenção: intervenção primária, que atua ao nível da linha flexível de defesa e que resulta da perceção do risco e possíveis consequências da exposição a determinados fatores de stress: a intervenção secundária, que atua ao nível das linhas de resistência e que resulta da mobilização dos recursos internos e externos da Cristiana, de modo a definir as estratégias de intervenção que possibilitam a reconstituição do sistema e que resulta da mobilização dos recursos da Cristiana para fortalecer novas reações a futuros stressores, mantendo o equilíbrio alcançado .

#### 2.1.1. Apreciação da Variável Fisiológica

##### Somatometria:

- Peso: 52 kg
- Altura: 161 cm
- Índice de Massa Corporal: 20,10 Kg/m<sup>2</sup> – peso ideal

##### Parâmetros Vitais:

- Tensão Arterial Sistólica (artéria braquial direita): 102 mmHg
- Tensão Arterial Diastólica (artéria braquial direita): 56 mmHg
- Frequência Cardíaca (artéria radial esquerda): 81 pulsações por minuto
- Pulso: cheio, rítmico, normocárdica
- Frequência respiratória: 19 ciclos respiratórios por minuto

Respiração: tóraco-abdominal, simétrica, de média amplitude, eupneica, com saturações periféricas de oxigénio > 99%. Sem sinais de dificuldade respiratória.

- Temperatura Timpânica: 36,9° C. Apirética no internamento.
- Dor na escala numérica da dor: 1-2 na escala numérica (ver anexo I) que reverteu sempre sem necessidade de analgesia.

##### Outros:

- Alergias: ácaros, pó, dermatite atópica ligeira

- Refere dormir cerca de 6/7 horas no período noturno, acordando por vezes com o Gabriel a chorar;
- Autónoma no seu autocuidado;

#### Exame Físico:

Apresenta uma estatura média-alta, com um tónus muscular mantido. O crânio é simétrico, aparentemente sem outras alterações, proporcional ao corpo e centralizado em relação ao tronco. Apresenta cabelo pelos ombros, encaracolado, castanho-escuro e cuidado, usando-o normalmente apanhado. A face tem forma oval, com pele integra, mucosas coradas e hidratadas com boa prega cutânea mantida. Os olhos são simétricos e alinhados, pupilas isocóricas e isoreativas, com iris castanho-escuro. Escleróticas brancas e integras, sem alterações visuais graves. Pavilhões auriculares estão íntegros, simétricos, sem diminuição da acuidade auditiva aparente. O nariz é proporcional à face e centrado nesta, sem aparente desvio do septo nasal e sem problemas associados a este. Mantém a boca integra, com lábios carnudos. Não consulta o dentista regularmente, referindo que as consultas são de custo elevado e é no centro de saúde que é acompanhada. Sem dificuldade na deglutição e/ou mastigação. Região cervical sem alterações, de dimensões normais e proporcionais ao seu corpo e com mobilidade articular mantida. Respiração simétrica de amplitude mediana, tóraco-abdominal. Por vezes quando crise asmática tem de administrara medicação inalatória, mas refere que já não tem crises há mais de 2 anos. Abdómen mole e depressível, algo doloroso à palpação profunda na fossa ilíaca esquerda, com ligeira reação peritoneal aparente. Refere que não evacua todos os dias, tendo alguma dificuldade. Mantém peristaltismo e emissão de gases.

Membros superiores e inferiores simétricos entre si, com tónus muscular mantido Sem alterações na marcha, caminha fazendo apoio plantar completo dos pés, sem desequilíbrio. Unhas com leito ungueal aparentemente integro, apresenta gel aplicado nas unhas, referindo que faz manutenção regular, sem presença de fissuras ou outras alterações.

#### 2.1.2. Apreciação da Variável Psicológica

A Cristiana apresenta-se consciente, calma e orientada no tempo, espaço e pessoa. Mantém uma postura recetiva à abordagem, embora por vezes hesitante em abordar alguns temas. Mantém humor eufónico, comunicativo à abordagem, mantém o contacto visual.

Apresenta-se colaborante nos cuidados de enfermagem prestados com uma atitude recetiva aos mesmos. Sem aparentes alterações de atenção/concentração e compreensão, algo introvertida, mas quando abordada participa ativamente no diálogo. Não revela alterações aparentes da memória a curto e a longo prazo, apresenta capacidade de abstração e conceptualização sem alterações, separando a realidade da fantasia. Aquando a manutenção de diálogo possui um discurso espontâneo, coerente e contextualizado, de baixo volume, mas perceptível e enriquecido lexicalmente. Sem alterações perceptíveis ao nível da construção e conteúdo do pensamento e da perceção, fazendo associações adequadas ao seu estadio de desenvolvimento e experiências vivenciadas. Apresenta também juízo crítico que se torna evidente no discurso. Dados alguns traços da personalidade da Cristiana, seriam necessários mais momentos de intervenção que possibilitassem

### 2.1.3. Apreciação da Variável Sociocultural

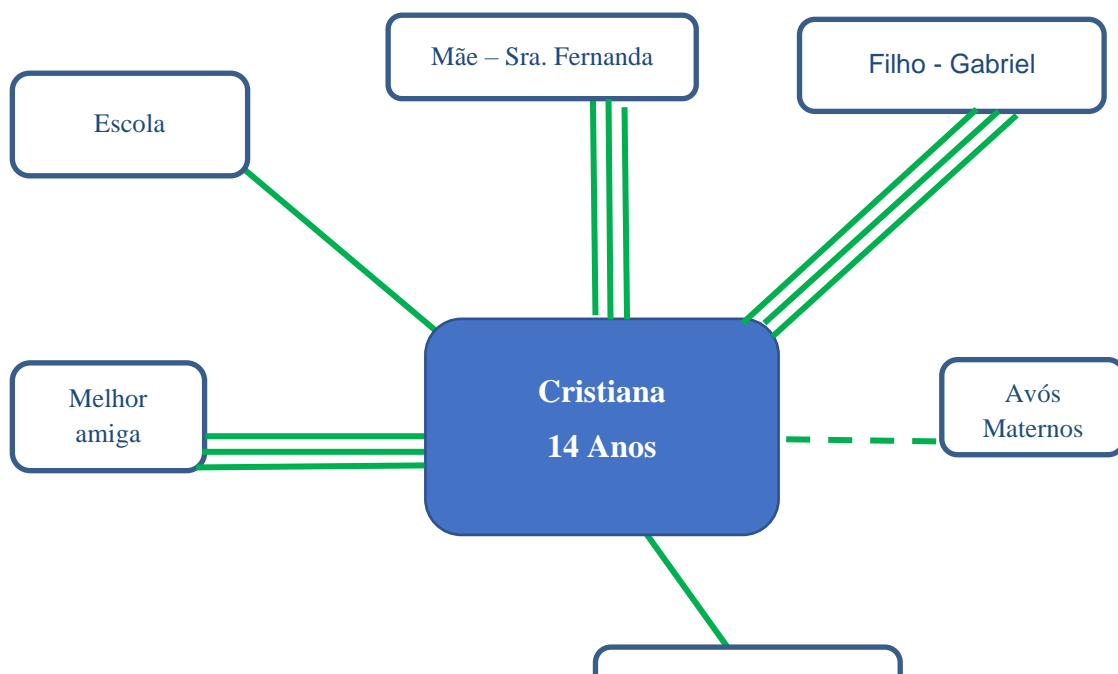
Segundo informação transmitida pela Cristiana, esta apresenta uma relação de proximidade com a mãe, e avós maternos, não tendo relação com o seu pai, não tendo memórias do mesmo. No seu dia-a-dia permanece na escola onde refere que gosta de estar e onde permanece a maior parte do tempo. A sua mãe sai para o trabalho muito cedo e regressa a maioria das vezes cerca das 16h. A Cristiana sai da escola cerca das 17h e tem dois dias por semana em que tem a tarde livre. Nos dias em que a mãe não tem disponibilidade, a Cristiana após sair da escola vai buscar o seu filho Gabriel e a irmã, que frequentam a mesma ama.

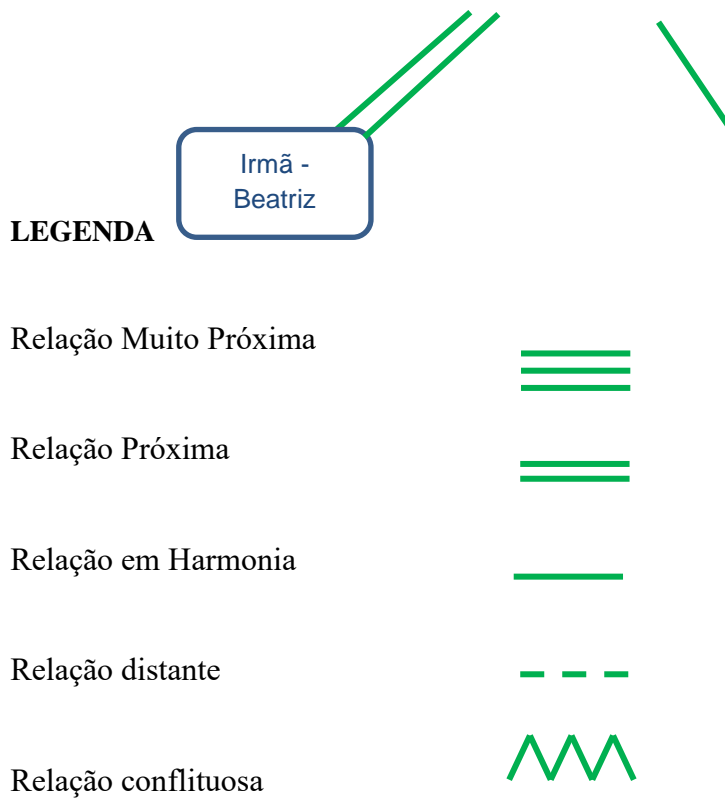
Refere ter uma relação de grande proximidade e cumplicidade com a mãe, mas que desde o nascimento do Gabriel têm tido algumas discussões, quer por cansaço Sra. Fernanda, que a Cristiana reconhece, quer por o facto de a própria às vezes necessitar de atenção da sua mãe e não haver tempo disponível para tal. O facto de a mãe ter uma grande preocupação pelo neto Gabriel e a sua filha mais nova, e garantir que tudo está bem, faz com que muitas vezes a Sra. Fernanda não tenha tempo para si e para a Cristiana. Esta refere que por vezes se sente triste com a falta de tempo da mãe, mas que compreende que não é fácil, porque a mãe está sozinha, e não tem ajuda de outros. Relativamente à irmã mais nova, afirma que o facto de ajudar a mãe a cuidar da mesma desde que nasceu, ajudou muito quando nasce o seu filho Gabriel, referindo ter uma relação muito forte com a irmã e que brinca bastante com os dois quando tem tempos livres em casa. Os seus avós maternos ainda trabalham, por isso visita-os ou vice-versa por vezes ao fim-de-semana. Desde que vivemos a situação pandémica atual, tem

tido menos contacto físico com os mesmos, contactando-se por telefone. Tem uma relação amorosa com o seu namorado, o Renato, com quem não vive. Segundo informação colhida mantêm uma relação estável, o Renato frequenta diariamente a casa da Cristiana, para poder estar com o filho e com a namorada. Quando questionada acerca de como os dois se relacionam a Cristiana refere que têm alturas em que estão mais distantes e discutem mais, e ela afirma ter alguns ciúmes do Renato, e algum receio em que este termine a relação com ela. Os motivos apresentados pela Cristiana para o descrito anteriormente estão diretamente relacionados com a idade do jovem adolescente, pois a Cristiana afirma que o facto de ele ser mais velho do que ela o pode fazer-se interessar por outras jovens. Comunicam regularmente por telemóvel, através de mensagens e telefonemas (sendo estes em menor quantidade).

Tem uma relação muito próxima com uma amiga que frequenta a sua escola e com quem fala sobre muitos assuntos da sua vida, referindo-se à mesma como “a minha *best*” (S.I.C.). Desde que o seu filho Gabriel nasceu não tem convivido com outros amigos, pois a sua realidade é diferente, referindo que não pode deixar a Sra. Fernanda sozinha a cuidar de tudo e tem de ajuda. Refere ainda que na escola, há alguns preconceitos em relação o facto de a Cristiana ter sido mãe de forma precoce, reconhecendo que isso já a afetou mais do que presentemente. No tempo que tem livre, por vezes gosta de passear com o namorado e frequenta com assiduidade as redes sociais. O facto de atualmente se encontrar internada, faz com que esteja distante do filho, e embora sabendo que a sua mãe irá cuidar bem dele, fica algo ansiosa por não poder estar com o mesmo, e pelas saudades sentidas.

### 2.1.3.1. Ecomapa





#### 2.1.4. Apreciação da Variável do Desenvolvimento

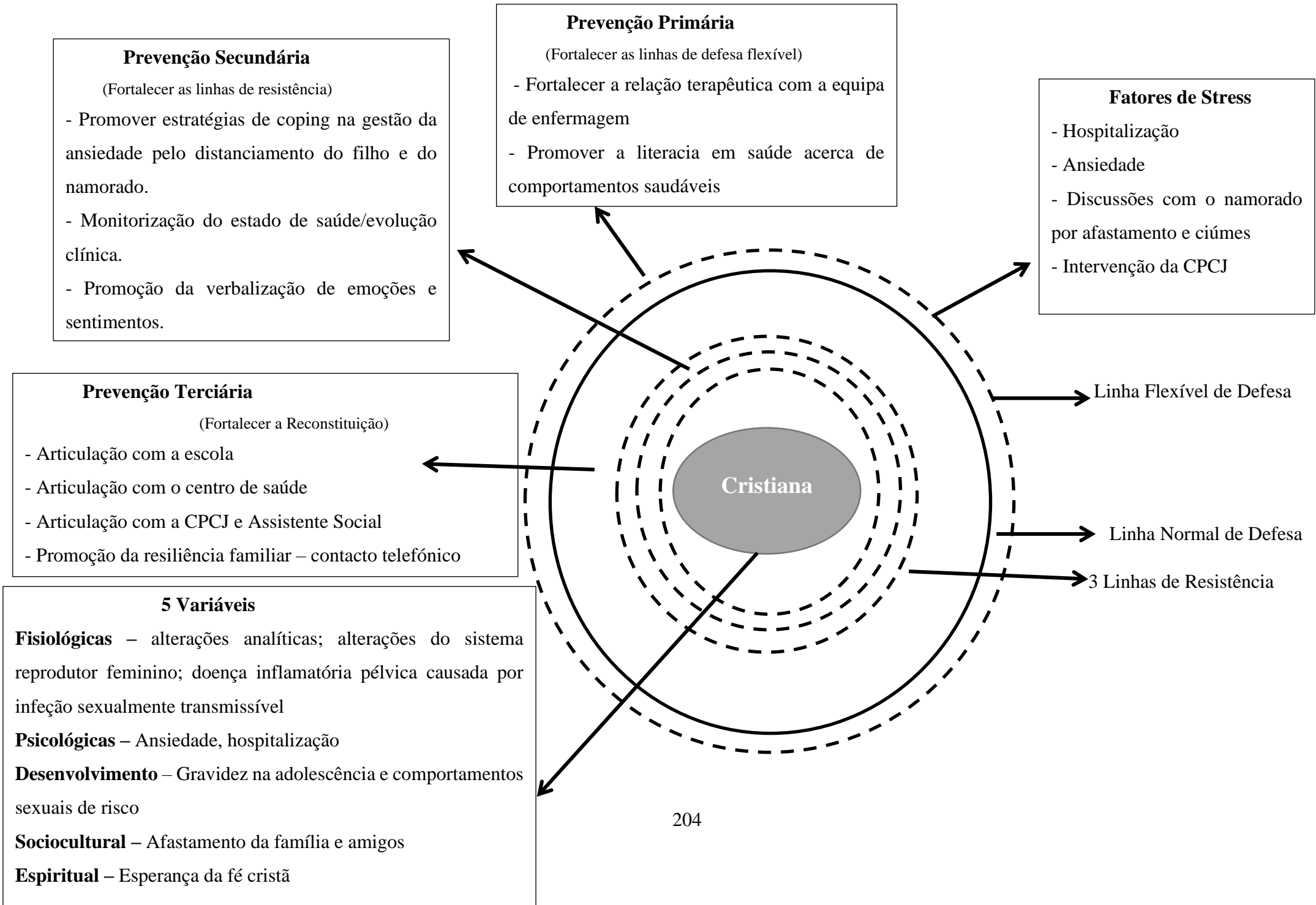
A Cristiana refere que a partir da menarca sentiu muitas alterações no seu corpo, e que durante a gravidez o seu corpo mudou de forma radical, tendo a mesma, na altura sentido algum receio de que o seu corpo não voltasse ao “normal”. A adolescência é um período de muitas alterações físicas, psicológicas, emocionais, sociais, e o facto de a Cristiana ter sido mãe adolescente alterou o decurso dessas alterações. Por ser uma fase de maturação do corpo, também a gravidez na adolescência acarreta outras consequências, porém com a Cristiana tudo decorreu de acordo com o esperado. A mesma tem crítica sobre a situação e afirma que o seu corpo foi “obrigado a crescer” (S.I.C.). Afirma ainda que o pós-parto foi doloroso e que teve alguma dificuldade em gerir todas as alterações, mas que a mãe sempre a apoiou muito e afirma “na verdade, não tive muito tempo para pensar sobre o que estava a acontecer, a minha mãe é muito despachada e sempre ficou tudo orientado, e depois quando olhava para o Gabriel, ele era tão fofinho que já não pensava em mais nada” (S.I.C.).

#### 2.1.5. Apreciação da Variável Espiritual

Esta variável foi pouco explorada. A Cristiana refere que é católica, tal como a sua família, mas não praticante. Afirma que quando precisa de ajuda reza muito e acende uma vela em casa, dando um exemplo: “quando eu e o Renato estamos chateados, rezo e peço a Deus para não o afastar de mim” (S.I.C). É batizada, tal como a sua irmã e faz questão de batizar o seu filho Gabriel também.

2.1.6. Apreciação Global de Enfermagem segundo o Modelo de Betty Neuman

	<b>Intrapessoais</b>	<b>Interpessoais</b>	<b>Extrapessoais</b>
<b>Fatores de Stress</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Isolamento Social</li> <li>▸ Situação de doença aguda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Afastamento dos amigos</li> <li>▸ Distância do Filho</li> <li>▸ Afastamento do namorado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Hospitalização</li> <li>▸ Referenciação para assistente social e CPCJ</li> </ul>
<b>Fatores de Defesa</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Contacto regular com a mãe via telefónica.</li> <li>▸ Relação terapêutica com a equipa de enfermagem;</li> <li>▸ Boa adesão terapêutica.</li> </ul>	
<b>Fatores de Reconstituição</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Apoio materno;</li> <li>▸ Boa adesão ao plano terapêutico;</li> <li>▸ Motivação no desempenho do papel de mãe.</li> </ul>	



**Esquema:** Apreciação de Enfermagem à luz do Modelo de Betty Neuman

**Fonte:** Teoria dos Sistemas de Betty Neuman (Allgood & Tomey, 2004, p. 341)

### 3. PLANO TERAPÊUTICO

#### 3.1. Terapêutica Farmacológica

Terapêutica	Dosagem	Via de administração	Jejum	Pequeno-almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia
Metronidazol	500 mg	EV		1				1
Doxiciclina	1000 mg	PO		1			1	
Ceftriaxone	1000 mg	EV		1				1

#### SOS

Paracetamol	1000 mg	EV				Se dor até de 8/8h		
-------------	---------	----	--	--	--	--------------------	--	--

Quadro 2 – Terapêutica administrada à Cristiana durante o internamento

### 3.2. Terapêutica Não Farmacológica

Durante o internamento a Cristiana apresentou, cerca de uma vez por turno, uma dor entre 1 e 2 na escala numérica da dor. A dor que a mesma apresentava situava-se na fossa ilíaca esquerda, sem irradiação, dor tipo picada que exacerbada às mobilizações e aliviada em repouso. No que respeita ao alívio da dor através da utilização de medidas não farmacológicas, foram utilizadas técnicas de respiração, autocontrolo e relaxamento e técnicas de distração a através do diálogo terapêutico.

Ao longo do internamento, a Cristiana sempre demonstrou disponibilidade para a implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor. A própria apresenta um conhecimento acerca de si e do seu corpo muito positivo, reconhecendo a necessidade de intervenção por parte da equipa de enfermagem. No que respeita à ansiedade, estes momentos eram vividos por períodos, nomeadamente à noite, antes de dormir. A intervenção consistiu em fornecer músicas de relaxamento e meditação, diálogo com enfermeiros para que a própria pudesse desfocar o seu estado de ansiedade. Tal intervenção teve resultados bastante positivos com a mesma.

Durante o internamento a Cristiana teve ainda oportunidade de organizar parte do seu estudo, o que a deixou mais tranquila, tendo em conta a época de avaliações em que a mesma se encontrava.

## **4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A TAXONOMIA CIPE**

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) para permitir uma linguagem científica e unificada, comum à Enfermagem mundial (CIPE, 2015).

Esta classificação permite ao enfermeiro identificar diagnósticos de enfermagem através de fenómenos de enfermagem. Os fenómenos de Enfermagem dizem respeito à pessoa, às funções, ao meio ambiente, etc. Ao fazer o Diagnóstico de Enfermagem, o enfermeiro planeia as suas intervenções de acordo com as necessidades da pessoa, com as suas necessidades, tendo em consideração as incapacidades com que se depara (CIPE, 2015).

Esta Classificação permite avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem através das respostas às intervenções de enfermagem e evolução positiva ou negativa do status dados aos fenómenos nos diagnósticos feitos pelos enfermeiros. É uma forma de demonstrar resultados da prática de enfermagem também a nível jurídico. A CIPE permite utilizar a sua linguagem informaticamente, havendo experiências positivas de utilização de programas de apoio à prática da enfermagem. Tem ainda a possibilidade de elaborar diagnósticos de enfermagem de forma padronizada com qualquer enfermeiro em qualquer parte do mundo (CIPE, 2015).

Esta classificação está em constante atualização e desenvolvimento.

O modelo de 7 eixos será utilizado pelos enfermeiros para construir os enunciados dos diagnósticos das intervenções e dos resultados de enfermagem a usar na prática. Este modelo pretende facilitar o uso continuado da CIPE pelos enfermeiros, fornecendo uma hierarquia de navegação para um uso mais fácil (CIPE, 2015).

As definições de cada um dos 7 eixos da CIPE são:

**Foco:** área de atenção relevante para a enfermagem (por exemplo dor, sem abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimento);

**Juízo:** opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem (por exemplo: nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, anormal);

**Recursos:** forma ou método de concretizar uma intervenção (por exemplo: ligadura, técnica de treino vesical, serviço de nutrição);

**Ação:** processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente (por exemplo: educar, trocar, administrar, monitorizar);

**Tempo:** o ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (por exemplo: admissão, nascimento, crónico); **Localização:** orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (por exemplo: posterior, abdómen, escola, centro de saúde);

**Cliente:** sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (por exemplo: recém-nascido, prestador de cuidados, família, comunidade).

Segundo a CIPE para criar enunciados de diagnósticos de enfermagem e resultados de enfermagem, são recomendadas as seguintes diretrizes:

- ✓ Deve incluir um termo do eixo do foco;
- ✓ Deve incluir um termo do eixo do juízo;

- ✓ Pode incluir termos adicionais conforme o necessário, dos eixos do foco, juízos ou outros eixos.

Relativamente às intervenções de enfermagem são, também, recomendadas algumas diretrizes:

- ✓ Deve incluir um termo do eixo da ação;
- ✓ Deve incluir pelo menos um termo alvo. Este pode ser um termo de qualquer eixo exceto do eixo do juízo;
- ✓ Pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da ação ou de qualquer outro eixo.

Os planos de cuidados que serão posteriormente apresentados são definidos de acordo com o caso clínico e respetiva informação previamente apresentada e fundamentada.

**4.1. Risco de Infecção do cateter venoso periférico presente** no dorso da mão direita (necessidade de ser repuncionada em outros locais anatómicos por cateter venoso periférico não permeável)

Segundo (CIPE, 2015) infecção é definido como “processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo”. (p.63)

	<b>Ação</b>	<b>Cliente</b>	<b>Foco</b>	<b>Juízo</b>	<b>Localização</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>		Adolescente	Infecção	Risco de	Antebraço		
	Monitorizar	Adolescente	Sinais Vitais			Dispositivo de avaliação/Monitor cardíaco	Frequente
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Vigiar	Adolescente	Sinal/Sintoma de Infecção		Local de inserção do dispositivo	Enfermeiro	Contacto
	Lavar/Desinfetar	Adolescente			Mãos	Enfermeiro	Frequência
	Trocar	Adolescente	Acesso intravenoso			Material	Evento ou Episódio

	Realizar	Adolescente			Material (de penso simples)	Evento ou Episódio
	Verificar	Adolescente	Permeabilidade e		Cateter	Contacto
<b>Resultados de Enfermagem</b>		Adolescente	Infeção	Risco Diminuído		

#### 4.2. Dor presente compatível com a sua situação clínica atual

Segundo (CIPE, 2015) a dor é definida como uma “perceção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão fácil característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”. (p.54).

	<b>Ação</b>	<b>Cliente</b>	<b>Foco</b>	<b>Juízo</b>	<b>Localização</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>		Adolescente	Dor	Presente	Abdómen		Às vezes
	Avaliar	Adolescente	Dor			Dispositivo de avaliação (Escala numérica)	Frequente
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Assistir	Adolescente	Conforto			Posição Corporal	Frequente
	Instruir	Adolescente	Controlo da dor			Técnica de relaxamento	Frequente
	Avaliar	Adolescente	<i>Coping</i> face à dor			Enfermeiro	Frequente

Conhecimento sobre gestão da dor				
Administrar	Adolescente	Controlo da dor	Medicação	Frequência
Avaliar	Adolescente	Resposta à medicação	Dispositivo de avaliação (Escala numérica)	Frequência
Registrar	Adolescente	Resposta à medicação		Momento
Encorajar	Adolescente	Verbalizar sentimentos		Sempre

Adolescente

Diminuída

**Resultados de Enfermagem**

### 4.3. Comportamento de sexual comprometido

Segundo (CIPE, 2015) o comportamento sexual comprometido é definido como um “comportamento sexual” (p.47).

	<b>Ação</b>	<b>Cliente</b>	<b>Foco</b>	<b>Juízo</b>	<b>Localização</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>			Comportamento sexual comprometido	Presente			Frequente
	Avaliar	Adolescente	Conhecimento sobre a saúde		Hospital	Enfermeiro	Frequente
	Avaliar	Adolescente	Conhecimento sobre comportamento sexual		Hospital	Enfermeiro	Frequente
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Ensinar	Adolescente	Comportamento sexual		Hospital	Dispositivo de comunicação	Episódio ou evento
	Explicar	Adolescente	Contracetivos		Hospital	Enfermeiro	Episódio ou Evento
	Incentivar	Adolescente	Contracetivos		Hospital		Episódio ou Evento

	Incentivar	Adolescente	Comportamento de procura de saúde		Hospital	Serviço de Saúde Material de instrução	Frequente
	Promover	Adolescente	Comportamento de procura de saúde		Hospital	Dispositivo de Comunicação Dispositivo de instrução	Frequente
	Avaliar	Adolescente	Disponibilidade (para comportamentos de procura de saúde)		Hospital	Enfermeiro	Frequente
<b>Resultados de Enfermagem</b>		Adolescente	Comportamento de procura de saúde		Ausente		

#### 4.4. Ansiedade atual, relacionada com o afastamento do filho, namorado e família.

Segundo a (CIPE, 2015) a ansiedade é uma "Emoção Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia" (p.40).

	<b>Ação</b>	<b>Cliente</b>	<b>Foco</b>	<b>Juízo</b>	<b>Localização</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>		Adolescente	Ansiedade	Atual			
	Escutar	Adolescente	Sentimento		Hospital	Enfermeiro	Frequente
	Escutar	Adolescente	Emoção		Hospital	Enfermeiro	Frequente
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Escutar	Adolescente	Preocupação		Hospital	Enfermeiro	Frequente
	Estimular	Adolescente	Capacidade para comunicar sentimentos		Hospital	Técnica de Feedback	Frequente
	Incentivar	Adolescente	Coping		Hospital	Técnica de Feedback	Frequente
	Estar presente	Adolescente			Hospital	Enfermeiro	Contacto
	Desenvolver	Adolescente	Capacidade para comunicar sentimentos		Hospital	Técnica; terapia	Frequente

	Conversar	Adolescente		Hospital	Enfermeiro	Contacto
<b>Resultados de Enfermagem</b>		Adolescente	Ansiedade		Melhorado	

#### 4.5. Tristeza presente, relacionada com o seu diagnóstico, distância do filho, namorado e família.

Segundo a (CIPE, 2015), a tristeza é definida como uma "Emoção negativa: Sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia" (p.88).

	<b>Ação</b>	<b>Cliente</b>	<b>Foco</b>	<b>Juízo</b>	<b>Localização</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>		Adolescente	Tristeza	Presente			
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Encorajar	Adolescente	Verbalizar sentimentos		Hospital		Frequente
	Explicar	Adolescente	Alterações do estado de saúde		Hospital		Momento
	Providenciar	Adolescente	Apoio emocional		Hospital	Profissional de Saúde (Psicólogo)	Frequente
	Promover		Socialização		Hospital		Frequente
	Incentivar	Adolescente	Socialização		Hospital	Terapia	Frequente
	Estabelecer	Adolescente	(Metas, objetivos)		Hospital	Terapia	

---

<b>Resultados de Enfermagem</b>	Adolescente	Tristeza	Nível Esperado
-------------------------------------	-------------	----------	-------------------

---

#### 4.6. Sistema Reprodutor feminino comprometido

Segundo (CIPE, 2015) o sistema reprodutor feminino é definido como “sistema reprodutor”. (p. 83).

	<b>Ação</b>	<b>Cliente</b>	<b>Foco</b>	<b>Juízo</b>	<b>Localização</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>		Adolescente	Sistema Reprodutor	Comprometida			
	Identificar	Adolescente	Sintoma Sinal		Região Corporal	Enfermeiro Dispositivo de avaliação	Frequente
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Avaliar	Adolescente	Sintoma Sinal		Região Corporal	Enfermeiro Dispositivo de avaliação	Frequente
	Administrar	Adolescente	Acesso Intravenoso			Medicação	Evento ou Episódio
	Explicar	Adolescente	Sistema reprodutor feminino			Enfermeiro	Momento

	Incentivar	Adolescente	Comportamento de procura de saúde	Hospital	Enfermeiro	Momento
	Vigiar	Adolescente	Infeção	Hospital	Enfermeiro Processo clínico	Frequente
	Vigiar	Adolescente	Efeito secundário da medicação	Hospital	Medicamento	Frequente
<b>Resultados de Enfermagem</b>		Adolescente	Eliminação Intestinal	Estado de normalidade		

#### 4.7. Infecção presente compatível com a sua situação clínica atual

Segundo (CIPE, 2015) a infecção é definida como um “Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de oxinas ou reação antigénio-anticorpo”. (p.63).

	<b>Ação</b>	<b>Cliente</b>	<b>Foco</b>	<b>Juízo</b>	<b>Localização</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>		Adolescente	Infeção	Presente	Abdómen		
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Monitorizar	Adolescente	Sinal Vital Sintoma		Região Corporal	Dispositivo de avaliação/Monito r cardíaco	Frequente
	Vigiar	Adolescente	Sinal/Sintoma de Infeção			Enfermeiro	Contacto
	Lavar/Desinfetar	Adolescente			Mãos	Material	Frequência
	Administrar	Adolescente	Acesso intravenoso		Medicamento	Enfermeiro	Evento ou Episódio

---

	Adolescente	Infeção	Ausente
<b>Resultados de Enfermagem</b>			

---

#### 4.8. Socialização, eventualmente, comprometida

Segundo (CIPE, 2015), a socialização é definida como “comportamento interativo: intercâmbio social mútuo; participar em atividades sociais” (p.85).

	<b>Ação</b>	<b>Cliente</b>	<b>Foco</b>	<b>Juízo</b>	<b>Localização</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>		Adolescente	Socialização	Comprometida			
	Incentivar	Adolescente	Comportamento lúdico			Enfermeiro	Momento
	Promover	Adolescente	Comunicação efetiva			Enfermeiro	Frequente
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Avaliar	Adolescente	Humor			Enfermeiro	Frequente
	Encorajar	Adolescente	Verbalização de sentimentos			Enfermeiro	Frequente
	Encorajar	Família	Socialização			Enfermeiro Dispositivo de comunicação	Sempre

**Resultados de  
Enfermagem**

Adolescente

Socialização

Estado de  
Normalidade

## **5. Resultados de Enfermagem e Análise**

Após a avaliação e formulação dos diagnósticos de enfermagem tornou-se possível um planejamento de cuidados adequados à situação descrita. Ao longo do internamento a Cristiana, foi-se demonstrando mais recetiva à abordagem e comunicativa na partilha de ideias e crenças acerca da sua saúde sexual e reprodutiva. Na opinião informal da jovem adolescente, os ensinamentos realizados no âmbito da promoção de comportamentos de procura de saúde, nomeadamente a saúde sexual, tornaram-se importantes para a desmistificação de alguns mitos e receios. Após persistência em reforçar comportamentos de procura de saúde, foi indispensável a sua atitude proativa no sentido de convencer o namorado, que teria também de receber tratamento. Confirmei esta evolução no seu comportamento e atitude, alguns turnos depois de ter disponibilizado informação em formato digital acerca de comportamentos de risco e consequências dos mesmos. Aquando abordada sobre a sua situação clínica, no término do internamento, aparentemente a jovem tem crítica acerca da sua situação clínica e garante estar consciente dos riscos, enumerando alguns.

Durante todo este processo foi crucial registar informaticamente todas as intervenções realizadas e discutir com a equipa multidisciplinar o plano de cuidados definido, tornando-se em muitos momentos alvo de reflexão.

Após a alta da Cristiana, são alguns os jovens que ficam hospitalizados para cumprimento de antibioterapia por comportamentos sexuais de risco, pelo que, neste sentido muitas das intervenções realizadas, tornam-se transversais a outros jovens adolescentes, ainda que adequadas às suas necessidades individuais.

O sucesso do plano terapêutico implementado, é no meu entender, esclarecedor sobre a importância de promovermos a literacia nos jovens adolescentes, oferecendo-lhe a oportunidade adquirir conhecimento de forma segura, com vista a capacitá-los a adquirir comportamentos de procura de saúde.

## 6. Considerações Finais

O presente processo de enfermagem torna-se pertinente para a melhoria continua do meu desenvolvimento, que contribui fortemente para o crescimento profissional e pessoal, quer pela complexidade das situações subjacentes, quer pelas inúmeras oportunidades de aprendizagem.

A fundamentação do mesmo de acordo com Betty Neuman, surge inerente à sua construção pois através do Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde, torna-se possível descrever um indivíduo em estudo, respetiva família e comunidade onde esta se insere. É ainda dada importância ao papel que os agentes stressores têm bem como a existência de linhas de defesa e resistência que suportam a totalidade dos sistemas. Ressalva-se também a relevância quanto à existência de recursos disponíveis quer no indivíduo, na família ou no ambiente externo quer nos objetivos por mim definidos, com vista à obtenção e/ou restabelecimento da estabilidade familiar.

A finalidade dos cuidados de enfermagem implementados, que são relatados ao longo do estudo caso, tiveram subjacente a promoção de comportamentos de procura de saúde com vista à promoção de comportamentos saudáveis promotores de bem-estar, com vista a alcançar e manter a homeostasia quer no adolescente compreendido nas 5 variáveis, quer dos diferentes sistemas que lhe são inerentes.

No presente, enquanto futuro EESIP, procurei sempre compreender os processos de tristeza, ansiedade, dor entre outros no Joelle, assim como as implicações que isso teria no seu projeto de vida, bem como a forma como se revê na saúde e o facto de esta ser condicionada pelo seu diagnóstico de doença crónica. Sinto que me encontro no processo continuo de desenvolvimento de um juízo singular, que me torna distinto de outras práticas em enfermagem, tendo sempre direcionado a minha intervenção no sentido da promoção de comportamentos saudáveis, quer pela promoção da literacia em saúde, quer pelo incentivo e estímulo pela procura de comportamentos de saúde, assim como a prevenção de outros episódios que comprometam ainda mais a condição clínica do Joel e respetivo equilíbrio familiar. Sinto que estabeleci relações de confiança e parceria com o Joel, e embora tenham existido escassas oportunidades de contacto com a família próxima do Joel, sinto que estes se demonstraram receptivos à abordagem e disponíveis para uma relação terapêutica com vista a aumentar o

insight acerca dos problemas e a respetiva capacitação para resolução de eventuais situações de crise.

Não obstante, enquanto profissional tive por base um pensamento crítico, com base da reflexão diária da minha prática, pois só através da reflexão sistemática me permito à melhoria contínua de uma melhor consciência e conhecimento acerca do meu *self*.

Concluindo, acredito que é de extrema importância que as ações e intervenções inerentes ao processo de enfermagem sejam baseadas em conceitos teóricos, e que estes sirvam como estruturas dinâmicas, práticas e flexíveis. Enquanto enfermeira e futura especialista posso afirmar que saber ser, estar e fazer pressupõe a assunção de uma postura profissional, de comprometimento que nos remete à preparação para saber compreender, como um todo, a situação através do registo sistemático de informação, visando uma prática assistencial, mas também educacional.

Quando fazemos o que gostamos, e quando nos propomos a ser melhores sempre, a experiência torna-se um contínua e inacabada forma de presente à vida.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- CIPE. (2015). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa.
- DGS. (2011). Dor como 5º Sinal Vital - Registo Simétrico da intensidade da Dor. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dor-5-sinal-vital-folheto-pdf.aspx>
- DGS. (2018). *Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (20 de Julho de 2020). *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/dor.aspx>
- Faria, A., Paiva, K., Wanderley, A., Silva, L., Santos, V., & Ferreria, S. (Maio-Agosto de 2019). Necessidades odontológicas de adultos e crianças com anemia falciforme de um centro de referência de Alagoas. *Diversitas Journal*, IV(2), 646-657. Obtido em 2020
- Guimarães, T., Miranda, W., & Tavares, M. (Março de 2009). The day-to-day life of families with children and adolescents with cell anemia.
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*.
- Santos, F., Pinto, A., & Traina, F. (29 de Agosto de 2018). Complicações Aguda na Doença Falciforme: Crise Vaso-Oclusiva.

Tomás, C., Queirós, P., & Rodrigues, T. (Fevereiro de 2015). *Impacto da literacia em saúde nos comportamentos promotores de saúde em gestão de stresse em adolescentes*, pp. 101-106.

WHO. (Junho de 2020). *World Health Organization*. Obtido de <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>

**8.**


## ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação no III Seminário Internacional em Enfermagem

**CERTIFICADO**

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **MARGARIDA CARVALHO**, participou e apresentou o tema: **“Criar e Reinventar o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Caminhos”** na Mesa 1: Enfermagem Especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), no dia 27 de novembro de 2020, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Universidade Católica Portuguesa  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Auxiliar



**PROGRAMA**

**9:00 –Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**  
Moderador: Luís Miguel Francisco (Mestre em Enfermagem, SIP)  
Ana Rebotim (Mestranda do 13º CME, SIP) - “Participação dos Avós nos Cuidados de Saúde”  
Margarida Carvalho (Mestranda do 13º CME, SIP) - “Criar e Reinventar o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Caminhos”  
Matilde Carvalho (Mestre em Enfermagem, SIP) - “Promover a Esperança: Conquistas no Presente e Desafios para o Futuro”

**10:00 –CONFERÊNCIA INAUGURAL-“The role of ICHN in enhancing the value of Nursing”**  
Howard Catton (Chief Executive Officer/ International Council of Nurses, Suíça)

**10:30 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-“Realidade la enfermeira especializada en España”**  
María Hinojal Benavente Cuesta (PhD, Universidade Pontificia de Salamanca, Espanha)

**11:00 –MESA DE ABERTURA**

**11:30 –Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**  
Moderador: Maria Paço (Mestre em Enfermagem, EC)  
Filipa Oliveira (Mestranda do 13º CME-EC) - “Intervenção da Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2”  
Laurina Gomes (Mestranda do 13º CME-EC) - “Saúde Escolar em Tempo de Pandemia”  
Margarida Coelho (Mestre em Enfermagem, EC) - “Adolescer com Saber – Promoção de uma Sexualidade Saudável”

**14:00 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-“A Realidade dos Migrantes no Chile: o Presente e Projeção Futura”**  
Maria Antonia Vollrath (PhD, Universidad Mayor, Chile)

**14:30 –Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**  
Moderador: Ricardo Leite (Mestre em Enfermagem, MC)  
Cátia Lampreia (Mestranda do 13º CME, MC) - “Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes: Protagonistas no Presente, Inovadores no Futuro”  
António Borges (Mestrando do 13º CME, MC) - “Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro”  
Sofia Correia (Mestre em Enfermagem, MC) - “Desafios ao Dever de Informar: Protagonistas no Presente a Inovar o Futuro”

**15:30 –MOMENTO CULTURAL**

**16:00 –ENCERRAMENTO**

