



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

---

LISBOA · PORTO

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

**PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NO CUIDADO DE  
ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE E FAMÍLIA**

**HOPE PROMOTION IN NURSING CARE FOR  
ADOLESCENTS AND FAMILY**

Por Cláudia Sousa Ferreira

Lisboa, 2022



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

---

LISBOA · PORTO

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

**PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NO CUIDADO DE  
ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE E FAMÍLIA**

**HOPE PROMOTION IN NURSING CARE FOR  
ADOLESCENTS AND FAMILY**

Por Cláudia Sousa Ferreira

Sob a orientação de Prof. Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2022



*Where there's a will, there's a way.*

William Hazlitt

## **Agradecimentos**

À Professora Zaida Charepe pela orientação, disponibilidade constante e pelo apoio em todos os momentos.

À minha família por tudo o que sempre fizeram e fazem por mim e pelas palavras certas nos momentos certos.

Ao Filipe por ser o meu porto de abrigo, por estar sempre ao meu lado e por acreditar nas minhas capacidades.

Às minha amigas, por terem sempre uma palavra de conforto.

## RESUMO

O presente relatório de estágio realiza-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa – Lisboa.

Este relatório irá abordar as competências adquiridas para a obtenção do grau de Mestre e Especialista, no decorrer do Estágio realizado em três contextos – Internamento de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Especiais e Neonatais e Urgência Pediátrica - que decorreram entre 6 de setembro e 18 de dezembro de 2021, com uma carga horária total de 760h.

Os adolescentes enquanto pessoas alvo dos cuidados especializados em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, trata-se de uma população com particularidades relacionadas com a fase de desenvolvimento em que se encontra, que podem dar origem a desafios constantes e confrontos com o mundo que o rodeia, levando-os a refletir, tomar decisões e assumir condutas que se vão manifestar de forma benéfica para o seu crescimento e desenvolvimento ou de forma negativa, com repercussões na sua saúde. O aumento da morbilidade, das doenças crónicas nas crianças e adolescentes, reflete-se em internamentos mais frequentes e prolongados, requerendo uma intervenção especializada para promover a saúde, o bem-estar e o autocuidado e prevenir as complicações e o impacto negativo da hospitalização.

A esperança é um importante fator de resiliência e foi associada a indicadores positivos de saúde. Perante situações de crise assume uma função protetora que previne o desespero e afeta diretamente a sensação de bem-estar, facilitando a adesão e tolerância ao tratamento (Griggs & Walker, 2016; Hinds et al., 1999). É um foco de atenção de enfermagem e assume especial importância no adolescente com doença crónica, complexa, oncológica ou terminal que foi considerado uma população de risco para o desenvolvimento do fenómeno de desesperança (Herdman, Kamitsuru e Lopes, 2021).

Neste sentido foi desenvolvido como objetivo geral para este percurso formativo “Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados ao binómio adolescente/família, com enfoque numa abordagem comunicacional promotora de esperança”. A finalidade deste relatório é espelhar o contributo do percurso traçado em contexto de estágio para desenvolver e atingir as competências comuns e específicas inerentes ao enfermeiro especialista em Enfermagem de

Saúde Infantil e Pediátrica, conforme estipulado pela Ordem dos Enfermeiros, e as competências de mestre de acordo com os Descritores de Dublin.

Para isso foram desenvolvidas atividades das quais destaco: no Internamento de Pediatria a implementação de um folheto com estratégias não farmacológicas de controlo e alívio da dor aos adolescentes internados, recorrendo a uma comunicação motivacional promotora de esperança; na Neonatologia foram realizadas atividades promotoras de esperança dos pais dos recém-nascidos pré-termo, recorrendo ao método Canguru e colaborando no projeto do serviço no âmbito da promoção da esperança; por fim, na Urgência Pediátrica foi dada continuidade à atividade iniciada no primeiro contexto, para além de dinamizar a temática da esperança no adolescente junto dos profissionais de saúde, através da realização de sessões formativas.

A metodologia utilizada para a elaboração do presente relatório foi descritiva e crítico-reflexiva, recorrendo à pesquisa bibliográfica para fundamentar todo este percurso.

**Palavras-Chave:** Adolescente, Família, Enfermagem, Esperança, Dor, Hospitalização

## **ABSTRACT**

The current report is carried out within the scope of the nursing internship course, of the master's degree in Nursing with Specialization in Child Health and Paediatric Nursing, from Universidade Católica Portuguesa – Lisbon.

This report will address the skills acquired to obtain the master's and Specialist degree, during the Internship held in three different contexts - Paediatric Medicine, Neonatology Unit and Paediatric Emergency Unit - which took place between September 6th and December 18th 2021, with a total workload of 760 hours.

The adolescent, as the target of specialized care in Child Health and Paediatric Nursing, is a population with particularities related to the stage of development in which they are in, that can give rise to constant challenges and confrontations with the world around them, leading the adolescent to reflect, make decisions and assume behaviours that will manifest themselves in a beneficial way for their growth and development or in a negative way, with repercussions on their health. The increase in morbidity and chronic diseases in children and adolescents, is reflected in more frequent and prolonged hospitalizations, requiring specialized intervention in order to promote health, well-being and self-care and prevent complications and negative impact of hospitalization.

Hope is an important resilience factor and has been associated with positive health indicators. In crisis situations, it assumes a protective role that prevents despair and directly affects the feeling of well-being, facilitating adherence and tolerance to treatment (Griggs & Walker, 2016; Hinds et al., 1999). It is a focus of nursing attention and is especially important for adolescents with a chronic, complex, oncological or terminal illness, who were considered a population at risk for the development of the phenomenon of hopelessness (Herdman, Kamitsuru e Lopes, 2021).

In this sense, a general objective was developed for this training course “To develop skills of the Nurse Specialist in Child Health and Paediatric Nursing in the provision of care to the adolescent/family binomial, with a focus on a communicational approach that promotes hope.”

The purpose of this report is to reflect the contribution of the path traced in the context of an internship to develop and achieve the common and specific skills inherent to the specialist nurse in Child Health and Paediatric Nursing as stipulated by Nurses Order, and the master's skills as stated in the Dublin Descriptors.

To this end, activities were developed, of which I highlight: in the context of Paediatric Medicine, the implementation of a leaflet with non-pharmacological strategies to control and relieve pain for hospitalized adolescents, using motivational communication that promotes hope; in Neonatology Unit, activities were carried out with the aim of promoting hope for the parents of preterm new-borns, using the Kangaroo Care method and collaborating in the service project within the scope of promoting hope; finally, in the Paediatric Emergency Unit I continued the activity started in the first context, as well as I streamlined the theme of hope in adolescents for health professionals, through training sessions.

The methodology used for the preparation of this report was descriptive and critical reflexive, using bibliographic research to support this entire journey.

**Keywords:** Adolescent; Family; Nursing; Hope; Pain; Hospitalization.



## **LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS**

APA - *American Psychological Association*

DGES - Direção Geral do Ensino Superior

DGS - Direção Geral de Saúde

Dr<sup>a</sup> - Doutora

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enf<sup>a</sup> – Enfermeira

CCF – Cuidados Centrados na Família

JBI - Joanna Briggs Institute

MIAMPE - Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

NIC – Nursing Intervention Classification

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBE - Prática Baseada na Evidência

Prof.<sup>a</sup> - Professora

RN - Recém-Nascido

SIP - Saúde Infantil e Pediátrica

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

UC - Unidade Curricular

UCIEN - Unidade de Cuidados Intensivos Especiais e Neonatais

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

UP - Urgência Pediátrica



## ÍNDICE

<b>1. Introdução.....</b>	<b>15</b>
<b>2. Contextualização Teórica .....</b>	<b>17</b>
2.1. Impacto da hospitalização no adolescente .....	22
<b>3. Esperança no Adolescente em Contexto dos Cuidados de Enfermagem: <i>Scoping Review</i> .....</b>	<b>30</b>
<b>4. Análise Crítica das Competências Desenvolvidas em Contexto de Estágio.....</b>	<b>41</b>
<b>5. Considerações Finais.....</b>	<b>66</b>
<b>6. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>78</b>
Apêndice 1: Fluxograma PRISMA-ScR.....	79
Apêndice 2: Tabela de estudos incluídos.....	80
Apêndice 3: Poster “Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança no Adolescente: <i>Scoping Review</i> ” .....	89
Apêndice 4: Publicação de Carta ao Editor .....	90
Apêndice 5: Análise SWOT realizada no Módulo de Estágio III.....	91
Apêndice 6: Folheto “Juntos Conseguimos Controlar a Dor!”.....	93
Apêndice 7: Diário reflexivo sobre o impacto das estratégias de controlo e alívio da dor na promoção da esperança do adolescente hospitalizado .....	103
Apêndice 8: Diário Reflexivo sobre o Método canguru como recurso para a promoção da esperança parental.....	110
Apêndice 9: Autocolante “Habilidades/conquistas do(a) meu (minha) filho (a)”.....	120
Apêndice 10: Análise do vídeo sobre a Promoção da esperança em ambiente tecnológico.....	133
Apêndice 11: Intervenções de enfermagem que reduzem a dor e a ansiedade no adolescente que recorre à UP, com recurso a uma abordagem comunicacional promotora de esperança.....	141
Apêndice 12 – Formação aos Pares “Intervenções de enfermagem na redução da dor e ansiedade dos adolescentes que recorrem ao SUP - Uma abordagem com recurso a estratégias promotoras de esperança” .....	152
Quadro 3: Plano de Formação “Intervenções de enfermagem na redução da dor e ansiedade dos adolescentes que recorrem ao SUP - Uma abordagem com recurso a estratégias promotoras de esperança” .....	154
Apêndice 13: Reflexão sobre a implementação de competências comuns do enfermeiro especialista na UP .....	159
Apêndice 14 – Instrução de Trabalho .....	166
<b>ANEXOS .....</b>	<b>168</b>

Anexo 1: Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	169
Anexo 2: Registo do protocolo da Scoping Review: A Esperança no Adolescente em Contexto dos Cuidados de Enfermagem - a Scoping Review Protocol.....	170
Anexo 3: História “Bem-vindo à Holanda” .....	182
Anexo 4: Diário de esperança “Os nossos dias na Neonatologia”.....	183

## **1. Introdução**

O desenvolvimento da competência profissional ocorre devido à reflexão sobre a ação, às experiências de formação e à reestruturação pessoal que ocorre devido à formação (OE, 2010).

De acordo com os artigos 100º e 109º do Estatuto de Ordem dos Enfermeiros, respetivamente, é dever dos enfermeiros “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional.” e “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. É no cumprimento destes dois deveres que o enfermeiro desenvolve o leque de competências que reconhecem a sua área de especialidade, obtendo maior segurança na tomada de decisão e fundamentação da sua prática clínica diária, contribuindo para a dignificação da profissão e qualidade dos cuidados, na procura constante pela excelência do exercício profissional (Lei nº156/2015). Assim, na procura pelo exercício profissional de enfermagem ao nível dos mais elevados padrões de qualidade e estando ciente da importância da formação, investigação e assessoria para a consecução deste objetivo, recorri à educação pós-graduada para atualizar e aprofundar aprendizagens na área da saúde infantil. Estas vão culminar no desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, com vista na prestação de cuidados de nível avançado com segurança e competência, à criança/adolescente saudável ou doente, até que a família possua os conhecimentos ou competências necessárias para o fazer eficazmente de forma autónoma, bem como na educação para a saúde e na identificação e mobilização de recursos de suporte à família garantindo a manutenção da saúde e prevenindo a doença (OE, 2017).

A realização deste relatório marca mais uma etapa desde percurso formativo, através do qual irei transparecer os contributos de todas as aprendizagens realizadas ao longo das unidades curriculares lecionadas neste curso e a sua articulação e implementação em contexto de estágio no decorrer da UC Estágio Final e Relatório, que irão culminar no atingir das competências necessárias à obtenção do grau de mestre e especialista.

Os objetivos deste relatório passam por:

Dar a conhecer o percurso efetuado durante o estágio;

- Realizar uma análise crítica e reflexiva dos objetivos traçados e das atividades desenvolvidas;
- Demonstrar, através da redação científica e da fundamentação, os resultados de aprendizagem provenientes da prática clínica e da investigação nos diferentes contextos de cuidados à criança/adolescente e família.

No decorrer desta UC foram realizados projetos formativos individuais que conferiram orientação para a prática nos diferentes contextos de estágio. O planeamento e realização destes projetos partiram de diagnósticos de situação identificados nos diferentes contextos, que levaram à formulação de objetivos e atividades articulados com a temática selecionada para este percurso e permitiram atingir as competências exigidas no plano de estudos. Estes projetos foram elaborados da observação participada e da partilha e discussão realizada em conjunto com os enfermeiros orientadores. Esta metodologia de aquisição de competências é suportada por Benner (2001) que refere que a aquisição de competências baseadas na experiência e assente em boas bases pedagógicas é mais segura e rápida.

Este relatório inclui na sua estrutura 4 capítulos principais: Contextualização Teórica, Esperança no Adolescente em Contexto dos Cuidados de Enfermagem: *Scoping Review*, Análise Crítica das Competências Desenvolvidas em Contexto de Estágio e concluirei a redação do mesmo com as Considerações Finais acerca deste percurso de formação, seguindo-se as Referências Bibliográficas que fundamentaram este trabalho e os Apêndices e Anexos relevantes para complementar a sua elaboração. A metodologia utilizada para a elaboração do presente relatório foi descritiva e crítico-reflexiva, recorrendo à pesquisa bibliográfica para fundamentar todo este percurso. Todo o documento foi elaborado de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e baseando-se nas diretrizes enunciadas na Norma da *American Psychological Association* – 7ª Edição (APA, 2020).

## **2. Contextualização Teórica**

No contexto dos cuidados à criança e adolescente, devido aos avanços médicos e tecnológicos, tem ocorrido um maior número de nascimentos prematuros com diminuição da mortalidade neonatal, o que se repercute no aumento da morbidade e da sobrevivência de crianças com doença crónica, complexa, incapacidade ou deficiência (DGS, 2018). Nesta perspetiva, deparamo-nos com internamentos mais prolongados e frequentes de crianças com problemas de saúde desafiantes e que exigem cada vez mais a prestação de cuidados complexos (Sanders, 2014; OE, 2011).

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) no âmbito do seu exercício profissional, é o profissional que se encontra em melhor posição para responder adequadamente em qualquer contexto de saúde onde existam crianças. A sua especialização traduz-se no conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes que atestam a sua qualificação para intervir em diversos domínios da SIP (Regulamento n.º 140/2019). Estes domínios de intervenção respondem globalmente à realidade da criança, vão de encontro à satisfação das necessidades da criança/adolescente e família, procuram eliminar barreiras no cuidar e incorporam instrumentos de custo efetivo e de gestão da segurança do cliente (Regulamento OE n.º 422/2018).

Os cuidados de enfermagem assumem como foco de atenção a visão global da criança/adolescente e a promoção da sua autonomia (OE, 2017). A intervenção de enfermagem visa a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e o correto encaminhamento de situações que possam ser prejudiciais para a criança/adolescente; a promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente, destacando-se a tomada de decisão relativa à saúde; e o reconhecimento e valorização das forças e capacidades da família na prestação de cuidados (Regulamento OE n.º 422/2018).

A criança e adolescente, face à sua condição humana e características próprias apresentam uma maior vulnerabilidade e dependência dos seus cuidadores, não podendo ser dissociadas da família que é a principal responsável pelos cuidados que garantem o seu desenvolvimento global (OE, 2015). Face ao exposto, o beneficiário dos cuidados do EEESIP será sempre o binómio criança/família e conseqüentemente, para além de prestar

cuidados especializados à população infantil, deve avaliar e responder às necessidades da família que lida com as mudanças na saúde da criança e na dinâmica familiar, ajudando-a a adaptar-se e a completar mais facilmente essa transição (Regulamento OE n.º 422/2018).

O recurso a referenciais teóricos de enfermagem permite conceptualizar as relações entre a teoria, a prática e a investigação. Desempenham um papel essencial na prática clínica, uma vez que contribuem para a sistematização e organização do pensamento, ajudam a seleccionar e planear os cuidados adequadamente e sustentam e atribuem rigor científico à intervenção na prática profissional (Rua, 2009).

De acordo com a OE (2021), o estágio representa um elemento central no desenvolvimento ou o aprofundar de competências, capacidades e atitudes profissionais que permitem a transição para Enfermeiro Especialista, através da experiência em contexto real em articulação com a mobilização dos saberes adquiridos em componentes teóricas e de investigação. Nesta perspetiva surge o conceito de Prática Baseada na Evidência definido como o método que, no decorrer da prestação de cuidados, recorre à “pesquisa da melhor e mais recente evidência científica, experiência, avaliação clínica, bem como às preferências do doente” para tomar decisões clínicas (OE, 2012, p.10). A relevância deste método destaca-se na complexidade crescente dos contextos de cuidados e dos cuidados em si, sendo a aprendizagem decorrente da prática nestes contextos e a reflexão sobre a mesma que possibilitam o desenvolvimento profissional (Rua, 2009).

Um dos referenciais teóricos que ofereceu uma base para a minha tomada de decisão em contexto de cuidar especializado foi a **Teoria das Transições** de Afaf Meleis (Chick & Meleis, 1986). Através da sua teoria de médio-alcance, Meleis definiu que a *enfermagem* tem uma contribuição única “facilitando as transições para atingir o sentimento de bem-estar” (Meleis & Trangenstein, 1994, p. 256). Neste período ocorrem alterações na rede de suporte social e familiar, bem como períodos de incerteza e instabilidade, sendo preocupação do enfermeiro o processo e as experiências do ser humano que passa pela transição (Meleis, 2010; Meleis & Trangenstein, 1994) A *relação desenvolvida entre o enfermeiro e o utente* consiste num acordo intersubjetivo com empatia, considerada pela autora como a essência do cuidar (Meleis, 2012, p. 254).

Nesta teoria, os *conceitos centrais de enfermagem* são: cliente de enfermagem (“*Nursing cliente*”), transições (“*Transitions*”), interação (“*Interaction*”), processo de enfermagem (“*Nursing Process*”), ambiente (“*Environment*”), terapêuticas de enfermagem (“*Nursing Therapeutics*”) e saúde (“*Health*”) (Meleis, 2012, p. 97).

*Transição* foi definida por Schumacher & Meleis (1994) como a passagem de uma condição, fase de vida ou estado para outra, sendo esse processo despoletado pela mudança resultante das interações complexas que ocorrem entre as pessoas envolvidas e o ambiente e as suas reações, assim como os significados atribuídos à transição ocorrida. São características definidoras “o processo, a desconexão, a percepção, a consciencialização e os padrões de resposta” (Meleis & Trangenstein, 1994, p.256). De acordo com Meleis *et al.* (2000) os períodos de transição tendem a tornar as pessoas implicadas nesse período de instabilidade/*stress* mais vulneráveis e suscetíveis a riscos que podem ter influência na sua saúde. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em SIP deve estabelecer uma relação com o binómio criança/adolescente e família que está num processo de transição, com o propósito de compreender as necessidades e recursos do utente que está em constante interação com o ambiente e implementar *terapêuticas de enfermagem*, enquanto “atividades e ações de enfermagem deliberadamente concebidas para cuidar dos utentes ajudando-os a responder a essas transições de modo a melhorar, facilitar ou recuperar um estado de *saúde* e bem-estar” (Meleis, 2012, p.105).

O processo de transição deve ser considerado em três domínios: a **natureza da transição**, que engloba os *tipos* (desenvolvimental, situacional, saúde/doença e organizacional), os *padrões* (simples, múltiplos, sequenciais, simultâneos e estar relacionados ou não) e as *propriedades* da transição (consciencialização, envolvimento, mudanças e diferenças, duração da transição e eventos e pontos críticos); os **condicionantes da transição** (pessoais, da comunidade ou da sociedade) que consistem nas *condições facilitadoras e dificultadoras da transição* e que permitem ao enfermeiro compreender a experiência de transição do binómio; os **padrões de resposta**, que incluem *indicadores de processo* (sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e processos de *coping*) e de *resultado* (mestria e integração fluida da identidade), que se referem ao progresso experienciado pelo binómio, através da forma como se adapta e responde ao processo de transição. Estes domínios vão guiar as *terapêuticas de enfermagem*, cujo objetivo é assistir o binómio tendo em consideração a sua experiência holística da transição, na criação de condições que propiciam respostas positivas às transições (Meleis, 2012, p. 105) – esquema representação esquemática que representa as relações entre estes domínios encontra-se no Anexo 1. Foram identificadas 3 ações de enfermagem que se aplicam às terapêuticas de enfermagem durante as transições: 1) a avaliação da prontidão para a transição, que requer um esforço multidisciplinar para compreender o indivíduo e avaliar as condições de transição, criando um perfil individualizado que permite identificar os padrões da transição vivenciada; 2) a

preparação da transição, que recorre à educação enquanto meio privilegiado para criar condições ideais para desenvolver competências e assumir gradualmente novas responsabilidades; 3) a “suplementação de papel que consiste num processo deliberado, através do qual são implementadas ações específicas de enfermagem para prevenir ou melhorar uma insuficiência de papel através da clarificação ou da aquisição de novas de funções” (Meleis, 2010, p.17).

As transições são essencialmente positivas, ou seja, o completar de uma transição implica que a criança/adolescente e família tenham atingido a mestria das novas competências e comportamentos, transformando e integrando uma nova definição de si próprio, atingindo assim um período de estabilidade superior àquele em que se encontrava (Meleis & Trangenstein, 1994). As terapêuticas de enfermagem implementadas para atingir este resultado devem contemplar comportamentos e intervenções de enfermagem promotores de esperança uma vez que, os enfermeiros possuem um papel facilitador da esperança do adolescente devido ao contacto prolongado que estabelecem. A esperança adota uma função protetora que ajuda a lidar eficazmente com o processo de transição, tanto nos adolescentes que lidam com a doença e o internamento como nos pais (Hinds, 2004; Kausar *et al.*, 2003). A esperança ao possuir um foco no futuro, origina objetos de esperança desejáveis e possíveis de atingir que ajudam a tomar decisões e fazer escolhas relativas à saúde. No adolescente contribuem para aumentar a tolerância face a situações desagradáveis e conseqüentemente, aumentam a sensação de bem-estar perante a doença, influenciando positivamente a saúde e melhorando os seus resultados (Griggs & Walker, 2016; Hinds *et al.*, 1999) e, nos pais, aumenta sentimentos de força, transcendência e sentido de vida, assim como o sentimento de confiança e competência no papel parental, ajudando no processo de *coping* relativamente à doença do filho (Laranjeira *et al.*, 2020; Maravilha, Marcelino & Charepe, 2021; Kausar *et al.*, 2003).

Perante o exposto, objetivando prestar cuidados facilitadores da esperança aos pais de crianças/adolescentes em processos de transição surge a oportunidade de recorrer ao **Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança** (MIAMPE) de Charepe (2011), enquanto construção teórica que visa desenvolver a esperança nos pais de crianças com doença crónica, recorrendo às práticas colaborativas dos grupos de ajuda mútua, com base nos pressupostos do modelo e particularmente, com base nas experiências e vivências resultantes da prática de cuidados dos técnicos. Neste modelo, Charepe (2011, p.299) baseia-se nos conceitos de:

*Ajuda Mútua* – “Relação estabelecida em reciprocidade entre os pais de crianças com doença crónica que no apoio mútuo encontram um sentido de utilidade. Operacionalizada pela partilha de estratégias e soluções entre pais, facilitada pelos técnicos, permitindo deste modo uma relação horizontal.”

*Partilha* – “Expressões de sentimentos e vivências, potenciadoras de recursos com vista à promoção de esperança nos pais de crianças com doença crónica.”

*Esperança* – “Fenómeno amplo e multidimensional, entendido como uma força de vida dinâmica, importante na promoção, manutenção e sustentação da vida, emergindo das experiências partilhadas. Está associado ao bem-estar psicológico dos pais, e ao desenvolvimento das suas expectativas, podendo proteger os mesmos contra a ansiedade e o sofrimento.”

Este modelo demonstrou-se aplicável para orientar a minha prática em contexto de estágio na medida em que através das suas “Propostas de Intervenção” e “Sugestões de Narrativas para a Facilitação da Partilha” facilitou a redefinição da esperança parental enquanto intervenção de enfermagem sugerida na literatura científica, que capacita os pais para manterem a esperança relativamente à saúde dos seus filhos e contribui para a atribuição de significado, ajudando-os a lidar com o processo de transição em que se encontram (Laranjeira et al., 2020; Reder & Serwint, 2009).

As “Propostas de Intervenção” sugeridas subdividem-se em: Propostas de Intervenção Introdutória; Propostas Formativas; Propostas de (Re) Construção da Esperança e Propostas de Gestão de Vida Social no Grupo de Ajuda Mútua (GAM) e contemplam a inclusão de Rituais (“momentos chave de uma intervenção que é realizada em conjunto pelos membros do GAM, que implicam uma interação padronizada promotora de esperança, pressupondo a repetição ordenada de atividades específicas, operacionalizadas em cada um dos encontros, bem como temáticas atribuídas a cada uma das atividades”), Atividades e Avaliação Processual, que oferecem uma orientação das intervenções mais estruturada para a ação e facilitam a concretização destas propostas (Charepe, 2011, p.303-305). O MIAMPE disponibiliza também “Sugestões de Narrativas para a Facilitação da Partilha” como complemento às propostas de intervenção anteriormente mencionadas. Estas propostas permitem complementar a o percurso de desenvolvimento de competências comunicacionais promotoras de esperança.

## 2.1. Impacto da hospitalização no adolescente

Nos últimos anos tem ocorrido um esforço evolutivo na área da saúde infantil e pediátrica, no sentido de ajustar o ambiente hospitalar aos cuidados pediátricos, no entanto ainda se verifica o impacto negativo da hospitalização nas crianças/adolescente e família, mesmo quando esta ocorre por curtos períodos (Barros, Lourenço, Nunes & Charepe, 2020). Inevitavelmente, a hospitalização representa um período de transição no qual o adolescente se encontra mais vulnerável e sob diversos fatores geradores de *stress* nomeadamente, a separação da família e amigos; a alteração nas rotinas; o afastamento do ambiente que lhe é familiar; a perda de controlo associada ao desconhecido e à falta de informação; a diminuição da liberdade; e também a possibilidade de lesão corporal e dor, que tanto se podem relacionar com a doença, como com procedimentos e tratamentos que ocorrem neste período (Barros, *et al.*, 2020; Sanders, 2014). Ao lidar com estes fatores o adolescente apresenta reações que são influenciadas pela idade e estágio de desenvolvimento; experiência prévia de doença, de separação ou de hospitalização; estratégias de *coping* inatas ou adquiridas; gravidade do diagnóstico e pelos sistemas de suporte que dispõe (Sanders, 2014). Importa compreender as respostas do adolescente aos fatores geradores de *stress*, que dão origem a períodos de instabilidade e expõe-no a riscos que podem afetar a sua saúde, bem-estar ou capacidade de cuidar de si próprio, implementando intervenções que propiciam respostas positivas à transição (Meleis, 2010).

Nesta ótica considerei essencial começar por abordar o conceito de **adolescência**, definida como o período de transição entre a infância e a vida adulta. Neste período, entre os 10 e os 19 anos, os adolescentes experienciam um rápido crescimento físico, cognitivo e psicossocial, que afeta a forma como se sentem, pensam, tomam decisões e interagem com o mundo que os rodeia. Trata-se de uma fase única do desenvolvimento humano na qual surgem oportunidades e riscos resultantes de desafios constantes e confrontos com o mundo que os rodeia (OMS, s.d).

No processo de transição desenvolvimental para a idade adulta, os adolescentes lutam por ser independentes e por se autoafirmarem junto dos pares. Procuram liberdade na busca pela identidade pessoal e consequentemente, assumem condutas que se vão manifestar de forma benéfica para o seu crescimento e desenvolvimento ou de forma nefasta com repercussões na sua saúde, podendo levar à necessidade de hospitalização (OE, 2010). O surgimento de uma transição de saúde-doença, assim como o impacto da hospitalização daí decorrente, interferem neste processo desenvolvimental ameaçando o seu sentido de identidade, através

da limitação das suas habilidades e da separação dos seus sistemas de apoio habituais, o que resulta em sentimentos de perda de controlo, que podem ter impacto nas suas capacidades de enfrentamento relacionadas com a doença e hospitalização (Meleis, 2012; OE, 2010).

Ao lidar com a dependência e impessoalidade que advêm desta transição, os adolescentes podem apresentar reações negativas como a rejeição, afastamento, ausência de cooperação, raiva ou frustração, acabando por se isolar voluntariamente e dificultar o estabelecimento de relações por parte dos profissionais de saúde (Batalha, 2017).

Os enfermeiros especialistas possuem conhecimentos aprofundados na área da SIP, pelo que assumem uma posição de relevo no planeamento e implementação de atividades que reduzem o impacto negativo da transição saúde-doença, tanto nos adolescentes como na família. Ajudam o adolescente a recuperar a saúde e, com recurso a comportamentos e intervenções promotores de esperança e à educação para a saúde, motivam-nos e fornecem as ferramentas necessárias à adoção de comportamentos potenciadores de saúde, ajudando-os a responder e ultrapassar a situação de crise de modo a melhorar ou recuperar um estado de saúde e bem-estar (OE, 2017; Meleis, 2012).

A prestação de cuidados de enfermagem à população pediátrica deve basear-se na filosofia de **Cuidados Centrados na Família** (CCF) que reconhece o importante papel da família na prestação de cuidados e dita que na hospitalização devem ser minimizados os efeitos da separação do seu meio ambiente (Bry & Wigert, 2019). Neste sentido, defende que o cuidar se baseia no estabelecimento de uma comunicação efetiva com predomínio na partilha de conhecimentos, permitindo o envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação acerca de cuidados de complexidade crescente geridos pela família, sob supervisão e suporte do enfermeiro especialista (Sanders, 2014).

A unidade familiar tanto recebe apoio como participa nos cuidados, com base na sua experiência em cuidar do adolescente, nas suas forças, crenças, valores e cultura (Sanders, 2014). Está comprovada na literatura a relevância desta filosofia de cuidados na melhoria da experiência de hospitalização, uma vez que possibilita a manutenção das rotinas da família enquanto dura a transição, havendo também um esforço para que os papéis e laços familiares não se alterem podendo até ser reforçados (Lima, Carvalho, Silva & Melo, 2020; OE, 2017).

Outro foco da enfermagem pediátrica são os **cuidados atraumáticos** que consistem na prestação de cuidados terapêuticos nos diversos contextos de saúde, com o objetivo de não causar dano e minimizar o impacto negativo da hospitalização, com base nos princípios:

evitar ou minimizar os efeitos da separação da família, promover a sensação de controle e evitar ou minimizar lesões ou dores (Sanders, 2014).

A hospitalização é referida em diversos estudos pelo seu impacto negativo e gerador de *stress* nas crianças/adolescentes e família devido ao ambiente que se pode revelar ameaçador, às rotinas hospitalares, aos procedimentos dolorosos, à dor proveniente da doença ou até ao medo da morte despoletado pelo internamento e por tudo o que com ele se relaciona (Barros, *et al.*, 2020; Vejzovic, Bozic, Panova, Babajic & Bramhagen, 2020).

### *Respostas dos Adolescentes à Dor*

A lesão corporal e a dor representam medos frequentes em todas as idades, inclusive na adolescência, podendo ser causados por procedimentos ou pela incapacidade e/ou alteração da imagem corporal daí resultantes (Sanders, 2014). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013) a dor ainda é subvalorizada na população pediátrica, apesar dos inúmeros estudos que provam a importância da gestão da dor. A dor é descrita como uma experiência subjetiva, pelo que cada adolescente irá experienciá-la e descrevê-la de acordo com o significado que lhe atribui, o que depende das experiências por si vivenciadas e do seu estado de desenvolvimento físico, emocional e intelectual (Wright, Louttit, Pasternak, Irwin & Spruit, 2021; Barros, *et al.*, 2020; OE, 2013).

É um dever dos enfermeiros e um indicador de boas práticas proteger o adolescente de cuidados geradores de dor e sofrimento ou, se não for possível, deve atuar no sentido de reduzir ao máximo a dor e o sofrimento (Batalha, 2017; OE, 2013), motivo pelo qual se justifica a abordagem ao adolescente com dor neste percurso formativo. Assim, baseei-me na recomendação que consta no artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada “(...) As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.” (Vasco, *et al.* 2016) e no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem: na procura pela excelência no exercício profissional o EEESIP “concretiza atividades com responsabilidade e rigor técnico/científico que minimizam o impacto dos fatores stressantes da hospitalização e/ou vivências de situações de risco ou doença crónica; estabelece uma parceria com o jovem com vista à sua participação, capacitação e negociação nos cuidados; facilita a comunicação de emoções; utiliza estratégias motivadoras para que o adolescente desempenhe adequadamente os seus papéis de saúde; aproveita oportunidades para facilitar a aquisição de conhecimentos de saúde; implementa estratégias promotoras de esperança; e prescreve intervenções de gestão

da dor recorrendo a conhecimentos e habilidades sobre estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor” (OE, 2011, p. 6-12).

O destaque atribuído à gestão da dor desde o nascimento deve-se ao seu impacto no processo de desenvolvimento do sistema nervoso, que resulta num maior risco de dor recorrente e de incapacidade na transição para a idade adulta, podendo estar interligado ao desenvolvimento de condições de dor crónica (Wright, *et al.*, 2021). A médio prazo também pode acarretar alterações negativas nas relações com os pares, no sono e na qualidade de vida, contribuindo para o absentismo escolar (Mikkelsen, Haraldstad, Helseth, Skarstein, Småstuen, & Rohde, 2021). O inadequado tratamento da dor aumenta o medo, incerteza e ansiedade, reduz a satisfação do binómio e tem um impacto negativo na recuperação, podendo relacionar-se com o aumento do tempo de internamento, aumento da recorrência ao serviço de Urgência e reinternamentos precoces (Wright, *et al.*, 2021; Vejzovic, *et al.*, 2020).

O conhecimento do adolescente e família relativamente à gestão e tratamento da dor advém da transmissão de informação e da preparação antecipada, através de técnicas de comunicação eficazes, relativamente ao internamento, aos procedimentos e tratamentos e/ou sobre a própria doença (Barros, *et al.*, 2020). A inclusão da família na tomada de decisão sobre o tratamento da dor e a sua presença junto do adolescente, contribuem para aumentar o recurso a estratégias de controlo da dor, reduzindo a ansiedade, sofrimento e medo, que podem agravar a dor e contribuem para aumentar os níveis de esperança, a adesão e colaboração nos cuidados (Senger, Bryce, McMahon & Baerg, 2021; Barros, *et al.*, 2020; Hinds, *et al.*, 1999).

Na obtenção da história da dor do adolescente, é recomendado recorrer à observação e entrevista ao adolescente e família, com recurso a escalas para avaliar a dor (OE, 2013). As escalas abordadas na literatura que estão validadas para a população pediátrica e que são recomendadas para avaliar a intensidade da dor no adolescente são a escala de Faces de Wong-Baker, a escala Visual Analógica, a escala Numérica e a escala Qualitativa (Wright, *et al.*, 2021; Orientação nº 014/2010; Circular Normativa nº 09/DGCG). A entrevista é uma ferramenta essencial no atendimento de enfermagem ao adolescente e permite a recolha de informação, bem como o estabelecimento de canais de comunicação para o futuro (OE, 2010). É através da comunicação que se estabelece todo o processo assistencial ao adolescente, mostrando-se fundamental para o estabelecimento da relação terapêutica e para recolher informações determinantes para identificar e planear as necessidades de cuidados, nomeadamente no que respeita à hospitalização e à gestão da dor.

A aplicabilidade destas competências na prática clínica resulta no desenvolvimento de estratégias comunicacionais adequadas à idade e nível de desenvolvimento do adolescente. O conhecimento sobre as fases de desenvolvimento do pensamento e linguagem, facilita a estruturação da comunicação com o adolescente. Perante o adolescente e família, deve ser adotada uma postura empática, dando abertura para a colocação de dúvidas, expressão de emoções e evitando emitir julgamentos ou juízos de valor (OE, 2010). De acordo com Martinez, Tocantins & Souza (2013) é estabelecida uma comunicação adequada quando se tentam diminuir conflitos e mal-entendidos e atingir objetivos definidos para resolver os problemas identificados durante a interação. Deve-se considerar que os pais/pessoas significativas são as pessoas que melhor conhecem o adolescente, valorizando sempre as informações por si transmitidas, mas dando ênfase ao envolvimento do adolescente no diálogo, valorizando a sua opinião e pontos de vista e demonstrando respeito pela sua privacidade (OE, 2015; 2010).

A entrevista motivacional é uma estratégia comunicacional à qual o enfermeiro pode recorrer na sua prestação de cuidados com o intuito de motivar o adolescente e família a reforçar o seu compromisso de mudança relativamente à saúde (Berkel, Mauricio, Rudo-Stern, Dishion & Smith, 2020). Esta abordagem terapêutica é uma forma eficaz de intervenção breve, muito utilizada aquando se recorre à entrevista ao adolescente com comportamentos de saúde de risco, controlo da dor e adesão aos cuidados de saúde. É considerada uma prática baseada na evidência que recorre a técnicas de comunicação centradas no adolescente. Como resultados associados observa-se um aumento da satisfação com os cuidados, uma melhor adesão ao tratamento e uma maior sensibilização perante problemas psicossociais. Na implementação desta abordagem, o enfermeiro deve seguir quatro princípios: a expressão genuína de empatia, ajudar o adolescente e família a diferir o seu comportamento atual do comportamento que objetivam atingir, permitir que encontrem livremente as soluções e respostas para a sua mudança e apoiar a sua autoeficácia (Erickson, Gerstle & Feldstein, 2005). As técnicas motivacionais sugeridas são: recurso a questões abertas, escuta reflexiva, recurso a afirmações para elogiar ou demonstrar compreensão sobre o que foi dito, resumir os aspetos-chave abordados e reforçá-los e incentivar o discurso de mudança (Erickson, *et al.*, 2005). O recurso a esta estratégia para motivar a mudança no adolescente leva-o a assumir uma postura resiliente e desenvolver estratégias de *coping* para lidar com o processo de mudança. Ao atingir o comportamento desejado, a sua confiança e autoestima aumentam, bem como os níveis de esperança (Griggs & Walker, 2016; Scoloveno, 2015; Wu, *et al.*, 2009). Promove-se assim o envolvimento do binómio nos cuidados, são implementadas

intervenções preventivas com maior sucesso e é obtida uma melhor resposta na resolução de sintomas nomeadamente, um melhor controlo da dor (Berkel, *et al.*, 2020; Erickson, *et al.*, 2005).

Na abordagem à dor, a literatura sugere que se recorra a estratégias farmacológicas e não-farmacológicas para reduzir a dor e o sofrimento (Wright, *et al.*, 2021; OE, 2013). Neste sentido, enquanto intervenção autónoma de enfermagem e indo ao encontro das competências específicas do EEESIP no cuidado ao adolescente com dor, o aprofundado conhecimento sobre as estratégias não-farmacológicas e a sua adequada implementação demonstram-se eficazes em situações de dor aguda, procedimentos dolorosos e ansiedade (OE, 2013). Estas estratégias assumem destaque visto que podem ser implementadas isoladamente ou conjuntamente com a administração de analgesia prescrita, com benefícios verificados ao nível dos fatores psicológicos e comportamentais da dor, permitindo alterar a perceção da dor, aumentar a sensação de controlo da dor e potenciar a autonomia na sua gestão. Como resultado observa-se uma melhor gestão da dor e redução do medo, ansiedade e depressão - sintomas frequentes no adolescente hospitalizado (OE, 2013).

As estratégias não-farmacológicas mencionadas na literatura como sendo as mais indicadas para o adolescente podem ser agrupadas em 4 tipos de intervenções/métodos (OE, 2013):

**Cognitivas:** o *fornecimento de informação antecipatória* sobre os procedimentos a realizar, enquanto dever do enfermeiro e direito do adolescente, recorrendo a linguagem adequada; a *distração* que redireciona a atenção do adolescente para situações não relacionadas com a dor, por exemplo ouvir música, conversar sobre as suas preferências ou ver vídeos; o *reforço positivo*, elogiando o comportamento ou a colaboração do adolescente; a *imaginação guiada* que possibilita o relaxamento e sensação de bem-estar através da concentração obtida ao focar o pensamento numa ideia ou imagem agradável; *simulação ou modulação* que simula a situação real, reduzindo a ansiedade;

**Comportamentais:** a *distração comportamental* que recorre à atividade física antes do procedimento, ajudando a reduzir a ansiedade e o medo e o *relaxamento muscular* que recorre a estratégias que diminuem a tensão muscular e induzem a sensação de relaxamento, aumentando o autocontrolo e conseqüentemente, diminui a ansiedade e melhora a relação com o enfermeiro devido à atenção disponibilizada, é exemplo a respiração diafragmática;

**Cognitivo-comportamentais:** combinam intervenções dos dois grupos anteriores, com o intuito de ajudar o adolescente a compreender que os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos estão relacionados e têm impacto na dor que sente;

**Físicos:** a aplicação de calor ou frio na zona dolorosa causa um efeito analgésico; a massagem ajuda a aliviar a dor através do relaxamento e distração e os posicionamentos promovem o conforto.

A literatura aborda também o recurso ao **humor** enquanto estratégia não-farmacológica atribui a sensação de leveza e prazer às situações adversas e permite relativizar certos aspetos, oferece uma visão mais aceitável e tranquila da situação, possibilita que situações difíceis sejam desdramatizadas e incita o sorriso e o riso que se associam ao prazer e bem-estar (OE, 2013). É também a única intervenção que contribui efetivamente para promover o aumento dos níveis de esperança, uma vez que atua diretamente na capacidade de o adolescente experienciar possibilidades futuras para si e para os outros, uma importante fase do processo de construção da esperança (Hinds, 2000; Hinds, Martin & Vogel, 1987). O ensino e implementação destas estratégias não farmacológicas de controlo e alívio da dor, reflete o envolvimento do enfermeiro através do cuidado onde prevalece a verdade, o foco positivo no futuro, a partilha de conhecimento e a participação em atividades lúdicas o que, para além de contribuir para o controlo da dor, também se relaciona com a esperança enquanto componente essencial do cuidado de enfermagem (Hinds, Martin & Vogel, 1987). A arteterapia, a musicoterapia e as terapias complementares também são estratégias identificadas como eficazes, ainda que menos frequentes na prática de enfermagem.

A brevidade do contacto estabelecido com os adolescentes em alguns contextos de saúde é considerada um obstáculo à implementação destas estratégias. A evidência demonstra o potencial do uso de tecnologias de informação e comunicação no aumento do impacto dos cuidados de saúde e na promoção do envolvimento e da educação dos adolescentes, emergindo a definição de saúde digital. As tecnologias digitais de saúde facilitam a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e da autoeficácia dos adolescentes, contribuindo para a mudança de comportamentos relacionados com a saúde (Wong et al., 2020).

O enfermeiro especialista enquanto detentor de conhecimentos e competências para prestar cuidados avançados à população pediátrica em todos os contextos de saúde, possui uma maior compreensão das etapas de desenvolvimento infantil, que se repercutem na prestação de cuidados humanizados e seguros, que respondem à globalidade do adolescente e procuram satisfazer as suas necessidades. Deve recorrer a uma abordagem motivacional promotora de esperança, de forma a motivar a tomada de decisão do adolescente relativamente à mudança de comportamentos que facilitam a adesão aos tratamentos,

promovendo a sua saúde e bem-estar e ajudando-o a manter resultados de saúde positivos (Regulamento OE n.º 422/2018).

### **3. Esperança no Adolescente em Contexto dos Cuidados de Enfermagem:**

#### ***Scoping Review***

A temática que sustentou os processos de decisão em situações de cuidado ao adolescente de especial complexidade, foi referente à Esperança no Adolescente em Contexto dos Cuidados de Enfermagem, sobre a qual incide a realização da presente Scoping Review. Esta revisão insere-se numa revisão mais ampla e pretendeu responder a uma das suas questões de revisão com enfoque nas intervenções de enfermagem (protocolo registado na Open Science Framework a 12 de novembro de 2021 - Anexo 2).

**Resumo:** A presente revisão objetiva mapear o conhecimento existente acerca da esperança no adolescente em contexto dos cuidados de enfermagem, com enfoque nas intervenções de enfermagem. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Pubmed e Cinahl e incluídos estudos qualitativos, quantitativos e mistos, bem como revisões sistemáticas e artigos de opinião, nos idiomas português e inglês e sem friso temporal. Definiu-se a População: Adolescentes, o Conceito: Esperança e o Contexto: Cuidados de Enfermagem. Foram identificados na literatura comportamentos e intervenções de enfermagem que influenciam, promovem ou inibem o processo de auto-sustentação do adolescente, afetando os seus níveis de esperança. Face aos resultados obtidos, verificou-se a necessidade de mais investigação acerca do impacto das intervenções de enfermagem na esperança do adolescente.

**Introdução:** A esperança é uma componente fulcral do processo de cuidados de enfermagem e tem sido abordada por diversos autores desde 1971, nomeadamente Joyce Travelbee e Martha Roberts que abordaram que era função do enfermeiro promover a esperança dos doentes e Jean Watson que identificou que a esperança é indissociável dos cuidados de enfermagem e contribui para a recuperação da doença, possuindo um efeito terapêutico na saúde. A literatura abordava a influência positiva dos enfermeiros nos níveis de esperança dos doentes verificando-se um efeito benéfico da esperança sobre os resultados de saúde (Hinds, Martin & Vogel, 1987; Hinds, 1984). A maioria das definições de esperança existentes na literatura eram consideradas abstratas e pouco uniformizada e baseavam-se na população adulta internada em cuidados intensivos, com problemas

psiquiátricos ou com doenças terminais (Hinds, 1984). Face à escassez de investigação sobre a esperança nos adolescentes e à impossibilidade de generalizar as definições de esperança no adulto para o adolescente, a teórica Pamela Hinds (1984) recorreu a uma *grounded theory* para estudar e definir o conceito de esperança no adolescente (Hinds, 1984). Assim, a **esperança no adolescente** define-se como o grau no qual o adolescente possui uma crença reconfortante ou sustentada pela vida e baseada na realidade, que existe um futuro positivo para si e para os outros (Hinds, 2004). É um conceito que detém uma natureza dinâmica, tratando-se de uma qualidade interna que emerge da interação com os outros, sendo influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos ao adolescente, sobretudo a família, os amigos e os enfermeiros (Hinds, 2004; 2000; Hinds, et al., 1999). Os enfermeiros possuem a capacidade de influenciar a esperança no adolescente devido ao contacto prolongado que estabelecem em contexto hospitalar (Hinds, Martin & Vogel, 1987).

A autora identificou seis características do conceito de esperança: possui uma natureza dinâmica; é sensível a mudanças situacionais; trata-se de uma crença; é baseada na realidade; detém um foco orientado para o futuro, originando os objetos de esperança; e desenvolve-se em graus ou níveis, pelo que a sua avaliação deve identificar a sua intensidade (Hinds, 2004; Hinds et al., 1999; Hinds & Gattuso, 1991). Estes graus são constituídos por 4 dimensões, nas quais a esperança no adolescente se desenvolve de forma crescente: **Esforço forçado** (ocorre um esforço consciente para visualizar um futuro mais positivo); **Possibilidades pessoais** (acredita que poderá existir uma segunda oportunidade para si próprio); **Expectativa de um amanhã melhor** (ocorrem pensamentos positivos, mas sem uma orientação específica para o futuro); **Antecipação de um futuro pessoal** (identifica, de forma natural, possibilidades específicas e positivas para o seu futuro) (Hinds, 1984).

Por se tratar de uma crença baseada na realidade, foi identificada uma diferença conceptual entre esperança e desejo (Hinds, et al., 1999). O desejo relaciona-se com a ilusão relativa a um futuro desejável que poderá vir a ocorrer num tempo distante, já a esperança exige um comportamento ativo sobre algo real que permite a sua exequibilidade num curto espaço de tempo ou no imediato (Hinds, 2000; Hinds et al., 1999; Hendricks-Ferguson, 1997).

Face a situações de doença complexa, a esperança adota uma função protetora que previne o desespero e aumenta a tolerância face a situações nas quais as necessidades dos adolescentes não foram satisfeitas, tendo sido associada a indicadores de saúde positivos (Griggs & Walker, 2016). A função protetora da esperança afeta diretamente a sensação de bem-estar, facilitando a adesão e tolerância ao tratamento e conseqüentemente, influencia positivamente a saúde e melhora os seus resultados (Hinds et al., 1999).

Estão descritos na NANDA 2021-2023 dois possíveis diagnósticos associados ao conceito de esperança, a *disposição para esperança aumentada* e a *desesperança*. A disposição para esperança aumentada é definida como o padrão de expectativas e desejos para mobilizar energias em benefício próprio que pode ser melhorado, são exemplo de características definidoras as verbalizações do desejo de aumentar a esperança, a percepção de sentido de vida ou a capacidade para estabelecer objetivos ou metas alcançáveis (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021). No caso da desesperança é definida como a sensação de que não serão experienciadas emoções positivas ou melhorias na sua condição clínica e tem como características definidoras a verbalização de esperança diminuída, de futuro incerto, de falta de motivação para o futuro e a incapacidade de projetar a sua vida no futuro. O adolescente que apresenta como condições associadas a doença crónica ou complexa, doença oncológica ou doença terminal, é considerado em risco para este fenómeno (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021).

Este aspeto enfatiza a necessidade de compreender qual o conhecimento existente na literatura acerca da esperança no adolescente em contexto dos cuidados de enfermagem.

Foi formulada uma **questão de revisão** principal “Qual o conhecimento de enfermagem produzido acerca da esperança no adolescente em contexto dos cuidados de enfermagem?” e como questão de revisão secundária “Quais as intervenções de enfermagem promotoras de esperança no adolescente?”.

**Material e Métodos:** Esta revisão seguiu a metodologia da JBI (Peters, Godfrey, McInerney, Munn, Tricco & Khalil, 2020), a saber:

1. Protocolo e Registo: A realização do protocolo de pesquisa seguiu um fluxograma do processo de revisão - PRISMA-ScR. O protocolo foi registado na *Open Science Framework* a 12 de novembro de 2021 (Anexo 2).

2. Critérios de Inclusão: Selecionaram-se como **critérios de inclusão:** População – adolescentes (10-19 anos); Conceito – esperança; Contexto - cuidados de enfermagem. O período da adolescência é definido pela OMS (s.d) como o período entre a infância e a idade adulta, especificamente entre os 10 e os 19 anos de idade, representando uma fase única de crescimento e desenvolvimento humano e constituindo o último período de desenvolvimento da infância. A esperança no adolescente foi definida como o grau em que o adolescente possui uma crença reconfortante e sustentada pela vida, baseada na realidade, de que existe um futuro possível e positivo para si e para os outros (Hinds, 2004). Por fim, os cuidados de enfermagem são definidos como o processo de cuidados de enfermagem (avaliação inicial,

diagnóstico e intervenção de enfermagem, avaliação dos resultados) com recurso à interação estabelecida entre o enfermeiro e o adolescente através da comunicação verbal e não verbal, na qual ocorre troca e interpretação de informação e partilha de valores, necessidades e desejos de cada elemento desta díade (Fawcett, 1984). Quanto ao tipo de fontes foram considerados estudos de natureza quantitativa, qualitativa ou mista, bem como revisões sistemáticas de literatura e artigos de opinião, nos idiomas português e inglês. Tratando-se de um tema pouco abordado, não foi delimitado friso temporal na pesquisa.

3. Tipos de fontes: A pesquisa foi dividida em três etapas distintas (Peters, *et al.*, 2020). Com o intuito de identificar os desenhos dos estudos existentes neste âmbito, procedeu-se a uma pesquisa preliminar nas bases de dados *Prospero* e *Open Science Framework*. Foi obtido um único resultado na *Prospero* sobre uma síntese temática de estudos qualitativos acerca da experiência da esperança em famílias de crianças e adolescentes com doença crónica. Este resultado veio reforçar e justificar a pertinência da realização de uma *scoping review*. A primeira etapa iniciou-se com a pesquisa nas bases de dados CINAHL e Pubmed - via EBSCO com a finalidade de fazer um levantamento dos termos mais utilizados sobre a temática em estudo, através da análise de títulos e resumos. Na segunda etapa, foram adicionados às palavras-chave identificadas na pesquisa anterior os termos indexados para cada base de dados, bem como os operadores booleanos, obtendo-se uma equação de pesquisa rigorosa e congruente com a pesquisa nas bases de dados selecionadas. Numa etapa futura, serão agrupadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados, o que permitirá incluir outros potenciais estudos, maximizando os resultados da pesquisa.

4. Pesquisa: A questão de pesquisa foi adaptada às bases de dados selecionadas. As palavras-chave foram combinadas com os operadores booleanos e, quando possível, com o operador asterisco (\*) identificando variantes da palavra original. Foram usados os seguintes termos: Adolescen\* OR Teen\* OR Youth\* OR “Young people” OR "Adolescent"; Hope OR hopes OR hopefulness; “Nursing\*” OR “Nursing Care\*” OR “Care, Nursing\*” OR “Nursing Diagnosis\*” OR “Diagnosis, Nursing\*” OR Diagnoses, Nursing\* OR Nursing Diagnoses\* OR Nurs\* OR “Nursing Intervention\*” OR “Nursing Outcomes\*”.

5. Seleção dos artigos: Após finalizada a pesquisa, todos os artigos foram inseridos no software de gestão de referências bibliográficas Mendeley e foram removidos os duplicados. Seguiu-se a seleção dos artigos por dois revisores independentes, recorrendo ao software Rayyan, com base nos critérios de inclusão enunciados previamente. A primeira análise consistiu na leitura dos títulos e resumos e, posteriormente procedeu-se à leitura do texto

integral dos artigos selecionados. Os artigos que não cumpriam os critérios de inclusão foram excluídos, tal como os artigos aos quais não obtivemos acesso ao texto integral. Os resultados de pesquisa encontram-se espelhados através do recurso a um fluxograma do processo de revisão - PRISMA-ScR (Apêndice 1).

6. Extração de Dados: Os dados foram extraídos com recurso a uma tabela de extração de dados, alinhada com o objetivo e com as questões de revisão (Apêndice 2). Os artigos incluídos foram lidos na íntegra. Cada autor extraiu os dados individualmente, seguidamente foram comparados os dados e resolvidas divergências, recorrendo-se a um terceiro revisor.

7. Artigos incluídos: Foi realizada a leitura integral e extraída informação sobre os autores, ano de publicação, objetivo do estudo, população, conceito e contexto em estudo e os resultados com maior relevância para as questões de revisão formuladas.

8. Síntese dos Resultados: A informação relevante de cada artigo consta na tabela com as características dos estudos incluídos (Apêndice 2), permitindo a síntese dos resultados.

## **Resultados**

9. Estudos Incluídos: No total foram incluídos 156 artigos após a leitura dos títulos, restando 60 artigos após a avaliação dos resumos. Destes artigos, os que não cumpriam os critérios de inclusão foram excluídos restando 29, dos quais foram excluídos os duplicados entre as duas bases de dados, do que resultou uma amostra final de 20 artigos. Este processo de identificação e inclusão dos estudos encontra-se esquematizado através de um fluxograma conjunto (Apêndice 1).

Características dos Estudos Incluídos: A presente revisão não deteve delimitação de friso temporal, pelo que os estudos compreendem um intervalo de tempo entre 1984 e 2017. A maioria da população abrangida pelos estudos remete-nos para adolescentes com doença oncológica, o que pode constituir uma limitação à presente revisão. No que concerne à origem dos estudos, a maioria (80%) reporta a artigos publicados nos Estados Unidos da América, o que poderá ser considerada outra limitação face à limitação espacial da população estudada, cujas conclusões podem não se transpor às populações de outros países.

## **Apresentação e Discussão dos Resultados**

*A Esperança no Adolescente em contexto dos cuidados de enfermagem:* Todos os artigos analisados reconhecem a esperança como uma componente essencial do cuidado de enfermagem. A esperança é considerada um fenómeno subjetivo e complexo, uma força interna e multidimensional, pelo que tem sido estudada e descrita por inúmeras disciplinas

(Mahon & Yarcheski, 2017; Hendricks-Ferguson, 1997). Este fenómeno é considerado uma característica humana e uma qualidade, focada em expectativas futuras positivas, que permite ao indivíduo transcender desilusões e renunciar a derrota, podendo ser alvo de reforço por parte de pessoas externas, mobilizando-o no sentido de alcançar os objetivos (Mahon & Yarcheski, 2017; Hinds, Martin & Vogel, 1987).

A esperança assume maior significado no adolescente porque é nesta fase que se começam a formar os pensamentos e as decisões acerca do futuro (Mahon & Yarcheski, 2015).

É considerada uma resposta humana ao processo de saúde/doença (Hendricks-Ferguson, 1997), estando intimamente relacionada com a sensação de bem-estar, motivação, adesão aos tratamentos, bem como à qualidade de vida, detendo uma função protetora que previne o fenómeno da desesperança (Mahon & Yarcheski, 2017; Juvakka & Kylmä, 2009; Hinds, 2004; Hinds et al., 1999).

Apesar de ser abordada por diferentes disciplinas e inúmeros teóricos, a maioria das definições conceptuais de esperança que vigoravam até 1980, provinham de estudos realizados com a pessoa adulta, pelo que foi necessário compreender este conceito no adolescente (Hendricks-Ferguson, 1997; Hinds, 1984). Em 1984 surgiu o conceito de esperança no adolescente, proposto por Pamela Hinds através de uma *grounded theory*, reformulado em 2004 pela mesma autora, após se ter destacado num estudo a preocupação e foco do adolescente no outro, além de si próprio. Atualmente, existe somente uma definição de esperança no adolescente, que consiste no grau em que o adolescente possui uma crença reconfortante e sustentada pela vida, baseada na realidade, de que existe um futuro possível e positivo para si e para os outros (Hinds, 2004).

Hendricks-Ferguson (1997) identificou uma limitação na definição, o facto de não abranger a dimensão espiritual do adolescente. Juvakka & Kylmä (2009) corroboram esta definição ao referirem que a esperança dos adolescentes é um fenómeno bidimensional, traduzindo-se em esperança como um recurso interno e em esperança intencional dirigida para algo.

É evidenciado que a esperança é influenciada por inúmeros fatores, podendo ser intrínsecos ou extrínsecos ao adolescente (Hinds, 2004; 2000). Relativamente aos fatores intrínsecos, destaca-se a idade, o género, a fase de desenvolvimento, o bem-estar espiritual, a autoestima, a resiliência e as estratégias de *coping* do adolescente. O único fator extrínseco encontrado na literatura foi o apoio social .

Os dados existentes acerca da influência da variável **idade** nos níveis de esperança do adolescente são controversos. Hinds (2000) constatou que adolescentes com idade inferior a quinze anos estão particularmente suscetíveis às dificuldades inerentes ao diagnóstico de

doença crónica ou complexa, estando em risco de apresentar *scores* de esperança mais baixos. Esta ideia foi refutada por Ritchie (2001) que defende que a variável idade não influencia os níveis de esperança do adolescente. Hendricks-Ferguson (2006) procurou esclarecer a influência desta variável e concluiu que a idade tem influência nos níveis de esperança do adolescente. Devido à sua maturidade cognitiva, os adolescentes mais novos possuem uma menor capacidade para processar informação e adotar um pensamento abstrato e introspetivo, apresentam uma necessidade consciente e constante de se sentirem iguais aos seus pares e apresentam maior suscetibilidade ao constrangimento e à diferença, refletindo-se em *scores* de esperança mais baixos.

O **género** também influencia a esperança no adolescente, constatando-se que as raparigas detêm níveis mais elevados de esperança do que os rapazes (Hendricks-Ferguson, 2006; Hinds, 2004; Hinds et al., 1999). Este facto parece estar interligado com a tipologia dos objetos de esperança, que nas raparigas se relacionam com a integridade e proximidade familiar durante os tratamentos, sendo mais facilmente concretizáveis durante o processo de doença e o internamento, refletindo-se em *scores* de esperança mais elevados contrariamente aos rapazes que identificam como objetos de esperança as realizações pessoais e o sucesso académico e desportivo (Hendricks-Ferguson, 2006; Hinds et al., 1999).

Hendricks-Ferguson (2008) abordou a correlação entre o **bem-estar espiritual** e a esperança do adolescente. Analogamente aos resultados obtidos por Ritchie (2001) concluiu que ocorre uma ligeira diminuição dos níveis de esperança no adolescente dois a três anos após o diagnóstico de doença complexa, coincidindo com uma diminuição nos níveis de bem-estar espiritual, podendo haver uma relação entre as duas variáveis.

No estudo de Ritchie (2001) foi identificado que a **autoestima** seria o mais significativo preditor de esperança. Griggs & Walker (2016) corroboram estes resultados.

A relação entre as variáveis **resiliência** e esperança foi estudada por Scoloveno (2015), chegando à conclusão que esta funciona como um forte preditor de esperança, visto que é um fator intrínseco que detém um efeito direto e positivo na esperança do adolescente. Kim, Kim & Kim (2018) e Griggs & Walker (2016) também identificam a resiliência como um resultado da esperança.

Por último, o **coping** é descrito por Canty-Mitchell (2001) como um fator influenciador da esperança, conclusão partilhada por Wu, Chin, Haase & Chen (2009) através de um estudo fenomenológico onde verificou que a implementação de estratégias de *coping* contribuiu para aumentar a confiança e a coragem, resultando no aumento dos níveis de esperança. Já Griggs & Walker (2016) referem que a esperança afeta positivamente o *coping*.

A esperança no adolescente também pode ser influenciada de forma positiva ou negativa, por fatores externos, como atitudes e comportamentos dos diferentes membros da família, amigos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, uma vez que, uma condição essencial para a esperança no adolescente prende-se com a interação social com o outro, não podendo a mesma ser alcançada de forma isolada (Hinds, 2004; Hinds et al., 1999; Hinds, Martin & Vogel, 1987). Assim revela-se a importância do **apoio social** para a esperança no adolescente, que através da prestação de apoio emocional, permite a expressão de sentimentos e transmite apoio e positivismo (Juvakka & Kylmä, 2009), confirmando que o aumento do apoio social aumenta os *scores* de esperança (Kim, Kim & Kim, 2018). Mahon & Yarcheski (2017) concluíram através de uma meta-análise a importância do apoio social dos amigos e dos pais para a esperança do adolescente. Identificou a prevalência do apoio social dos amigos sobre o apoio dos pais, na medida em que os amigos assumem um papel de extrema importância durante a adolescência. Em relação aos enfermeiros, Hinds, Martin & Vogel (1987) reforçam a ideia de que o seu contacto prolongado com os adolescentes, atribui-lhes um papel facilitador da esperança no adolescente (Hinds, 2004; Hinds et al., 1999).

Conhecendo as variáveis influenciadoras da esperança, importa compreender o processo de construção de esperança abordado por Pamela Hinds. A esperança no adolescente constrói-se através de um **Processo de Auto-Sustentação**, que diz respeito ao progresso natural que permite aos adolescentes que lidam com situações ameaçadoras da sua saúde, adotar estratégias eficazes na aquisição de competências que lhes permitam resolver as ameaças à saúde e alcançar a esperança (Hinds, 2004). Este processo é constituído por quatro fases: o *desconforto cognitivo* diz respeito ao nível em que os adolescentes experienciam sensações de mal-estar psicológico, em consequência de pensamentos negativos relacionados com a sua situação de saúde/doença; a *distração* prende-se com um esforço intencional gerado pelos adolescentes, no sentido de substituir os pensamentos desencorajadores da fase anterior, por pensamentos mais satisfatórios; o *conforto cognitivo*, onde os adolescentes experienciam possibilidades futuras para si e para os outros; e a *competência pessoal*, os adolescentes sentem-se mais resilientes e adaptados às situações ameaçadoras da sua saúde (Hinds, 2000). Estes quatro componentes interrelacionam-se, dado que quanto mais desconforto cognitivo experienciarem, maior o esforço despendido na fase da distração para alcançar elevados níveis de esperança. Trata-se de um processo dinâmico que detém uma duração variável de adolescente para adolescente (Hinds, 2000).

*Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança no Adolescente:* A interação social é uma condição essencial para a esperança no adolescente, que é influenciada por inúmeros fatores, entre os quais se destaca o processo assistencial dos enfermeiros (Hinds et al., 1999). No decorrer do processo de Auto-Sustentação do adolescente foram identificadas intervenções e comportamentos específicos de enfermagem capazes de facilitar, promover ou inibir a esperança no adolescente (Hinds, 2004, 2000).

Foram identificadas sete categorias de comportamentos facilitadores de esperança no adolescente através da distração cognitiva, que combinados espelham o **Envolvimento do Enfermeiro** através da transmissão de empatia e compromisso (Hinds, 2004).

Os *comportamentos facilitadores de esperança* no adolescente identificam-se através: do recurso a explicações honestas e verdadeiras; da demonstração de disponibilidade e interesse em participar em atividades de distração com o adolescente; da conversação sobre assuntos do interesse do adolescente que não se relacionam exclusivamente com a doença; da demonstração de competência para cuidar; de ser atencioso; de encorajar o adolescente a manter um foco positivo no futuro e, por último através da partilha de conhecimento sobre adolescentes com experiências semelhantes e que sobreviveram (Hinds, 2004; 2000; Hinds, Martin & Vogel, 1987). Estes comportamentos realçam as competências do adolescente para ativar mecanismos naturais para lidar com a doença.

O recurso ao Humor ou também nomeado de “Enfermagem Humorística” foi a *única intervenção* identificada nesta revisão que *afeta diretamente e de forma positiva a esperança* no adolescente. Esta intervenção consiste numa tentativa de envolvimento e interação lúdica que atribui leveza à situação e permite uma fuga temporária da realidade, tornando-a mais tolerável e aumentando a capacidade de enfrentamento do adolescente. Esta estratégia atua diretamente no conforto cognitivo, promovendo o aumento dos níveis de esperança (Hinds, 2000; Hinds, Martin & Vogel, 1987).

Estas características do enfermeiro na relação com o adolescente, influenciam positivamente a sua esperança e dão origem ao conceito de **Realismo Otimista**. Este conceito consiste no envolvimento do enfermeiro com o adolescente que inclui a verdade, o cuidado, o foco positivo no futuro, a partilha de conhecimento e a participação em atividades lúdicas. O adolescente identifica que o enfermeiro detém os conhecimentos necessários e demonstra vontade em se divertir ou passar tempo com o adolescente, tornando-o uma fonte do realismo otimista no adolescente (Hinds, 2004; Hinds, Martin & Vogel, 1987).

Por fim, esta revisão também evidenciou comportamentos inibidores da esperança, que evidenciam o **Distanciamento do Enfermeiro** e inibem o processo de distração cognitiva

do adolescente. Estes comportamentos levam o adolescente a focar-se nas suas vulnerabilidades, obrigando-o a exercer um maior esforço para alcançar a distração cognitiva, dificultando o aumento dos níveis de esperança (Hinds, 2000). Foram identificadas três categorias: a desvalorização das perceções do adolescente sobre a sua situação de saúde/doença; o distanciamento do enfermeiro, centrando-se em exercer apenas as suas funções técnicas e limitando a interação com o adolescente; e o recurso frequente a comentários demonstrativos de preocupação com a condição física ou agravamento da doença do adolescente (Hinds, 2004; Hinds, Martin & Vogel, 1987). Estes comportamentos controlam a interação estabelecida com o adolescente, limitando-a unicamente às funções profissionais, o que impossibilita o reconhecimento do adolescente enquanto ser único (Hinds, Martin & Vogel, 1987). Hinds (2000) concluiu que os comportamentos/intervenções de enfermagem identificados podem facilitar ou prejudicar o processo de auto-sustentação do adolescente, mas nunca finalizar este processo.

Os enfermeiros estabelecem contactos prolongados, intensos e íntimos com os adolescentes internados que permitem acompanhar de perto a forma como lidam e vivenciam a sua doença. Esta proximidade conquistada pelos enfermeiros, viabiliza que os seus comportamentos e intervenções afetem a esperança do adolescente (Hinds, Martin & Vogel, 1987). Neste sentido, Griggs & Walker (2016) referem que no planeamento de intervenções para aumentar a esperança devem ser considerados, o estágio de desenvolvimento e o género do adolescente. A implementação de intervenções para fortalecer e aumentar a resiliência do adolescente face às dificuldades e adversidades que surgem, ajudá-lo-ão a alcançar estilos de vida promotores de saúde e o bem-estar, enquanto a sua esperança também aumenta (Scoloveno, 2015). Adicionalmente, deve ser avaliada a rede de suporte social do adolescente, facilitando a interação com os pais, familiares, amigos, colegas e com os recursos da comunidade de forma a aumentar as relações de suporte social, que podem promover a esperança no adolescente (Mahon & Yarcheski, 2015). Mais recentemente, Berg & Mascaro (2019) abordaram a implementação de intervenções baseadas na esperança, focando-se nos pontos fortes e na resiliência dos adolescentes, ajudando-os a alcançar os seus objetivos de vida. A implementação de intervenções de enfermagem baseadas na esperança contribui para aumentar a qualidade de vida dos adolescentes e encoraja a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

**Conclusão:** A realização desta *Scoping Review* permitiu mapear e compreender o conhecimento existente na literatura, acerca da esperança no adolescente em contexto dos

cuidados de enfermagem. A resposta às questões de revisão permitiu analisar o conceito de esperança no adolescente, compreender quais as variáveis influenciadoras da esperança no adolescente, bem como a sua relação com o conceito de esperança e, contribuiu ainda para identificar comportamentos e intervenções de enfermagem que facilitam, promovem ou inibem os níveis de esperança do adolescente.

Durante a adolescência começam a formar-se planos para o futuro, motivo pelo qual a esperança assume preponderância. A esperança é considerada uma resposta humana ao processo de saúde/doença, um recurso interno, uma qualidade que se foca nas expectativas futuras e que pode sofrer influência de pessoas externas ou de variáveis como a idade, género, bem-estar espiritual, autoestima, resiliência e *coping* do adolescente. Como a esperança é influenciada por variáveis internas e externas ao adolescente, resulta em implicações para a intervenção de enfermagem, obrigando o enfermeiro a adequar a sua abordagem às características específicas do adolescente reconhecendo-o como um ser único, sem descorar as variáveis extrínsecas ao adolescente, já que a rede social também influencia a sua esperança. Os enfermeiros, devido ao contacto próximo e prolongado que estabelecem com o adolescente, assumem uma influência positiva ou negativa na esperança do adolescente. Foram identificados comportamentos/intervenções de enfermagem que facilitam, promovem ou inibem o processo de auto-sustentação do adolescente, afetando os seus níveis de esperança.

Com base nos resultados desta revisão, denota-se a necessidade de mais estudos acerca da relação entre as variáveis internas e externas do adolescente e o conceito de esperança, uma vez que a literatura não é unânime. No que respeita às intervenções de enfermagem, evidencia-se a necessidade de mais investigação, de modo a compreender o seu impacto nos níveis de esperança do adolescente.

#### **4. Análise Crítica das Competências Desenvolvidas em Contexto de Estágio**

Neste capítulo será demonstrado como foi atingido um nível adequado de desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP, através da reflexão crítica do percurso efetuado em contexto de estágio, cumprindo os objetivos e resultados de aprendizagem propostos no plano de estudos do presente curso.

Todo o meu exercício profissional visa cumprir o dever de excelência, através da prestação de cuidados de qualidade e em segurança, para melhorar a saúde e bem-estar da criança/adolescente e família. A confiança, competência e equidade assumem preponderância na prestação do melhor cuidado. O enfermeiro responsabiliza-se pelos seus atos, tal como por aqueles que por ele são delegados, antecipando e controlando possíveis danos, com a finalidade de proteger o sujeito de cuidados (OE, 2006). O desenvolvimento da capacidade de decisão e de competências e conhecimentos especializados, através da formação e da experiência obtida em contexto da prática clínica, vão contribuir para a prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados na área da SIP (OE, 2018). Nesta perspetiva, destaca-se a importância do recurso à reflexão, que permite aos enfermeiros identificar preocupações, noções do que é correto, competências relacionais, comunicacionais e de colaboração e instituir novas formas de desenvolver o conhecimento clínico, contribuindo para a aprendizagem contínua (Benner, 2001).

Iniciarei este capítulo fazendo uma breve referência sobre a minha experiência profissional, seguidamente irei direcionar esta minha redação para os estágios realizados ao longo desta unidade curricular, realizando uma análise crítica acerca da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências comuns e específicas do EEESIP no decorrer dos mesmos.

##### *Experiência profissional*

A área da Saúde Infantil e Pediátrica é uma realidade relativamente recente para mim. Fiz parte da equipa de uma Unidade de Transplantes de Medula Óssea onde tive a oportunidade de prestar cuidados a crianças e família internadas e começar a desenvolver competências em alguns domínios da pediatria. A experiência profissional que obtive

durante esse período veio justificar e confirmar o interesse pela área Pediátrica, no entanto, foi maioritariamente a área de adultos que permitiu o meu crescimento e desenvolvimento enquanto enfermeira generalista. Em 2018 finalizei a Pós-graduação em Saúde da Criança e Cuidado Pediátrico pela UCP, o que me dotou de mais conhecimentos e consolidou a minha convicção de que esta seria a única área na qual pretendia exercer a profissão de enfermagem. Em 2020 comecei a trabalhar exclusivamente na área da Pediatria e regressei à UCP para ingressar no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

### *Estágio*

Este Relatório culmina no encadear das aprendizagens resultantes da teoria e da prática clínica decorrentes deste curso e da experiência profissional. Para isso irá refletir o percurso efetuado na UC Estágio Final e Relatório, no entanto a prática no âmbito da UC A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica, no 2º semestre do 1º ano do presente curso, sortiu valiosos contributos para este meu percurso, pelo que gostaria de fazer referência à realização e publicação de uma carta ao editor (Apêndice 4). A sua execução adveio da identificação de uma necessidade formativa em contexto de estágio, do qual resultou a realização de uma formação acerca do Crescimento parental em Tempos de Crise – Pandemia COVID 19 mobilizando a temática da esperança. Neste âmbito foi-me sugerida a leitura e análise da Declaração de Posição da Rede Internacional de Cuidados Centrados na Criança e na Família: Cuidados Centrados na Criança e na Família Durante a Pandemia COVID19 (Al-Motlaq, et al., 2021), acerca da qual realizei um comentário que deu origem à publicação da carta ao editor e permitiu desenvolver a competência: *Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica* (Regulamento OE n.º 140/2019).

Relativamente à UC Estágio Final e Relatório, foi estabelecido um objetivo geral com o intuito de organizar o pensamento, orientar a minha ação e potenciar a aprendizagem: **Desenvolver competências do Enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados ao binómio criança/adolescente e família, com enfoque numa abordagem comunicacional promotora de esperança**, que teve como base teórica a *scoping review* acerca da temática “Esperança no Adolescente em Contexto dos Cuidados de Enfermagem”. Assim, os estágios desta unidade curricular permitiram a obtenção e desenvolvimento de conhecimentos e competências em contexto hospitalar: durante o internamento do binómio criança/adolescente e família por doença aguda, doença crónica inaugural ou doença crónica agudizada (**Internamento de Pediatria**; decorreu entre 6/09 e 9/10/2021 com duração de 120h); durante o internamento do binómio

recém-nascido pré-termo ou de termo/família com necessidade de cuidados de saúde altamente especializados (**Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais**; decorreu entre 10/10 e 12/11/2021 com duração de 120h); e durante a admissão do binómio criança/adolescente e família na urgência pediátrica por situações de doença grave súbita, doença crónica agudizada ou em estado crítico (**Urgência Pediátrica**; decorreu entre 13/11 e 18/12/2021 com duração de 120h). Os três módulos de estágio da UC Estágio Final e Relatório decorreram na mesma instituição hospitalar e as atividades desenvolvidas foram orientadas e supervisionadas por enfermeiros dos contextos de estágio detentores do título profissional de especialista em SIP e do grau académico de mestre.

De modo a organizar o meu pensamento e ação, em cada módulo de estágio utilizei como metodologia a realização de um diagnóstico de situação, recorrendo à observação de cada serviço e à realização de entrevistas informais à Enf.<sup>a</sup> orientadora e aos elementos da equipa de enfermagem. Propus-me posteriormente a atingir objetivos específicos, com recurso ao planeamento e implementação de diagnósticos e intervenções de enfermagem durante a prática clínica. No final de cada estágio realizei uma avaliação das atividades realizadas e do cumprimento dos objetivos propostos.

#### **4.1. Análise das Competências Comuns do EEESIP atingidas nos Contextos de Estágio**

Este subcapítulo irá demonstrar o processo de aquisição das competências comuns do EEESIP, através da análise crítica e reflexiva das atividades que propus e implementei ao longo dos três contextos de estágio que contribuíram para consolidar o nível de conhecimentos necessário para obter o grau de mestre em enfermagem e de especialista em SIP. Ao iniciar cada contexto de estágio concretizei a seguinte atividade diagnóstica:

- Compreensão da dinâmica organizacional e dos métodos de organização do trabalho de enfermagem implementados.

No primeiro dia de estágio fui apresentada pela Enf.<sup>a</sup> orientadora de cada serviço às equipas e foi-me dado a conhecer o espaço físico dos serviços. Esforcei-me por compreender a dinâmica e funcionamento dos serviços, conhecer as equipas e os distintos papéis de cada elemento e perceber o método de trabalho instituído, facilitando a minha integração em cada local de estágio. O recurso à observação participante permitiu compreender os **métodos de organização de trabalho**.

Verifiquei que os dois serviços de internamento adotavam a metodologia de trabalho por enfermeiro de referência, permitindo um melhor acompanhamento da transição pela qual a

criança/adolescente e família estão a passar e garantindo a continuidade dos cuidados. É mais facilmente estabelecida uma relação terapêutica de parceria de cuidados, através da qual a família é gradualmente preparada para colaborar na prestação e gestão dos cuidados ao seu filho (Costa, 2004). Relativamente à UP, devido à especificidade e complexidade deste serviço no qual se lida diariamente com o imprevisto, apesar da metodologia de trabalho idealizada ser a individual, quando existe muito volume de trabalho face ao rácio de enfermeiros, acaba por ser adotado o método de cuidados de enfermagem funcionais (Costa, 2004). Este método permite responder rapidamente às tarefas solicitadas, no sentido de atribuir um diagnóstico e respetivo tratamento às crianças que recorrem à UP e possibilita ainda, que estas tarefas sejam distribuídas pelos enfermeiros de acordo com as suas competências, resultando numa resposta rápida e eficaz (Costa, 2004). Neste serviço, o desempenho das equipas é imperativo no atendimento que é realizado (Silva et al., 2014), pelo que se torna essencial o desenvolvimento de competências de **trabalho em equipa** multi e interdisciplinar. Esta competência é essencial uma vez que a prestação de cuidados à criança/adolescente e família só será eficaz e refletirá qualidade e segurança se houver articulação e mobilização dos saberes de todos os profissionais envolvidos, através do recurso a uma comunicação adequada, colaboração nos cuidados de acordo com as competências e conhecimentos de cada elemento e o correto e rápido encaminhamento da criança para o profissional de saúde mais apto para responder ao seu problema (Lei nº156/2015). Nesta perspetiva, Costa (2004) sugere o recurso a diferentes métodos de trabalho de acordo com as necessidades do serviço, com a finalidade de equacionar a qualidade dos cuidados, os custos, a satisfação da criança e família, a satisfação dos profissionais e as vantagens relacionais que daí advêm.

Após a primeira visita aos serviços verifiquei de imediato que nos três contextos houve necessidade de alterar a disposição dos seus espaços físicos, repensar a distribuição das vagas e adaptar as regras relativas às visitas e acompanhantes das crianças/adolescentes internados, devido aos constrangimentos impostos pela pandemia COVID-19.

Com o intuito de conter a propagação do vírus e sendo responsabilidade do enfermeiro zelar pela **segurança na prestação de cuidados**, em todos os contextos de estágio esta foi uma premissa para a minha prestação de cuidados, que foi garantida através do cumprimento de medidas de **segurança ambiental e gestão do risco**. Esta preocupação é manifestada pela OE (2006) em acordo com o ICN e também no Plano Nacional de Segurança do Utente 2021-2025 onde afirmam que a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem (Despacho n.º 9390/2021). Adotei as Precauções Básicas de Controlo de

Infeção e reforcei a sua importância perante a criança/adolescente e família e também, junto dos restantes elementos da equipa de saúde, no sentido de prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde e **manter um ambiente de cuidados seguro** (Norma nº 029/2012). O **ambiente de cuidados** dos três serviços encontra-se adaptado à população pediátrica, possuindo instalações com arquitetura e design adequados, material para brincar ou jogar e equipamentos adequados e seguros para cada faixa etária. No serviço de Pediatria existe um sistema de segurança que protege as crianças de tentativas de rapto. Os profissionais de saúde estão sensibilizados no sentido de colocar sempre as camas no plano mais próximo do chão e elevar as grades da cama ou fechar as portas das incubadoras, instruindo os pais sobre esses cuidados. É realizada a sua integração ao serviço, enquanto principais cuidadores dos filhos, de modo obter o seu envolvimento nos cuidados. Para além de **contribuir para a segurança da criança**, estas intervenções vão de encontro ao artigo 7º da Carta da Criança Hospitalizada que dita que *“O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.”* (EACH, 2016).

A **comunicação efetiva** também é identificada como um pilar na segurança do doente, seja em momentos de transição de cuidados, na adaptação da comunicação de informação clínica ao binómio criança/adolescente e família, na adequada utilização do consentimento informado livre e esclarecido ou na integração da informação clínica em meios digitais (Despacho n.º 9390/2021). Nestes contextos, tive a preocupação em participar na **documentação e registo dos cuidados**, uma vez que se trata de uma obrigação legal e ética e é também uma necessidade sentida pelos enfermeiros, que apoia a tomada de decisão e contribui para melhorar a continuidade, acessibilidade e qualidade da informação acerca dos cuidados. Os sistemas de informação de enfermagem aumentam a visibilidades dos cuidados, a valorização da profissão e a monitorização da atividade dos enfermeiros (Nascimento, *et al.*, 2021).

Ainda a respeito da gestão do risco verifiquei que nos três contextos era dedicada especial atenção à **administração de terapêutica** na população pediátrica. Esta intervenção interdependente implica o cálculo e preparação minuciosa de medicamentos, cujas doses prescritas dependem do peso e idade das crianças. Aos enfermeiros é exigido um cuidado redobrado no cumprimento dos princípios de segurança na administração de terapêutica e posterior vigilância, no sentido de **garantir uma prática clínica segura** (Parecer CJ 64/2017). Estas medidas vão de encontro ao documento de Tomada de Decisão Sobre a

Segurança do Cliente a Ordem dos Enfermeiros (2006) e são consideradas padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011).

Nos estágios que realizei, fui orientada por enfermeiras com funções de chefe de equipa ou de responsável do serviço, o que possibilitou o cumprimento das atividades:

- Observação e colaboração na gestão, liderança e supervisão de cuidados na área de especialidade;
- Realização de uma reflexão sobre a implementação de competências comuns do enfermeiro especialista na UP, com referência aos estilos de liderança e competências de gestão observados na UP.

A garantia da qualidade dos serviços prestados à criança/adolescente e família, é assegurada através **gestão dos cuidados de enfermagem** que mobiliza recursos humanos e recursos do ambiente no sentido de apoiar e melhorar os cuidados prestados (Potra, 2015), contribuindo para a segurança do ambiente terapêutico.

As enfermeiras assumem a responsabilidade de planear, organizar, dirigir e controlar os recursos humanos e materiais - tarefas delegadas e supervisionadas pelo enfermeiro chefe do serviço - contribuindo para a eficácia dos cuidados de enfermagem (Potra, 2015). Em todos os contextos observei e colaborei com as enfermeiras orientadoras na **gestão de recursos humanos**, por exemplo através da realização do plano de trabalho do turno. Esta gestão tem a finalidade de distribuir o trabalho pelos enfermeiros presentes no turno tendo em conta os seus níveis de competências, conseguindo articular e rentabilizar o potencial de todos os elementos e garantir uma resposta adequada às necessidades do serviço e a eficácia dos cuidados prestados (Cunha, 2017). Em relação à **gestão de recursos materiais**, participei na identificação de falhas no stock de medicamentos e respetiva reposição, assim como na gestão de equipamentos avariados, danificados ou em falta, pedindo o seu arranjo, substituição ou empréstimo.

O EEESIP que assume funções de líder e de gestor, para além da responsabilidade que assume resultante da gestão dos cuidados e da equipa que lidera, deve também adotar uma postura antecipatória no sentido de proteger a criança e família de qualquer ocorrência que possa colocar em causa a sua privacidade, segurança ou dignidade (Regulamento OE n.º 140/2019). Neste âmbito, a **liderança** enquanto competência essencial para o processo de gestão, é abordada na literatura como tendo influência no desempenho dos enfermeiros e, consequentemente contribui para os resultados organizacionais, por exemplo o aumento da

qualidade dos cuidados de enfermagem leva ao aumento da satisfação dos doentes e reduz a ocorrência de eventos adversos e de complicações clínicas (Ferracioli, Oliveira, Souza, Teston, Varela & Costa, 2020; Potra, 2015). O líder tem a capacidade de influenciar de forma inata a equipa, com a finalidade de obter a articulação do seu trabalho, permitindo que trabalhem em colaboração, compartilhando as responsabilidades e entreajudando-se, de modo a colmatar as dificuldades de cada elemento (Cunha, 2017; Lloyd & Clegg, 2016). A UP foi o serviço no qual surgiram mais oportunidades para observar e colaborar na liderança da equipa.

A **gestão de conflitos** também representa uma competência muito relevante na qual é importante assumir o papel de líder. As situações de conflito podem surgir quando o exercício profissional implica o contacto frequente e constante com pessoas, na sua individualidade e unicidade, sejam elas o alvo de cuidados, a equipa de profissionais de saúde e outras pessoas com quem os enfermeiros contactam. Por este motivo, ainda que sejam feitos esforços para prevenir conflitos, inevitavelmente estes acabam por ocorrer, pelo que o enfermeiro especialista deve munir-se de conhecimentos sobre formas de evitar e de gerir conflitos. Na literatura está descrito que as principais causas de conflitos são os problemas comunicacionais, o distanciamento nas interações interpessoais e os problemas relacionados com a estrutura e ambiente organizacional (Lima, França, Mola, Lacerda, Neto & Góis, 2021). Neste sentido, o **desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade**, bem como a comunicação e a adoção de estilos de liderança são fulcrais na gestão de conflitos (Amestoy et al., 2014). Os enfermeiros estão frequentemente envolvidos em situações de conflitos pela maior interação que estabelecem, tanto com a criança e família como com a equipa multidisciplinar (Lima et al., 2021).

O processo de observação e colaboração nas situações acima referidas, resultou no cumprimento do objetivo “*Observar e identificar estilos de liderança e competências de gestão na UP*”, cuja experiência adquirida foi espelhada através de uma reflexão (Apêndice 13), que possibilitou a articulação e análise dos conhecimentos advindos da pesquisa em bases de dados, com este processo de aprendizagem da prática clínica em parceria com os colegas.

No decorrer do estágio na UCIEN, fiquei a conhecer o *processo de integração de novos profissionais* (DGES, 2011), através do qual o EEESIP transmite tanto conhecimentos provenientes da evidência científica, como também competências provenientes da reflexão, da discussão de ideias com os pares e da confrontação com as vivências da prática, que lhe conferem o nível de perito (Rua, 2009; Benner 2001). Supervisiona os cuidados e avalia a

aprendizagem ao longo do processo de integração, facilitando e potenciando o desenvolvimento de competências essenciais para o profissional em integração assumir autonomamente o seu processo de atualização e aquisição contínua de conhecimentos na área de prestação de cuidados.

Cumulativamente às atividades abordadas anteriormente e em todo o exercício da profissão de enfermagem, foram implementadas as seguintes atividades:

- Desenvolvimento de uma prática especializada suportada em evidência científica no respeito pelos Direitos Humanos e de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional;
- Desenvolvimento de um discurso crítico fundamentado em conhecimento científico na área de especialidade.

No desempenho da minha função na área de especialização em SIP assumindo como meta a excelência do exercício, o desenvolvimento de competências deve equilibrar os saberes técnicos, científicos e ético-legais e as habilidades relacionais e comunicacionais. Desta forma serão prestados cuidados no respeito pelas crenças, valores e cultura, assim como pelos Direitos Humanos da criança e família, tendo por base os princípios éticos, morais e a deontologia profissional (Regulamento n.º 422/2018).

A sua aplicabilidade em contexto da prática clínica pode ser observada na prestação de cuidados respeitando o enunciado na Constituição da República, nomeadamente o artigo 64º que objetiva a proteção da saúde enquanto um dever e sobretudo um direito de todos. No exercício da profissão de enfermagem é dever do enfermeiro ter conhecimento sobre a deontologia de enfermagem enquanto conjunto normativo que inclui princípios, valores bem como, direitos e deveres do enfermeiro perante a pessoa e a profissão (Fernandes, 2010) que integram o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº156/2015).

Relativamente à prestação de cuidados à população pediátrica existe documentação específica de relevo, nomeadamente a Convenção dos Direitos da Criança que deve ser um pilar no cuidar da criança e família, nomeadamente o artigo 3º reforça que, em todas as decisões sobre a criança deve ser tido em conta primordialmente o seu interesse superior e garantida a sua proteção e bem-estar e, no artigo 5º que obriga a respeitar as responsabilidades, direitos e deveres dos pais e família da criança para assegurar o desenvolvimento das suas capacidades (Comité Português para a UNICEF, 2019). No cuidado à criança doente, a Carta da Criança Hospitalizada resume e reafirma os direitos da criança nos serviços de saúde (EACH, 2016).

No que respeita aos saberes e competências técnicas e científicas, cabe ao enfermeiro desenvolver *competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo* (DGES, 2011), garantindo a prestação de cuidados seguros e de qualidade, baseados na mais recente evidência científica (Lei nº156/2015). Neste meu percurso, assumi uma postura proativa na procura de novos conhecimentos **recorrendo à pesquisa em bases de dados científicas**. Neste âmbito, realizei uma **Scoping Review** mencionada no capítulo 3, que contribuiu para desenvolver competências de mestre nomeadamente, integrar grupos de investigação e *incorporar na prática resultados da investigação válidos e relevantes e ser capaz de comunicar as conclusões dessa investigação, quer a especialistas quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades* (DGES, 2011). No seguimento deste trabalho e no âmbito do curso de mestrado realizei um **Poster** que foi apresentado a 26 de novembro de 2021 no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem na UCP (Apêndice 3).

Não só em contexto de estágio, mas também no meu exercício profissional, **procuro constantemente participar em eventos formativos** pois, são momentos de aprendizagem que permitem aumentar e atualizar conhecimentos e contribuem para a reflexão sobre a prática ou sobre temáticas específicas, culminando na procura e aquisição de novas aprendizagens.

Durante o estágio na UCIEN fui convidada a participar na Reunião Científica “Pensar em Neonatologia: Da Complexidade à Essência dos Cuidados” sobre o tema “Os problemas ético-legais no Cuidado ao Recém-Nascido e seus Pais.”. Esta formação consistiu na análise ético-legal conjunta com peritos na área, sobre situações que representam problemas éticos de enfermagem, o que possibilitou atualizar os meus conhecimentos sobre as decisões éticas na enfermagem, enquanto responsabilidade inerente ao papel assumido pelo enfermeiro perante a sociedade, de acordo com o artigo 99º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº156/2015). Deste modo, aumentei a qualidade dos meus cuidados e senti-me mais confiante e segura na minha prática assistencial pois, *compreendi as implicações da investigação na PBE e consegui gerir de forma adequada informação proveniente na formação inicial, da experiência profissional e de vida e da formação pós-graduada* (DGES, 2011).

Considero que através do planeamento e implementação das atividades previamente abordadas consegui desenvolver e atingir as competências comuns do enfermeiro especialista enunciadas no Regulamento OE n.º 140/2019.

## 4.2. Análise das Competências Específicas do EEESIP atingidas em Contexto de Estágio

### ▪ *Internamento de Pediatria*

O estágio decorreu no Internamento de Pediatria, um serviço composto por duas alas com 18 vagas cada e uma unidade de cuidados intermédios com 6 vagas, no qual prestam cuidados 30 enfermeiros - 11 EEESIP.

As crianças internadas têm idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias de idade, no entanto, no caso de jovens com doenças crónicas, a transição de cuidados para os serviços de adulto é analisada individualmente e muitas vezes protelada, acabando por ocorrer internamentos de jovens até aos 21 - 25 anos. A origem dos internamentos no serviço de Pediatria varia de acordo com a programação cirúrgica diária e com as transferências de crianças da urgência pediátrica, da unidade de cuidados intensivos especiais de pediatria e neonatologia, do serviço de obstetrícia, do hospital de dia de pediatria ou de outros hospitais.

Durante a primeira semana de estágio recorri à observação participante e escutei a opinião da Enf<sup>a</sup> orientadora e da equipa relativamente à necessidade de se implementar mais intervenções direcionadas ao adolescente. Face a esta necessidade foi realizado um diagnóstico de situação que direcionou o projeto deste estágio para a prestação de cuidados a adolescentes com dor aguda e crónica, internados no serviço de Pediatria, com enfoque nas estratégias não-farmacológicas de alívio da dor e com recurso a estratégias motivacionais promotoras de esperança. Considero que o planeamento dos cuidados de enfermagem com base neste diagnóstico de situação contribuiu positivamente para motivar e capacitar o adolescente no controlo e alívio da sua dor, com irei demonstrar seguidamente.

Para orientar o meu percurso neste módulo de estágio foram propostos dois **objetivos** e **atividades** associadas a cada um deles.

1. “Desenvolver competências comuns e específicas do EEESIP através da observação e prestação de cuidados à criança e adolescente internados no serviço de pediatria.”

- Observação participada/prestação de cuidados especializados à criança e adolescente internados, de acordo com as suas necessidades;
- Envolver a criança/adolescente e família nos cuidados, maximizando as suas capacidades e habilidades através do planeamento, negociação e implementação de intervenções adequadas;
- Realização de ensinamentos de preparação para a alta ao binómio criança/adolescente e família.

Ao longo deste percurso acompanhei e observei a En<sup>ft</sup> orientadora na prestação de cuidados e gradualmente passei a assumir a prestação de cuidados, através da qual criei relações terapêuticas que permitiram o desenvolvimento de competências do EEESIP.

Na prestação de cuidados a crianças mais novas, para além de **adaptar a comunicação** ao seu nível de desenvolvimento, recorri também ao **brincar e ao brinquedo terapêutico** enquanto instrumentos que facilitam o processo da criança lidar com situações difíceis, são formas de interação e comunicação que auxiliam a transmissão de segurança e confiança e facilitam a interação estabelecida (Claus, Maia, Oliveira, Ramos, Dias & Wernet, 2021). A brincadeira é essencial para o bem-estar das crianças, representando um direito da criança e o seu recurso deve ser promovido em todos os contextos de saúde, contribuindo para uma prática humanizada e de excelência. É um instrumento facilitador na prestação de cuidados, nomeadamente durante a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil recorrendo à escala de Mary Sheridan modificada, visando a **prestação de cuidados antecipatórios** (DGS, 2020).

Reconhecida a importância do papel parental para a minimização ou eliminação dos efeitos da hospitalização, devem ser **implementadas estratégias de facilitação da adaptação à parentalidade**, através da negociação do papel dos pais, do fornecimento de informação e do ensino e treino de conhecimentos e habilidades parentais que **facilitem o exercício da parentalidade** num contexto diferente (Rodrigues, Fernandes & Marques, 2020; OE, 2015). A opinião dos pais também deve ser tida em conta na prestação de cuidados, visto que são as pessoas que melhor conhecem a criança, podendo identificar aspetos que contribuem para a melhoria dos cuidados prestados (OE, 2015). Um exemplo decorreu da prestação de cuidados a um adolescente com paralisia cerebral. Observei a prestação de **cuidados de enfermagem em parceria**, cuja promoção da **adaptação da mãe à deficiência** do filho estava a ser muito bem-sucedida, demonstrando confiança e autonomia **na gestão dos cuidados**. Por sua vez, o enfermeiro através da manutenção de uma interação positiva, assim como da relação de ajuda estabelecida, assumia o papel de **supervisor dos cuidados e de suporte**. Perante a necessidade de realizar procedimentos potencialmente dolorosos, a mãe colaborava recorrendo a estratégias não-farmacológicas, sobre as quais já possuía conhecimentos, que contribuíam para aliviar a dor do adolescente e ajudavam a reduzir o medo e ansiedade causados pelo procedimento (Senger, *et al.*, 2021). Na identificação de **objetos de esperança** desta mãe, era compreensível através do seu discurso, que se focava

nos períodos de estabilização da doença do filho, altura que e era possível retomarem ao domicílio, “à normalidade” (sic).

Colaborei na **preparação da alta** através da realização e validação de ensinamentos de forma a garantir a continuidade de cuidados no domicílio. A preparação da família para a alta hospitalar ao longo do internamento, empoderando os pais para desempenharem eficazmente o seu papel e adotarem comportamentos potenciadores da saúde dos filhos, aumenta a sua segurança e confiança para prestar cuidados adequados à criança(OE, 2015).

2. “Desenvolver estratégias de controlo e alívio da dor aguda e crónica dos adolescentes internados, com recurso a uma comunicação motivacional promotora de esperança.”.

- Realização de material informativo (folheto) direcionado ao adolescente e família, sobre estratégias não-farmacológicas de controlo da dor;
- Realização de entrevistas não-estruturadas ao adolescente, recorrendo a competências de comunicação motivacional promotoras de esperança e a material informativo sobre o controlo da dor, adequados à capacidade de compreensão, valores, crenças e cultura da criança/adolescente e família;
- Promoção de uma gestão adequada da dor;
- Implementação de um questionário sobre as estratégias de controlo e alívio da dor, com o intuito de avaliar a intervenção perante o adolescente hospitalizado e a família;
- Realização de um diário reflexivo sobre o impacto das estratégias de controlo e alívio da dor na promoção da esperança do adolescente hospitalizado.

As características específicas do adolescente, em comparação com o adulto, resultam numa maior inconstância na forma como percebe a dor, expressa e lida com a dor, exigindo uma resposta individualizada e especializada por parte dos enfermeiros (Norma nº 010/2013; Orientação n.º 022/2012). Nesta perspetiva, é importante o investimento na realização de *guidelines* e protocolos relacionados com a dor, de modo que sejam implementadas intervenções de avaliação da dor e formas de tratamento adequadas à fase de desenvolvimento do adolescente e às características da sua dor, melhorando assim os resultados obtidos. A avaliação regular da dor e o seu seguimento para avaliar a resposta perante as estratégias de controlo e alívio da dor implementadas favorece a gestão eficaz da dor (Senger, *et al.*, 2021).

Face ao diagnóstico situacional realizado e de modo a atingir o objetivo proposto, decidi conjuntamente com a Enfª orientadora e com autorização da Enfª chefe do serviço, desenvolver o Folheto “Juntos Conseguimos Controlar a Dor!” que foi distribuído pelos

adolescentes internados (Apêndice 6 e 6.1). Previamente à entrega do material formativo aos adolescentes recorri à realização de entrevistas não-estruturadas, **adequando a linguagem e abordagem utilizadas ao estágio de desenvolvimento dos adolescentes, assim como às suas crenças e nível sociocultural**. Tive ainda por base da minha intervenção as orientações vigentes no Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010) sobre a Entrevista ao Adolescente. O consentimento para a realização destas intervenções foi obtido junto dos adolescentes e família, antes de iniciar a entrevista, cumprindo o dever de informação (Lei nº 156/2015). A entrevista tinha como objetivos conhecer melhor o adolescente iniciando o estabelecimento de uma relação terapêutica de parceria e recolher dados essenciais para completar a sua História de Dor, garantindo **a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do adolescente e otimizando as suas respostas** (OE, 2013). Seguidamente foi disponibilizado o folheto e realizada uma formação individualizada ao adolescente (Apêndice 6.2), de modo a capacitá-lo para avaliar a sua dor e decidir quais as estratégias mais adequadas para a aliviar. Foi **promovida a sua autodeterminação**, depositando em si algum controlo sobre a sua situação de saúde e foi demonstrado interesse pela sua opinião relativamente aos cuidados solicitando o preenchimento do questionário que avaliava esta intervenção (Apêndice 6.3). Estas atividades possibilitaram a **implementação e gestão de um plano de saúde, em parceria com o adolescente, para gerir a sua dor**, recorrendo a medidas não-farmacológicas isoladamente ou, se necessário, em complementaridade à administração de analgesia prescrita.

Durante a realização destas atividades deparei-me com algumas dificuldades, pelo que considerei importante realizar um diário reflexivo sobre os cuidados prestados a um dos adolescentes, analisando o impacto desta intervenção na sua esperança (Apêndice 7). Ao motivar o adolescente e família para mudarem o seu comportamento no sentido de adotarem estratégias não-farmacológicas que aliviam a dor, contribui para a **promoção da adaptação do adolescente e família à sua doença ou incapacidade**. O recurso, ao longo deste estágio, à transmissão de empatia e compromisso, espelhando o Envolvimento do Enfermeiro (Hinds, 2004), refletiu-se no adolescente através do aumento da sua confiança e autoestima e da maior facilidade em participar em atividades para alcançar a saúde e permanecer saudável, contribuindo para **facilitar a esperança no adolescente** (Mikkelsen et al., 2021; Mardhiyah, et al. 2020; Griggs & Walker, 2016; Erickson, et al., 2005).

- *Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais (UCIEN)*

A Unidade de Cuidados Intensivos Especiais (UCIE) divide-se em duas unidades a UCIEN e a UCIE Pediátricos e é composta por uma equipa de 58 enfermeiros - 17 EEESIP, que prestam cuidados em ambas as unidades.

A UCIEN possui 3 salas de internamento, uma de cuidados intensivos, outra que une cuidados intermédios e berçário e a terceira sala que serve de recurso à sala de intermédios e berçário, caso ocorra um número de internamentos superior às vagas das duas salas em funcionamento. Os RN são internados na UCIEN vindos do bloco de partos, serviço de obstetria ou transferidos de outros hospitais.

Este contexto de estágio que decorreu maioritariamente na sala de cuidados intensivos, não foi possível direcionar a minha intervenção para o adolescente, a população alvo da temática em que me baseei ao longo deste percurso académico, assim o alvo de cuidados deste serviço no decorrer do meu estágio foram o RN e os pais. A observação participante nos primeiros dias de estágio bem como, a troca de ideias com a Enf.<sup>a</sup> orientadora e as sugestões da equipa, ajudaram na realização do diagnóstico de situação relacionado com a necessidade de desenvolver intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da esperança dos pais de RN pré-termo.

Foi-me apresentado o projeto da UCIEN no âmbito da esperança, o diário “Os nossos dias na Neonatologia”, pelo que considerei pertinente desenvolver o meu projeto de estágio de forma a deixar um contributo para o serviço. Simultaneamente desenvolvi e aprofundei competências do EEESIP ligadas à prestação de cuidados ao RN pré-termo e de termo.

De modo a orientar o meu percurso, propus-me a atingir dois **objetivos específicos** e respetivas **atividades** o que tornou possível responder com sucesso ao diagnóstico de situação realizado, desenvolvendo competências do EEESIP na prestação de cuidados ao RN e família, e contribuindo para promover a esperança parental.

1. “Observar e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializados aos recém-nascidos de termo e pré-termo, internados na UCIEN, desenvolvendo competências comuns e específicas do EEESIP.”

- Observação participada/prestação de cuidados ao binómio recém-nascido e pais internados, de acordo com as suas necessidades;
- Desenvolvimento de competências de comunicação e relacionais com os pais dos RN, preparando-os gradualmente para colaborar na prestação de cuidados ao seu filho e contribuindo para a vinculação segura.

Este módulo de estágio demonstrou-se desafiante desde o primeiro contacto, tratando-se de uma área muito específica da pediatria na qual são prestados cuidados altamente complexos, senti a necessidade de aumentar os meus conhecimentos, recorrendo à pesquisa em bases de dados e à troca de ideias com a Enf<sup>ª</sup> orientadora, enquanto especialista e perita na área. Esta **aquisição inicial de conhecimentos possibilitou a prestação de cuidados de qualidade, baseados em evidência científica.** A importância dos cuidados neuroprotetores foi imediatamente evidente, tanto através da pesquisa como no discurso e observação dos cuidados prestados pela Enf<sup>ª</sup> orientadora.

O 3º trimestre de gestação consiste na fase mais ativa do desenvolvimento neurológico e crescimento cerebral. O nascimento do RN pré-termo (RNPT) interrompe esta fase o que obriga à implementação de estratégias eficazes e consistentes para proteger ou apoiar o seu desenvolvimento cerebral após o nascimento, obrigando à separação precoce da mãe (Altimier & Phillips, 2016). Nesta perspetiva, **observei e prestei CCF que promovem o desenvolvimento do RN** englobando os cuidados neuroprotetores, com base no Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal (MCCDN) (Altimier & Phillips, 2016). Neste contexto de estágio verifiquei que a prestação de cuidados vai de encontro ao MCCDN, com base nos cuidados atraumáticos e na filosofia de CCF. É permitida a presença contínua da mãe junto do bebé com a intenção de facilitar o estabelecimento de vínculo e as intervenções de enfermagem objetivam o aumento gradual da autonomia dos pais para cuidar dos seus filhos, sendo atribuído o papel de supervisão e ensino aos enfermeiros (Bry & Wigert, 2019). A importância dos CCF evidencia-se em diversos estudos sobre relatos parentais que descrevem como a intervenção dos enfermeiros os ajudou a lidar com o problema de saúde do seu filho e a manter a esperança (Bry & Wigert, 2019; Reder & Serwint, 2009; Kausar et al., 2003). Apoiar e ajudar os pais a lidar e a adaptarem-se à transição para a parentalidade é fulcral, visto que sofreram um parto prematuro, o bebé poderá não corresponder ao imaginado, para além da necessidade de adaptação ao ambiente estranho e altamente tecnológico da UCIEN, afetando o estabelecimento do papel parental (Bry & Wigert, 2019; Mu et al., 2019; Thernstro & Nyqvist, 2010; Shin & White-Traut, 2007).

*O desenvolvimento de técnicas comunicacionais e relacionais* foi muito importante para este percurso (DGES, 2011). Com o propósito de **promover a parentalidade**, incluí os pais na prestação de cuidados através da transmissão e validação de informação com honestidade, adequada à capacidade de compreensão dos pais e de acordo com aquilo que pretendiam

saber. Os ensinamentos realizados visavam, por um lado, capacitar os pais sobre a importância da sua interação com o RN para o estabelecimento de laços afetivos, para o conforto e controlo da dor e para promover o seu desenvolvimento. Por outro lado, procurei explicar aos pais a importância dos períodos de descanso do RN na incubadora, nos quais se reduzia ao máximo todos os estímulos externos (Bry & Wigert, 2019).

Procurei incentivar os pais a **colaborar nos cuidados**, de acordo com a sua vontade, convidando-os a acariciar ou conter o prematuro durante a realização de procedimentos, a trocar a fralda, a alimentar o bebé ou implementando o método canguru (Charchuk & Simpson, 2005), deste modo facilitei a interação entre os pais e o RN e **promovi a vinculação**. Estes aspetos são referidos como **fatores promotores de esperança parental**. O estabelecimento de uma **relação de parceria de cuidados** leva os pais a sentirem-se incluídos na prestação de cuidados e prepara-os para compreender e aceitar as recomendações da equipa, o que lhes transmite a sensação de controlo e confiança para lidar com o desafio de cuidar de um RN prematuro (Bry, & Wigert, 2019; Charchuk & Simpson, 2005; Kausar et al., 2003).

Os RNPT são muito propícios a sofrer complicações devido à imaturidade respiratória, às dificuldades alimentares, à deficiente regulação da temperatura corporal e ao elevado risco de infeção (WHO, 2015), pelo que foi importante desenvolver a capacidade de **identificar e responder a situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte**, prestando cuidados em conformidade. Experienciei uma **situação de reanimação neonatal**, na qual observei o papel da equipa multidisciplinar na implementação de medidas para restabelecer as funções vitais do RN. A presença dos pais em situações de reanimação, se for essa a sua vontade, ainda é um assunto que gera opiniões divergentes, maioritariamente relacionadas com a pressão que a situação exerce na equipa (Vaz, Alves & Ramos, 2016). Nestas situações é importante *ter consciência crítica para os problemas da prática profissional* (DGES, 2011), uma vez que a literatura tem vindo a promover a importância da presença dos pais enquanto prática congruente com a filosofia de CCF visto que, ajuda-os a compreender a severidade da situação e a valorizar os cuidados prestados, atenua sentimentos de culpa, facilita a transmissão de informação relevante e a participação nas decisões, reduz o *stress* e ansiedade parental e facilita o processo de luto (Vaz, Alves & Ramos, 2016).

Surgiu também a oportunidade de conhecer os **mecanismos de articulação do serviço com a rede social**. Quando existe uma previsão de alta, é realizada a articulação com os CSP, que ficam encarregues de garantir a continuidade dos cuidados ao RN. A UCIEN coopera

no projeto institucional, a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), cuja finalidade é promover a transição segura para o domicílio de RN, crianças e adolescentes em risco e/ou com necessidades especiais, garantindo um acompanhamento multidisciplinar diferenciado e otimizando a articulação com os recursos da comunidade. É um projeto com ganhos em saúde na medida em que contribui para a diminuição do recurso às instituições hospitalares e do tempo de internamento.

## 2. “Promover a esperança dos pais de recém-nascidos pré-termo internados na UCIEN.”

- Implementação do método canguru, com recurso a uma comunicação promotora de esperança;
- Realização de um diário reflexivo sobre o contributo do método canguru, para a promoção da esperança parental;
- Colaboração no projeto da UCIEN no âmbito da promoção da esperança – o diário “Os nossos dias na Neonatologia” - através do planeamento de uma Proposta de intervenção e da realização de um autocolante com base no “Troféu de conquistas e habilidades das crianças” do MIAMPE (Charepe, 2011);
- Identificação e análise de objetos de esperança em relatos parentais através da observação de um vídeo sobre a “Promoção da Esperança em Contexto Tecnológico”.

O **método canguru** é uma estratégia reiterada nas UCIEN que consiste em promover o contacto pele com pele, prolongado ou intermitente, entre a mãe/pai e o prematuro, tão cedo quanto a situação clínica do RN permitir. Este método apresenta inúmeras vantagens para o prematuro, contribui para a estabilização cardiorrespiratória e da temperatura corporal, reduz o *stress*, alivia a dor, melhora o ciclo de sono, contribui para o sucesso na amamentação ajudando no aumento de peso e pode reduzir o tempo de internamento. Os pais referem melhoria do humor, redução do *stress* e de sintomas de depressão pós-parto, na medida que estimula a vinculação e a parentalidade, proporciona o aumento do sentimento de confiança e competência no papel parental, aumenta a esperança parental e reduz o medo do desconhecido (Mu et al., 2019; Angelhoff et al., 2018; Thernstro & Nyqvist, 2010). Foi possível identificar e *incorporar na prática resultados de investigação válidos e relevantes* (DGES, 2011) sobre os benefícios do MC no estabelecimento da amamentação, apesar das dificuldades associadas à hospitalização (Gianni, Bezze, Sannino, Baro, *et al.*, 2018). O apoio emocional e motivacional, a transmissão de informação honesta e clara sobre a amamentação e o ensino de técnicas específicas que capacitam a mãe para atingir o sucesso na amamentação, como o MC, contribuem para aumentar a sua autoestima e confiança para cuidar do seu filho, encontrando forças e motivação no apoio recebido para desenvolver

estratégias para manter o **aleitamento materno** (UNICEF & WHO, 2018; Thomson, Crossland & Dykes, 2012). Verifica-se que o MC se enquadra nos cuidados atraumáticos e centrados na família e é favorável à promoção do desenvolvimento neonatal, bem como ao estabelecimento da vinculação. Neste âmbito, foi uma estratégia à qual recorri tendo desenvolvendo simultaneamente as minhas competências comunicacionais, com a finalidade de aumentar os níveis de esperança parental - a experiência obtida encontra-se espelhada através de uma reflexão sobre a prática (Apêndice 8).

A **esperança** foi descrita como sendo um fator preponderante para a aceitação parental relativamente à deficiência ou doença grave do seu filho, sendo vista como um instinto de vida, um complexo intangível no processo de cura e de resolução e um pré-requisito para que o enfrentamento ocorra efetivamente (Reder & Serwint, 2009; Kausar et al., 2003).

O diário “Os nossos dias na Neonatologia” consiste em um projeto da UCIEN no âmbito da promoção da esperança, no qual tanto os pais como os profissionais de saúde vão registando memórias positivas decorrentes do internamento do RN, com recurso à escrita narrativa, autocolantes e fotografias. O **recurso à escrita narrativa através do diário** é uma ferramenta eficaz na promoção da comunicação pais-enfermeiros e da satisfação parental, uma vez que dá oportunidade para relembrar e organizar acontecimentos de forma significativa e sensata, ao mesmo tempo que integra pensamentos e sentimentos. Contribui para a redução do *stress*, melhora o estado de saúde e realça competências de enfrentamento (Kadivar et al., 2017). Charepe (2011) aborda outra estratégia que promove a comunicação e o desenvolvimento de relações interpessoais através do **recurso a grupos de ajuda mútua**. Estes grupos incentivam os pais a partilhar ideias e/ou preocupações e, conseqüentemente ocorre uma projeção mais realista de esperança no futuro e o desempenho do papel parental desenvolve-se com maior sucesso.

Neste sentido, recorri à *Proposta de (Re) Construção da Esperança* direcionada para a atividade “As conquistas e habilidades da criança”, de modo a sustentar as atividades promotoras de esperança implementadas em contexto de estágio (Charepe, 2011). Planeei uma Proposta de Intervenção e realizei um autocolante com base no “Troféu de conquistas e habilidades das crianças” do MIAMPE – Apêndice 9 e 13.1. Considero que esta atividade foi pertinente, na medida em que recorri à temática da esperança para dar resposta a uma necessidade do serviço e colaborar no seu projeto, o que contribuirá para aperfeiçoar a assistência de enfermagem aos pais dos RN, melhorando a qualidade dos cuidados prestados. A minha atitude foi **impulsionadora de mudança** no serviço, **contribuindo para a**

**melhoria contínua** enquanto indicador de satisfação parental, já que os pais sentir-se-ão mais capacitados para cuidar e mais incluídos no plano de cuidados do seu filho, devido à partilha de ideias e/ou preocupações com os enfermeiros ou com outros pais de RN internados. Como resultado observa-se um aumento da segurança e confiança na equipa de saúde e consequentemente, melhorando a relação pais-enfermeiros (Barros *et al.*, 2021; Kadivar *et al.*, 2017; Charepe, 2011).

Ainda no âmbito da temática esperança, realizei a análise de um vídeo sobre “Promoção da Esperança em Contexto Tecnológico”, apresentado no XXIII Congresso de Medicina Intensiva Pediátrica, através do qual **identifiquei e analisei objetos de esperança em relatos parentais** – Apêndice 10. Os objetos de esperança identificados são vistos como fatores facilitadores e muito contributivos para lidar com as dificuldades do dia-a-dia ao longo do internamento e são referidos como tendo contribuído para promover a esperança parental (Sánchez-rubio, *et al.*, 2021; Laranjeira, *et al.*, 2020; Vazquez & Cong, 2014).

- *Urgência Pediátrica (UP)*

A UP é composta por uma equipa de 28 enfermeiros - 8 EEESIP. Devido à situação pandémica houve necessidade de reorganizar o serviço entre área de “Respiratórios” onde são observadas todas as crianças que na admissão apresentam sintomas de: dificuldade respiratória, tosse, rinorreia, vômitos, diarreia ou contacto direto com alguém infetado pelo vírus Sars-Cov-2 e onde se situa a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD); quem não apresenta esta sintomatologia é encaminhada para a área “Não Respiratórios”.

As crianças que recorrem à UP têm entre 0 e 17 anos e 364 dias, excetuando situações específicas em que é mantido o atendimento na UP até que seja finalizada a transição para os serviços de adultos (OE, 2018). A triagem destas crianças é realizada com recurso à Triagem de Manchester, que se encontra atualizada e validada para a população pediátrica (Norma nº 002/2018). A UP trabalha em complementaridade com o serviço de Pequena Cirurgia, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, Urgência de Oftalmologia e de Otorrinolaringologia. Conta também com o apoio da psiquiatria, da assistente social e da psicóloga do hospital. Se for necessária a avaliação por outras valências ou especialidades, é realizada a transferência da criança para a instituição de saúde mais próxima que disponha do atendimento de que necessita.

Durante a primeira semana no último contexto de estágio realizei entrevistas informais à Enf.<sup>a</sup> orientadora e à equipa de enfermagem no sentido de compreender os seus pontos de vista relativamente à promoção da esperança no adolescente e à importância do controlo e

alívio da dor em contexto de urgência. As informações obtidas foram sujeitas a análise crítica e permitiram realizar uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) (Apêndice 5) através da qual identifiquei como diagnóstico de situação a necessidade de consciencializar a equipa de enfermagem acerca da promoção da esperança no adolescente em articulação com a implementação de estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor e ansiedade. Esta decisão prendeu-se também com o facto de, na minha prática clínica observar que a experiência de dor é uma realidade frequente em pediatria e a identificação e tratamento da dor nem sempre é realizada de forma adequada e consistente, indo ao encontro do descrito na literatura (Capua, Kama & Rimon, 2018). Este projeto contribuiu para **otimizar a resposta da equipa** no recurso a estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor e **melhorar a qualidade dos cuidados** no que diz respeito à assistência prestada ao adolescente com dor.

Foi-me possibilitado, após exposição à Enf<sup>a</sup> chefe da UP, aprofundar uma das atividades iniciadas no primeiro estágio, a implementação de um folheto com estratégias não-farmacológicas de alívio da dor, com recurso a uma abordagem comunicacional promotora de esperança. Surgiu também a oportunidade de observar e colaborar no trabalho realizado pela Enf.<sup>a</sup> responsável e pelos chefes de equipa da UP, com o intuito de desenvolver competências comuns do EEESIP, ajudando no cumprimento do objetivo “*Observar e identificar estilos de liderança e competências de gestão na UP*”, abordado no subcapítulo anterior.

1. “Implementar intervenções de enfermagem que reduzem a dor e a ansiedade no adolescente que recorre à UP, com recurso a uma abordagem comunicacional promotora de esperança.”

- Prestação de cuidados às crianças/adolescentes e família que recorrem à UP, de acordo com as suas necessidades;
- Implementação de um folheto em formato digital sobre estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor no adolescente;
- Implementação de um questionário aos adolescentes com o intuito de avaliar a implementação do folheto “#semdor”;
- Realização de uma formação em serviço sobre a promoção da esperança no adolescente e a implementação do folheto “#semdor”;
- Implementação de um questionário aos pares com o intuito de avaliar a formação em serviço;

- Realização de uma Instrução de Trabalho sobre a implementação do folheto “#semdor” na UP.

Está descrito na literatura que a dor é um sintoma frequente nos adolescentes que recorrem aos serviços de urgência. Os procedimentos terapêuticos ou de diagnóstico são a principal causa de dor na UP, podendo intensificar os níveis de *stress* e ansiedade relacionados com a hospitalização.

Tem-se observado um esforço em implementar protocolos nos serviços de urgência pediátrica, assim como munir os profissionais de saúde com formação relativamente à gestão da dor na criança/adolescente (Pancekauskaite & Jankauskaite, 2018; Corwin et al., 2012). A triagem foi reconhecida como um momento oportuno para investir na melhoria das intervenções de gestão da dor, uma vez que se trata de um momento-chave para avaliar a dor e administrar analgesia precocemente (Thomas et al., 2015). Para além do recurso a estratégias farmacológicas, a evidência científica apoia a eficácia das **estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor** em casos de dor aguda e ansiedade (Pancekauskaite & Jankauskaite, 2018). Estas estratégias assumem destaque devido ao seu impacto a nível dos fatores psicológicos e comportamentais da dor. Permitem alterar a perceção da dor, contribuindo para a sua gestão e aumentando a sensação de controlo em contexto de urgência, o que reduz a ansiedade e *stress* e facilita o processo de transição pelo qual o adolescente está a passar (Pancekauskaite & Jankauskaite, 2018; Khan & Weisman, 2007). Os comportamentos/intervenções da equipa de enfermagem para gerir a dor do adolescente contribuem não só para a satisfação do adolescente/família relativamente aos cuidados de saúde, como também são facilitadores de esperança (Thomas et al., 2015; Hinds, Martin & Vogel, 1987).

Baseando-me na evidência científica e no diagnóstico de situação efetuado, elaborei um folheto em formato digital sobre estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor, com recurso a estratégias comunicacionais promotoras de esperança no adolescente, cuja leitura se associava ao posterior preenchimento de um questionário de avaliação do mesmo (Apêndice 11.1 e 11.2). Este folheto consiste numa atualização do projeto iniciado no Internamento de Pediatria, tendo procedido à alteração do título e do *design* de forma a tornar a sua leitura mais apelativa para os adolescentes. A disponibilização do folheto e do questionário em formato digital, cujo acesso foi realizado através da leitura de *QRcodes* (Apêndice 11.3), teve por base o reconhecido potencial do uso de tecnologias de informação e comunicação para aumentar o impacto dos cuidados de saúde e promover o envolvimento e a educação dos adolescentes (Wong et al., 2020). Ao ter em conta estas particularidades,

esta intervenção demonstra respeito pela autonomia e opinião do adolescente, disponibiliza informação adequada à sua compreensão, de forma rápida e com recurso a comportamentos/intervenções facilitadores de esperança e **envolve o adolescente nos cuidados, possibilitando a negociação dos cuidados de saúde** (Capua et al., 2018; Pancekauskaite & Jankauskaite, 2018).

Ainda assim, o sucesso na **gestão diferenciada da dor** depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, que representa um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças/adolescentes (Orientação N° 014/2010).

Com base no objetivo de consciencializar a equipa sobre **a temática Esperança no Adolescente e apresentar o projeto de estágio**, realizei uma formação em serviço (Apêndice 12) que *possibilitou a transmissão de informação aos pares e promoveu a formação em serviço na área de especialização* (DGES, 2011).

A realização desta formação surgiu face à identificação da **necessidade formativa da equipa** da UP relativamente à promoção da esperança no adolescente, cujo diagnóstico foi realizado através da realização de entrevistas informais à Enf.<sup>a</sup> orientadora e à equipa, acerca do seu conhecimento sobre esta temática. A maioria dos elementos referiu que esta temática não lhe era familiar e, apesar de demonstrarem, na prática clínica, comportamentos promotores de esperança, não tinham consciência do contributo da sua intervenção na esperança do adolescente. A avaliação da formação foi efetuada com recurso a um questionário que permitiu concluir, através da análise das respostas ao questionário, que a sua realização teve impacto positivo na equipa (Apêndice 12.2).

Dado que este projeto visa a melhoria dos cuidados, realizei uma Instrução de Trabalho (Apêndice 14) sobre a implementação do folheto, com o intuito de **uniformizar a prestação de cuidados na promoção da esperança do adolescente com dor**, enquanto intervenção que contribui para a melhoria contínua da qualidade.

Para além destas atividades especificamente direcionadas para o adolescente, ao longo deste percurso surgiram variadas oportunidades para desenvolver competências na prestação de cuidados às restantes faixas etárias.

Relativamente à **gestão da dor na criança** durante procedimentos de curta duração, foi incentivada a presença e colaboração dos pais e a utilização de estratégias não-farmacológicas de alívio da dor, se necessário, associadas à administração de analgesia. Baseando-me na literatura sobre estratégias não-farmacológicas, implementei intervenções adequadas à faixa etária, nomeadamente priorizei o recurso ao aleitamento materno e à

administração de sacarose a 24% a RN e lactentes durante a realização de procedimentos rápidos, mas potencialmente dolorosos (OE, 2013).

Por vezes, é necessário realizar procedimentos mais demorados, que exigem a imobilização da criança/adolescente ou que causam níveis de dor mais elevados, sendo imperativo recorrer à administração de fármacos para sedação e para analgesia, que garantem a realização do procedimento com segurança e reduzem ou eliminam o desconforto associado (Machado, Venâncio, Teles, *et al.*, 2018). Neste contexto são demonstrados **conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia**, as situações mais frequentes decorrem da necessidade de suturar feridas, reduzir fraturas, realizar punções lombares ou realizar procedimentos de emergência. O EEESIP que participa em situações de sedo-analgesia deve trabalhar em articulação com a equipa multidisciplinar, mantendo-se alerta e *reagindo adequadamente perante o surgimento de situações imprevistas* (DGES, 2011).

Este serviço recebe uma vasta população multicultural, pelo que foi essencial desenvolver e *demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura* (DGES, 2011).

A triagem é um momento de contacto privilegiado entre o enfermeiro e o binómio, no qual o enfermeiro recorre à observação e entrevista para, de forma rápida e eficaz, identificar as necessidades da criança/adolescente que recorre à UP (Horeczko *et al.*, 2013). A exatidão, eficácia e rapidez neste processo serão tanto maiores quanto maior for a perícia do enfermeiro que está a triar (Benner *et al.*, 2011). Nos momentos de triagem é verificado o estado vacinal das crianças/adolescentes e incentivado o cumprimento do PNV. No contacto com o RN procura-se avaliar de forma rápida o **desenvolvimento do bebé identificando alterações** que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança, identificar **dificuldades ou dúvidas parentais** relacionadas com a satisfação das necessidades do RN, é promovido o aleitamento materno e procuram-se sinais do efetivo **estabelecimento da parentalidade e da vinculação**. É importante estar desperto para as **doenças comuns** às várias idades, assim como para **situações de instabilidade das funções vitais**, realizando o correto encaminhamento. Relativamente ao adolescente deve ser promovida a privacidade, de modo a potenciar a partilha de informação relevante para responder às suas necessidades de cuidados, assim como estar **alerta para perturbações emocionais e do comportamento** que possam afetar o bem-estar do adolescente (Regulamento nº 422/2018; Norma nº 010/2013).

Durante o tempo que a criança/adolescente permanece na UP, procura-se tirar o máximo benefício dos momentos de contacto para **promover comportamentos potenciadores de saúde ou de gestão dos processos específicos de saúde/doença** através da realização de ensinamentos aos pais ou à própria criança/adolescente, transmitindo informação de acordo com a sua compreensão com recurso a uma abordagem motivacional promotora de esperança e respeitando as suas crenças e cultura (Regulamento n.º 422/2018; Norma n.º 010/2013).

Face à elevada incidência de **lesões não intencionais** na criança e jovem (APSI, 2017), que constituem uma importante causa de morte e de incapacidade temporária ou permanente associadas a elevados custos, os acidentes representam um grave problema de saúde pública (OE, 2017). Neste âmbito, é crucial fornecer **orientações antecipatórias sobre a prevenção de acidentes na infância**, transmitindo informação sobre os cuidados a ter para prevenir a sua ocorrência, tendo em conta a faixa etária e a fase de desenvolvimento da criança (Norma n.º 010/2013).

Infelizmente, ainda existe um número significativo de **crianças vítimas de maus-tratos**, situações de negligência e privação, abuso e comportamentos de risco (OE, 2017). Os enfermeiros da UP, devem estar sensibilizados para esta problemática, **identificando situações de risco**, procedendo ao correto registo e agindo em conformidade no respeito pelos princípios morais, éticos e deontológicos da profissão (Regulamento n.º 422/2018). Quando são reportadas situações de perigo para a criança, o enfermeiro deve *demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multi e interdisciplinar* (DGES, 2011), articulando a prestação de cuidados com a equipa multidisciplinar, com o intuito de *zelar pela qualidade e segurança dos cuidados prestados* (DGES, 2011).

A UICD acolhe temporariamente as crianças que aguardam transferência para os serviços de internamento assim, após a realização da admissão do binómio é iniciada a **gestão do processo de saúde em articulação com os pais**. Para isso recorre-se à transmissão de informação e à realização de ensinamentos de modo a envolver os pais nos cuidados, melhorando o seu desempenho e promovendo a sua autonomia e confiança na gestão dos cuidados ao filho/a.

A admissão da criança/adolescente na UP é uma importante fonte de *stress* parental, as principais causas são a doença e sofrimento da criança/adolescente, a incerteza relativamente ao estado de saúde do filho/a, a separação inesperada do domicílio, as alterações no papel parental e o ambiente desconhecido da UP onde existe muita pressão associada à elevada afluência de crianças. As intervenções de enfermagem não devem descorar o fortalecimento

dos mecanismos de enfrentamento e o aumento da sensação de segurança, com o intuito de **ajudar os pais a adaptar-se à hospitalização** (Barros, *et al.*, 2021). Adicionalmente, a **promoção da esperança parental** é central no cuidado de enfermagem, ajudando os pais a enfrentar o momento de crise como a doença e hospitalização do filho/a, preparando-os para aceitar todas possibilidades advindas do processo de doença, encontrando um lado positivo na vivência, motivando-os para planejar objetivos realistas orientados para o presente e futuro e podendo contribuir para reduzir o sofrimento e aumentar o conforto. Algumas estratégias de enfermagem abordadas na literatura passam por promover o apoio social; transmitir informação sobre a saúde do filho/a e sobre os tratamentos; promover o desenvolvimento de conhecimentos e competências na gestão dos cuidados de saúde dos filhos; recorrer a estratégias cognitivas e ao humor que apoiam a expressão de emoções, bem como incentivam a olhar para si próprios e analisar as suas emoções e atributos pessoais facilitando a atribuição de significado à transição; e, por último, promover a espiritualidade (Maravilha, *et al.*, 2021; Laranjeira *et al.*, 2020).

Considero que a concretização dos objetivos e atividades propostos ao longo dos três estágios desta Unidade Curricular contribuiu para o efetivo desenvolvimento das competências específicas do EEESIP (Regulamento nº 422/2018).

## 5. Considerações Finais

Com a elaboração deste relatório procurei espelhar através da análise crítico-reflexiva o caminho percorrido nos diferentes contextos de estágio que integraram a UC Estágio Final e Relatório. A análise e reflexão sobre a prática decorrente dos três estágios proporcionou a consciencialização e consolidação dos conhecimentos e competências desenvolvidos, bem como a sua articulação com a experiência proveniente da formação inicial e pós-graduada, e da prática profissional.

A esperança no adolescente enquanto componente essencial do cuidado de enfermagem esteve na base de todo este percurso, resultando no desenvolvimento aprofundado de conhecimentos e competências, através da articulação dos dados obtidos com a realização da *Scoping Review* e da sua aplicação em contexto da prática clínica. Adicionalmente foram implementadas intervenções promotoras de esperança nos pais do RN/criança/adolescente hospitalizado, também eles alvos dos cuidados do EEESIP e parceiros na prestação de cuidados aos seus filhos. A promoção da esperança junto do binómio demonstrou-se crucial na prestação de cuidados humanizados e baseados na filosofia de Cuidados Centrados na Família, ajudando o adolescente/família a aceitar e adaptar-se à transição pela qual estava a passar, encontrando em si e nos outros ferramentas para ultrapassar os obstáculos e atribuir significado ao processo de transição e à vida. Como resultado, são realçadas as suas competências para ativar mecanismos naturais que minimizam o impacto da hospitalização e da doença, para alcançar estilos de vida promotores de saúde e de bem-estar com maior facilidade e para desenvolver expectativas futuras positivas mobilizando-se no sentido de alcançar objetivos.

Para além de todas as aprendizagens resultantes deste percurso, procurei aprofundar as minhas competências numa área que me desperta grande interesse.

A dor na população pediátrica foi uma temática transversal aos três estágios. A aquisição e aprofundar de conhecimentos neste âmbito teve como finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na gestão da dor, procurando e implementando soluções criativas e inovadoras para comunicar informação e incentivar o recurso, por parte dos profissionais de saúde ou da criança/adolescente e família, a estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor.

Futuramente planeio melhorar e expandir o projeto desenvolvido na Urgência Pediátrica, ao Departamento de Pediatria da minha instituição de trabalho, com a intenção de consciencializar as equipas de enfermagem para a relevância dos comportamentos e intervenções de enfermagem promotores de esperança no cuidado ao adolescente. A longo prazo, gostaria de transpor os resultados deste projeto na publicação de um artigo científico. Na área da investigação, pretendo continuar a desenvolver o projeto iniciado com o grupo de investigação, que irá reunir os dados resultantes da revisão que apresentei neste relatório com dados provenientes de outras bases de dados científicas, culminando em uma *Scoping Review* mais abrangente e sua respetiva publicação na revista *Children and Youth Services Review*.

Considero que a situação pandémica que se vivia durante a realização dos estágios foi a principal condicionante sentida ao longo deste percurso académico. Refletiu-se em alterações e limitações nos contextos de estágio e também resultou na impossibilidade de conhecer outras realidades de enfermagem, nomeadamente as visitas domiciliárias ou a atuação do enfermeiro em contexto de saúde escolar.

Concluo, começando por referir que o finalizar deste percurso académico representa apenas o ponto de partida de uma carreira que está a dar os primeiros passos na área da saúde infantil e pediátrica motivo pelo qual, pretendo continuar o meu desenvolvimento pessoal e profissional, investindo na formação contínua de forma a tornar-me cada vez melhor profissional e objetivando atingir a excelência do cuidar especializado à população pediátrica. Foi um percurso desafiante, mas devido à força de vontade, dedicação e perseverança para responder com sucesso às exigências deste curso e para prestar cuidados de qualidade crescente, denoto uma grande evolução pessoal e profissional. Considero que atingi os objetivos a que me propus, cumprindo os resultados de aprendizagem e competências previstos no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Espero ter transparecido, através da análise crítico-reflexiva deste processo de desenvolvimento da competência profissional, o grande carinho que tenho por esta área, que se transpõe na esperança de me tornar uma excelente enfermeira especialista, tendo sido essa a minha fonte de motivação para perseverar face às dificuldades e adversidades que surgiram e continuar a dar o melhor de mim neste percurso académico e no exercício diário da profissão de enfermagem.

*“Uma criança pode ensinar três coisas a um adulto: ser feliz sem motivo, estar sempre ocupado com alguma coisa e saber exigir com todas as suas forças o que ele mais deseja.”*

## 6. Referências Bibliográficas

- Alarcão, I. & Rua M. (2005) Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto - Enferm.* 14(3). 373-382. DOI:10.1590/S0104-07072005000300008
- Al-Motlaq, M., Neill S., Foster, M.J., Coyne, I., Houghton, D., Angelhoff, C., Rising-Holmström, M. & Majamanda, M. (2021). Position statement of the international network for child and family centered care: Child and family Centred care during the COVID19 pandemic. *Journal of Pediatric Nursing*. DOI:10.1016/j.pedn.2021.05.002
- Altimier, L & Phillips, R (2016) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 16. 230–244. DOI: 10.1053/j.nainr.2016.09.030
- APA - American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). APA.
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). Nursing Interventions Promoting Child / Youth / Family Adaptation to Hospitalization: A Scoping Review. *Enfermeria Global*, 20(1), 577–596. DOI: 10.6018/eglobal.413211
- Batalha, M.L.C (2017) *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar* (Manual de estudo – versão 1). Coimbra: ESEnfC
- Benner, P. (2001) *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 978-9-7285-3597-1
- Berkel, C., Mauricio, A.M, Rudo-Stern, J., Dishion, T.J & Smith, J.D (2020) Motivational Interviewing and Caregiver Engagement in the Family Check-Up 4 Health. *Prevention Science*, 22. 737–746. DOI: 10.1007/s11121-020-01112-8
- Bry, A. & Wigert, H. (2019). Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study. *BMC Psychol*, 7. 1–12. DOI: 10.1186/s40359-019-0354-4.

- Capua, T., Kama, Z. B., & Rimon, A. (2018). The influence of an accredited pediatric emergency medicine program on the management of pediatric pain and anxiety. *Israel Journal of Health Policy Research*, 7(1). DOI: 10.1186/s13584-018-0211-6
- Charepe, Z. (2011). O Impacto dos Grupos de Ajuda Mútua no Desenvolvimento da Esperança dos Pais de Crianças com Doença Crónica: Construção de um Modelo de Intervenção Colaborativa (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa
- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986) Transitions: a nursing concern. **In:** Chinn PL. *Nursing research methodology*. Maryland: Aspen.
- Circular normativa n.º 09/DGCG, A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Direção Geral de Saúde (2003)
- Claus, M. I. S., Maia, E. B. S., Oliveira, A. I. B., Ramos, A. L., Dias, P. L. M. & Wernet, M. (2021) A inserção do brincar e brinquedo nas práticas de enfermagem pediátrica: pesquisa convergente assistencial. *Esc Anna Nery*, 25(3). DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0383
- Comité Português para a UNICEF (2019) Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos (Adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990)
- Corwin, D. J., Kessler, D. O., Auerbach, M., Liang, A., & Kristinsson, G. (2012). An intervention to improve pain management in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 28(6), 524–528. DOI:10.1097/PEC.0b013e3182587d27
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Journal of Education Technologies and Health*, 30(9), 234–250.
- Decreto-Lei n.º 71/2019 - Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. Diário da República n.º 101/2019, Série I, 2626 - 2628. DRE (2019)
- Decreto-Lei n.º 161/96 - Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A, 2959 – 2962. DRE (1996)
- Despacho n.º 9390/2021 - Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República nº187, 2.ª série, 96-103. DRE (2021)

- DGES - Direção Geral do Ensino Superior (2011). Descritores Dublin. Acedido em Fev.17, 2022. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin>
- DGS – Direção Geral de Saúde (2020). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e epidemia de Covid-19. Informação nº 008/2020 de 26/03/2020. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n0082020-de-26032020-pdf.aspx>
- DGS - Direção Geral de Saúde (2018) Relatório de Saúde Infantil e Juvenil – Portugal. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- EACH – European Association for Children in Hospital (2016). Anotações à Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Engsig, A., Maastrup, R., Weis, J., Zoffmann, V., & Johannsen, K. L. (2017). “Now she has become my daughter”: parents’ early experiences of skin-to-skin contact with extremely preterm infants. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 545-553. DOI: 10.1111/scs.12478
- Erickson, S.J, Gerstle, M. & Feldstein, S.W (2005) Brief Interventions and Motivational Interviewing With Children, Adolescents, and Their Parents in Pediatric Health Care Settings. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 159(12), 1173-1180. DOI: 10.1001/archpedi.159.12.1173
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–87. DOI:10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x
- Fernandes, S.J.D. (2010) Decisão Ética em Enfermagem: Do Problema aos Fundamentos para o Agir. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa
- Ferracioli, G.V, Oliveira, R.R, Souza, V.S, Teston, E.F, Varela, P.L.R & Costa, M.A.R (2020) Competências Gerenciais na Perspectiva de Enfermeiros do Contexto Hospitalar. *Enferm. Foco*, 11. 15-20. DOI: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2254
- Ferreira, C., Nunes, E., Lourenço, M. & Charepe, Z. (2021) Behind the pandemic: Analysis of the article on Al-Motlaq et al. (2021) “Position statement of the international network

- for child and family centered care: Child and family centered care during the COVID19 pandemic”. *Journal of Pediatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.08.005>
- Ferreira, C., Paramos, A., Nunes, E., Lourenço, M. & Charepe, Z. (2021) Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança no Adolescente: Scoping Review [Poster presentation]. IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Especializada: Um valor em saúde. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Fortin, M. (2009) Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Gianni, M.L., Bezze, E.N., Sannino, P., Baro, M., Roggero, P., Muscolo, S., Plevani, L. & Mosca, F. (2018) Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants. *BMC Pediatr* 18(283). DOI:10.1186/s12887-018-1260-2
- Griggs, S. & Walker, R.K. (2016). The Role of Hope for Adolescents with a Chronic Illness: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), 404–421. DOI:10.1016/j.pedn.2016.02.011
- Hendricks-Ferguson, V. (2006). Relationships of age and gender to hope and spiritual well-being among adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 23(4), 189–199. DOI:10.1177/1043454206289757
- Hendricks-Ferguson, V. (2008). Hope and spiritual well-being in adolescents with cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 30(3), 385–387. DOI:10.1177/0193945907303045
- Hendricks-Ferguson, V. L. (1997). An analysis of the concept of hope in the adolescent with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 14(2), 72–73. DOI:10.1177/104345429701400205
- Hinds, P.S. (2000). Fostering coping by adolescents with newly diagnosed cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(4), 317–334. DOI:10.1053/sonu.2000.16590
- Hinds, P.S, Martin, J., & Vogel, R. J. (1987). Nursing strategies to influence adolescent hopefulness during oncologic illness. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 4(1–2), 14–22. DOI:10.1177/104345428700400104

- Hinds, P.S. (1984). Inducing a definition of ‘hope’ through the use of grounded theory methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 9(4), 357–362. DOI:10.1111/j.1365-2648.1984.tb00384.x
- Hinds, P.S. (2004). The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 927–934. DOI:10.1188/04.ONF.927-934
- Hinds, P.S., & Gattuso, J. S. (1991). Measuring Hopefulness in Adolescents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 8(2), 92–94.
- Hinds, P.S., Quargnenti, A., Fairclough, D., Bush, A. J., Betcher, D., Rissmiller, G., Pratt, Charles, B., & Gilchrist, G. S. (1999). Hopefulness and Its Characteristics in Adolescents with Cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 21(5), 600–620.
- Hockenberry, M. (2014) Capítulo 6 – Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. **In** M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.) Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., pp. 122 – 130). Loures: Lusociência
- Informação nº 008/2020, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e epidemia de Covid-19. Lisboa: Direção Geral de Saúde (2020)
- Jacob, E. (2014) Capítulo 7 – Apreciação e Gestão da Dor na Criança. **In** M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.) Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., pp. 188 – 234). Loures: Lusociência
- Juvakka, T., & Kylmä, J. (2009). Hope in adolescents with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(3), 193–199. DOI:10.1016/j.ejon.2008.12.004
- Kadivar, M., Seyedfatemi, N., Akbari, N., & Haghani, H. (2017). The effect of narrative writing of mothers on their satisfaction with care in the neonatal intensive care unit. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 30(3), 352–356. DOI: 10.3109/14767058.2016.1173028
- Kausar, S., Jevne, R. F., & Sobsey, D. (2003). Hope in Families of Children with Developmental Disabilities. *Journal On Developmental Disabilities*, 10. 35-46
- Khan, K. A., & Weisman, S. J. (2007). Nonpharmacologic Pain Management Strategies in the Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 8(4), 240–247. DOI:10.1016/j.cpem.2007.08.008

- Laranjeira, C. A., Querido, A. I. F., Charepe, Z. B., & Dixe, M. dos A. C. R. (2020). Hope-based interventions in chronic disease: an integrative review in the light of Nightingale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 5), 1–9. DOI:10.1590/0034-7167-2020-0283
- Lei nº 156/2015 - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181/2015, Série I, 8059 – 8105. DRE (2015)
- Lima, L.N, Carvalho, E.O, Batista, V & Melo, M.C. (2020) Experiência autorelatada da criança hospitalizada: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*,73(Suppl 4). DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0740
- Lima, L.N, França, E.G, Mola, R, Lacerda, L.C.A, Neto, L.B.L & Góis, A.R.S. (2021) Conflitos na prática profissional em ambientes de urgência e emergência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(8). DOI:10.25248/reas.e8273.2021
- Machado, A.Q.G, Venâncio, A.C.C, Teles, F.P.S.C, Pascoal, M.F, Macêdo, J.L & Batista, H.M.T (2018) Sedação e Analgesia Pediátrica: comentários acerca das drogas utilizadas em procedimentos no pronto-socorro e os cuidados necessários antes, durante e após a sedoanalgesia. *Rev.Mult. Psic.*,12(42) 805-822. ISSN: 1981-1179
- Mahon, N. E., & Yarcheski, A. (2017). Parent and friend social support and adolescent hope. *Clinical Nursing Research*, 26(2), 224–240. DOI:10.1177/1054773815619881
- Maravilha, T.L, Marcelino, M.F, Charepe ZB (2021) Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crônica. *Acta Paul Enferm*. 34. DOI:10.37689/actape/2021AR01545
- Mardhiyah, A., Philip, K., Mediani, H. S., & Yosep, I. (2020). The association between hope and quality of life among adolescents with chronic diseases: A systematic review. *Child Health Nursing Research*, 26(3), 323–328. DOI: /10.4094/CHNR.2020.26.3.323
- Martinez, E.A., Tocantins, F.R., Souza, S.R. (2013) As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Rev Gaúcha Enferm.*, 34. 37-44
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation specific theories in nursing research and practice. New York, NY: Springer Publishing Company
- Meleis, A. (2012) Theoretical nursing: development and progress (5th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9

- Mikkelsen, H. T., Haraldstad, K., Helseth, S., Skarstein, S., Småstuen, M. C., & Rohde, G. (2021). Pain and health-related quality of life in adolescents and the mediating role of self-esteem and self-efficacy: a cross-sectional study including adolescents and parents. *BMC Psychology*, 9, 1–16. DOI: 10.1186/s40359-021-00629-z
- Nascimento, T.; Frade, I.; Miguel, S.; Presado, M. H. & Cardoso, M. (2021) Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & saude coletiva*, 26(2), 505–510. DOI:10.1590/1413-81232021262.40802020
- Norma nº 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Lisboa: Direção Geral de Saúde (2013)
- Norma nº 010/2013 - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Lisboa: Direção Geral de Saúde (2013)
- OE – Ordem dos Enfermeiros (2006) Tomada de posição sobre segurança do cliente.
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (2007) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.
- OE - Ordem dos Enfermeiros (2010) Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I. Cadernos OE, série I, número 3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OE - Ordem dos Enfermeiros (2011) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
- OE – Ordem dos Enfermeiros (2012) Combater a desigualdade: da evidência à ação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OE - Ordem Dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas Práticas – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OE - Ordem dos Enfermeiros (2015) Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos OE, série I (8). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OE – Ordem dos Enfermeiros (2017) Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.

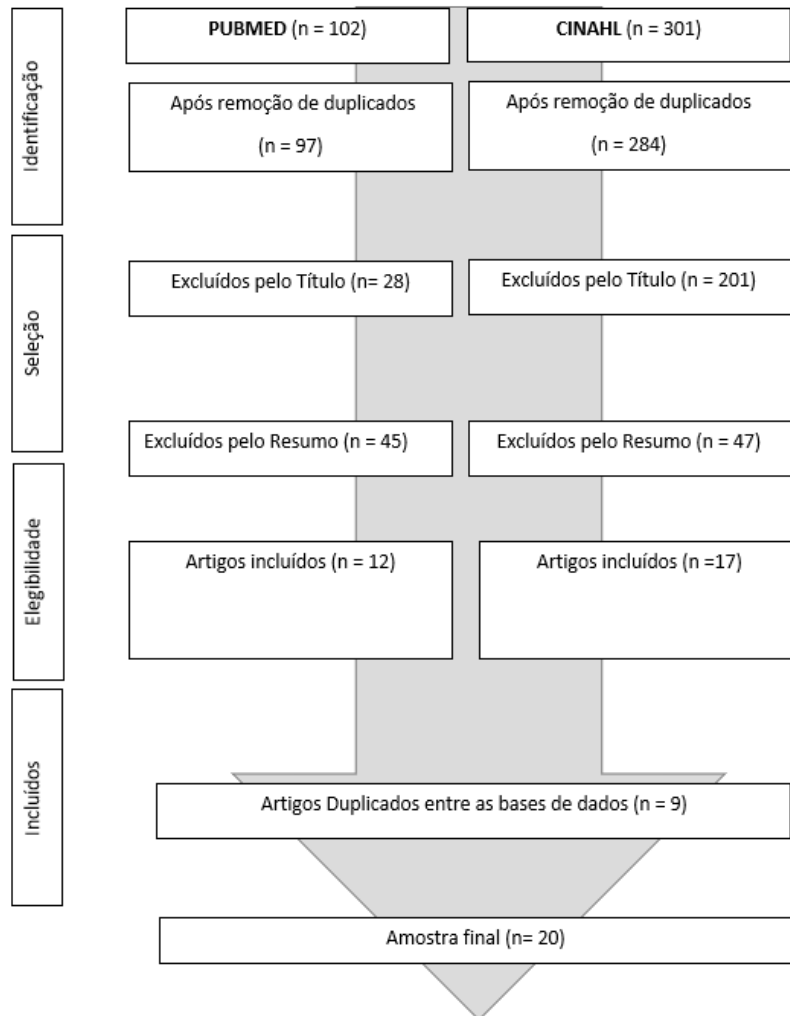
- OE – Ordem dos Enfermeiros (2018) Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde
- OE – Ordem dos Enfermeiros (2021) Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudo de Mestrado em Enfermagem conducentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (s.d) Adolescent and Health. Acedido em 29 de janeiro de 2022 em: [Adolescent health \(who.int\)](https://www.who.int/adolescent-health)
- Orientação n.º 014/2010, Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: Direção Geral de Saúde (2010)
- Orientação n.º 022/2012, Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: Direção Geral de Saúde (2012)
- Orientação n.º 022/2020, COVID-19: Procedimentos em Clínicas, Consultórios ou Serviços de Saúde Oral dos Cuidados de Saúde Primários, Setor Social e Privado. Lisboa: Direção Geral de Saúde (2020)
- Pancekauskaite, G & Jankauskaite, L (2018) Paediatric Pain Medicine: Pain Differences, Recognition and Coping Acute Procedural Pain in Paediatric Emergency Room. *Medicina*, 54(94). DOI:10.3390/medicina54060094
- Parecer CJ 64/2017 do Conselho Jurisdicional - Pedido de Parecer sobre disponibilização/indicação de medicação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (2017)
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis* DOI:10.46658/JBIMES-20-12
- Reder, E., & Serwint, J. (2009). Until the Last Breath - Exploring the Concept of Hope for Parents and Health Care Professionals During a Child's Serious Illness. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163(7), 653–657. DOI: 10.1001/archpediatrics.2009.87
- Regulamento OE n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2.ª série, N.º 26, 4744 (2019)

- Regulamento OE n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros .2.ª série, N.º 133, 19192 (2018)
- Ritchie, M. A. (2001). Self-esteem and hopefulness in adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(1), 35–42. DOI:10.1053/jpdn.2001.20551
- Rodrigues, J.I.B, Fernandes, S.M.G.C & Marques, G.F.S (2020) Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde Soc. São Paulo*, 29 (2). DOI: 10.1590/S0104-12902020190395
- Rua, M.S (2009) De Aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro
- Sánchez-rubio, L., Cleveland, L. M., Mercedes, M., Villalobos, D. De, & Mcgrath, J. M. (2021). Parental Decision-Making in Pediatric Intensive Care: A Concept Analysis. 59, 115–124. DOI:10.1016/j.pedn.2021.03.018
- Sanders, J. (2014) Capítulo 26 – Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.) *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., pp. 1026 – 1058). Loures: Lusociência
- Senger, A., Bryce, R., McMahon, C. & Baerg, K. (2021) Cross-sectional study of pediatric pain prevalence, assessment, and treatment at a Canadian tertiary hospital. *Canadian Journal of Pain*, 5, 172-182, DOI: 10.1080/24740527.2021.1961081
- Souza, T.O, Morais, T.E.V, Martins, C.C, Júnior, J.B & Vieira, G.O (2020) Efeito de uma intervenção educativa sobre a técnica de amamentação na prevalência do aleitamento materno exclusivo. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 20, 305-312. DOI: 10.1590/1806-93042020000100016
- Thomson, G., Crossland, N. & Dykes, F. (2012) Giving me hope: women’s reflections on a breastfeeding peer support service. *Maternal and Child Nutrition*, 8 (3), 340–353. DOI: 10.1111/j.1740-8709.2011.00358.x
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O’Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., ... Straus, S. E.

- (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467. DOI: 10.7326/M18-0850
- UNICEF & WHO (2018). Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. In World Health Organization. DOI:10.1016/s0031-3955(08)70039-7
- Vaz, J.; Alves, R. & Ramos, V. (2016) Vantagens da presença da família numa reanimação pediátrica ou em procedimentos dolorosos. *Enfermeria Global*. (41), 387-398. ISSN 1695-614
- Vazquez, V., & Cong, X. (2014). ScienceDirect Parenting the NICU infant: A meta-ethnographic synthesis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 281–290. DOI:10.1016/j.ijnss.2014.06.001
- Veizovic, V., Bozic, J., Panova, G., Babajic, M. & Bramhagen, A-C (2020) Children still experience pain during hospital stay: a cross-sectional study from four countries in Europe. *BMC Pediatrics*, 20(39). DOI: 10.1186/s12887-020-1937-1
- Wheeler, B. J. (2014) Capítulo 8 – Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.) *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., pp. 240 – 402). Loures: Lusociência
- Wright, J., Louttit, E., Pasternak, E., Irwin, M.N. & Spruit, J.L. (2021) Pain Management in Pediatrics. *Advances in Family Practice Nursing*. 3, 195–214. DOI: 10.1016/j.yfpn.2021.02.002

## APÊNDICES

## Apêndice 1: Fluxograma PRISMA-ScR



**Figura 1:** Processo de identificação e inclusão dos estudos - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow, adaptado de Tricco, et al. (2018)

## Apêndice 2: Tabela de estudos incluídos

Autor e Ano de Publicação	Objetivo	Desenho do Estudo	População	Conceito	Contexto	Resultados
<b>Conceito</b>						
<b>Hinds, P. S. (1984)</b>	Definir o conceito de esperança no adolescente.	<i>Grounded-Theory</i>	Adolescentes saudáveis e adolescentes em tratamento de dependências (álcool e droga)	Esperança	Centro de aprendizagem alternativo para o ensino secundário; unidade de tratamento de adolescentes toxicodependentes	- Define o conceito de esperança do adolescente.
<b>Hendricks-Ferguson, V. L. (1997)</b>	Fornecer um quadro conceptual com o intuito de diminuir a ambiguidade do conceito de esperança do adolescente com cancro.	Análise Conceptual	Adolescentes	Esperança	Enfermagem pediátrica oncológica	- Identificou a definição de esperança do adolescente de Pamela Hinds enquanto a única definição desenvolvida, até ao momento, para esta população, tendo como limitação a falta da dimensão espiritual; - Recomenda a avaliação do bem-estar espiritual em conjunto com a avaliação da esperança no adolescente.
<b>Hinds et al. (1999)</b>	Descrever a esperança do adolescente com um diagnóstico recente de cancro; identificar e descrever os objetos de esperança dos adolescentes;	Estudo experimental longitudinal	78 adolescentes entre (12-21 anos)	Esperança	Enfermagem pediátrica oncológica	- Instrumentos utilizados: HSA, HPLS e HIQ; - Scores de esperança elevados nos quatro momentos seleccionados; - Score de desesperança foi mais elevado no 1º momento e teve tendência a diminuir ao longo do tempo;

	avaliar o potencial das relações entre as características da esperança, o género, a idade, o diagnóstico e a fase de tratamento.					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adolescentes mais jovens obtiveram scores mais elevados de desesperança do que os mais velhos;</li> <li>- Adolescente com diagnóstico recente de cancro focam-se em objetos de esperança a curto e médio prazo e em apresentam expectativas positivas para atingir esses objetos de esperança; focam-se menos na seriedade da doença e mais nos fatores modificáveis ou em objetivos positivos e atingíveis relativamente à sua saúde e vida; as funções de negação protetora funcionam como uma estratégia adaptativa que permite o equilíbrio entre objeto de esperança de normalidade e relacionados com a doença.</li> <li>- Elevados níveis de esperança assumem função protetora nos adolescentes com doença oncológica.</li> </ul>
<b>Juvakka, T. &amp; Kylma, J. (2009)</b>	Descrever a esperança a partir da perspectiva de adolescentes com cancro.	Análise de conteúdo	6 adolescentes com cancro (16-21 anos)	Esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificou a esperança do adolescente enquanto um recurso interno bidimensional, sendo reforçada por fatores internos e externos;</li> <li>- É um elemento central na experiência oncológica;</li> <li>- É considerada um fator de proteção;</li> <li>- Foram identificados fatores geradores e ameaçadores de esperança.</li> </ul>
<b>Griggs, S. &amp; Walker, R. K. (2016)</b>	Descrever o papel da esperança em	Revisão Integrativa	Adolescentes com doença crónica	Esperança	Enfermagem	<p>Emergiram diversos temas relacionados com a esperança:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promove a saúde;</li> </ul>

	adolescentes com doença crónica.					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilita a adaptação à doença crónica;</li> <li>- Melhora a qualidade de vida;</li> <li>- Melhora a autoestima;</li> <li>- Importante fator na resiliência;</li> <li>- Afeta o processo de maturação do adolescente.</li> </ul>
<b>Relações do conceito de esperança com variáveis internas e externas</b>						
<b>Canthy-Mitchell, J (2001)</b>	Perceber a relação entre momentos de vida inesperados, esperança e autocuidado em adolescentes do interior de uma cidade.	Estudo quantitativa	202 Adolescentes do interior da cidade (13-19 anos)	Esperança e Autocuidado	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esperança como fator protetor nos adolescentes;</li> <li>- Esperança como fator influenciador do conhecimento, motivação e da capacidade do autocuidado do adolescente perante acontecimentos angustiantes;</li> <li>- Esperança como fator preditor do autocuidado;</li> <li>- Correlação positiva e significativa entre a variável esperança e o autocuidado do adolescente;</li> <li>- Níveis de esperança elevados relacionados com níveis de autocuidado elevados, traduzidos por aumento da força interior, valorização e conhecimento da própria saúde e sentimentos positivos.</li> </ul>
<b>Ritchie, M. A. (2001)</b>	Examinar as relações existentes entre as fases da adolescência, género, autoestima e esperança.	Estudo de correlação descritiva	45 adolescentes com cancro	Esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nível de autoestima e esperança não diferiu significativamente entre raparigas e rapazes ou entre cada fase da adolescência;</li> <li>- São necessárias perspetivas longitudinais para examinar a trajetória de desenvolvimento da</li> </ul>

						esperança e o seu impacto no enfrentamento e na adaptação.
<b>Hendricks-Ferguson, V. (2006)</b>	Examinar as diferenças na esperança e bem-estar espiritual e como se relacionam com a idade e o género dos adolescentes.	Desenho de corte transversal	78 adolescentes com doença oncológica	Esperança e Bem-estar Espiritual	Enfermagem pediátrica oncológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fase de desenvolvimento e/ou género podem influenciar os níveis de esperança e bem-estar espiritual;</li> <li>- Idade pode influenciar os níveis de esperança;</li> <li>- É preciso mais investigação para determinar se estes resultados são representativos dos adolescentes com doença oncológica noutros contextos.</li> </ul>
<b>Hendricks-Ferguson, V. (2008)</b>	Examinar as relações de esperança e bem-estar espiritual em adolescentes com doença oncológica.	Desenho descritivo, transversal	78 adolescentes	Esperança e bem-estar espiritual	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevados níveis de esperança para todos os participantes e sem variações significativas ao longo do tempo;</li> <li>- Refere a necessidade de avaliação contínua da esperança do adolescente para esclarecimento.</li> </ul>
<b>Wu, L.; Chin, C., Haase, J. &amp; Chen, C. (2009)</b>	Reportar um estudo sobre experiências de coping em adolescentes Taiwaneses com cancro.	Estudo fenomenológico	10 adolescentes sob quimioterapia (12-18 anos)	Coping	Enfermagem Pediátrica Oncológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esperança como fator facilitador do processo de recuperação face à doença oncológica;</li> <li>- Processo de reconstrução de esperança enquanto útil mecanismo de coping, relacionado com processos de reconstrução do pensamento permitindo a reavaliação dos seus feitos e visualização de imagens esperançosas, através de sistemas de apoio com profissionais de saúde e família.</li> </ul>
<b>Mahon, N. E. &amp; Yarcheski, A.</b>	Realizar duas meta-análises:	Meta-análise	Adolescentes	Esperança e Apoio social	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio social dos amigos tem maior impacto do que o apoio social dos pais;</li> </ul>

<b>(2015)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1ª examinou o apoio social dos pais em relação à esperança do adolescente;</li> <li>- 2ª examinou o apoio social dos amigos em relação à esperança do adolescente.</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pais são a principal figura de vinculação na vida dos adolescentes e o seu apoio social também aumenta a esperança dos mesmos.</li> </ul>
<b>Scoloveno, R. (2015)</b>	Desenvolver um modelo baseado na teoria e testar os efeitos diretos e indiretos da variável resiliência nas variáveis esperança, bem-estar e estilos de vida saudáveis em adolescentes.	Desenho correlacional	311 adolescentes (15 - 17 anos)	Resiliência	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resiliência tem efeito direto e positivo na esperança e indireto no bem-estar e no estilo de vida através da esperança;</li> <li>- O bem-estar constitui um resultado da esperança;</li> <li>- Esperança com efeito direto, mas pouco significativo na adoção de estilos de vida promotores de saúde;</li> <li>- Este estudo apoia as teorias de que a esperança é um resultado da resiliência na adolescência.</li> </ul>
<b>Kim, M.; Kim, K. &amp; Kim, J. (2018)</b>	Testar o impacto da variável resiliência sob a variável qualidade de vida em adolescentes com doença crônica.	Desenho correlacional transversal e descritivo	220 adolescentes com doença crônica, sob tratamento em meio hospitalar com duração	Resiliência, coping e esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio social demonstra correlação positiva com as variáveis coragem, resiliência, esperança e qualidade de vida;</li> <li>- Coping demonstrou correlação positiva com a esperança e resiliência;</li> <li>- Esperança com correlação positiva com a resiliência e qualidade de vida;</li> </ul>

			mínima de 6 meses (10-18 anos)			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esperança como competência pessoal que permite reconhecer problemas e capacitar para enfrentar o futuro de forma positiva;</li> <li>- Esperança, resiliência e coping com efeito positivo na qualidade de vida dos adolescentes com doença crónica.</li> </ul>
<b>Avaliação da Esperança</b>						
<b>Hinds, P. S. &amp; Gattuso, J. S. (1991)</b>	Medir a Esperança no Adolescente	Coluna de investigação tipo Edital	Adolescentes	Esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adolescentes com cancro particularmente suscetíveis à presença ou ausência de esperança;</li> <li>- As características específicas da esperança do adolescente requerem que haja uma medicação em vários momentos;</li> <li>- Escala de Esperança do Adolescente (HSA);</li> <li>- Escala com moderados a elevados níveis de consistência interna bem como provas de validade de construção.</li> </ul>
<b>Phillips-Salimi, C., Kintner, E., Monahan, P. &amp; Azzouz, F. (2007)</b>	Reportar a evidencia existente sobre a HHIndex sobre a sua fiabilidade e validade na mediação da esperança em adolescentes e jovem adultos com doença oncológica.	Estudo Longitudinal com 3 momentos de colheita de dados	127 adolescentes e jovens adultos com doença oncológica em qualquer fase de tratamento	Esperança	Enfermagem Pediátrica Oncológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Herth Hope Index</i> é uma escala fiável de avaliação da esperança em adolescentes e jovens adultos com doença oncológica;</li> <li>- Escala com 7 itens cuja validade foi analisada através de um processo de 4 etapas;</li> <li>- Recomenda o uso da escala completa até surgimento de novos estudos;</li> <li>- Este estudo apoia a existência de diferenças entre o conceito de esperança no adolescente e jovem</li> </ul>

						adulto em comparação com o adulto com doença oncológica.
<b>Conceito e Intervenções de Enfermagem</b>						
<b>Hinds, P. S., Martin, J. &amp; Vogel, R. J. (1987)</b>	Investigar as percepções dos adolescentes sobre a influência dos enfermeiros na esperança dos adolescentes com doença oncológica.	Grounded-Theory	58 adolescentes	Intervenções de enfermagem promotoras de esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiros podem influenciar positiva ou negativamente a esperança do adolescente com doença oncológica;</li> <li>- Identificação de intervenções de enfermagem facilitadoras de esperança, inibidoras de esperança e promotoras diretas da esperança;</li> <li>- Essência do papel de enfermagem influenciador de esperança: realismo otimista.</li> </ul>
<b>Hinds, P. S. (2000)</b>	Descrever os antecedentes do programa de investigação sobre a forma como os adolescentes lidam com as doenças que detenham risco de vida	Estudo Primário	3 amostras de adolescentes: 41 saudáveis, 42 hospitalizados por abuso de substâncias, 58 com doença oncológica	Intervenções de enfermagem promotoras de esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esperança influenciada por fatores internos ou externos;</li> <li>- Processo de gerador de esperança: processo de auto-sustentação do adolescente;</li> <li>- Intervenções de enfermagem podem facilitar ou dificultar os esforços de auto-sustentação;</li> <li>- Investigação futura necessária para avaliar o efeito real de certas estratégias iniciadas pelos adolescentes bem como os comportamentos dos profissionais de saúde sobre a esperança do adolescente.</li> </ul>
<b>Hinds, P. S. (2004)</b>	Compreender a esperança no adolescente, o processo responsável pelos	Estudo Primário	Adolescentes	Esperança	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foram identificados quatro conceitos centrais vivenciados de forma crescente pelos adolescentes com doença oncológica, para alcançar a esperança;</li> <li>- Processo de Autossustentação do Adolescente;</li> </ul>

	adolescentes alcançarem esperança durante os tratamentos e formas de os enfermeiros bem como outros profissionais de saúde facilitarem este processo.					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade relaciona-se com esperança;</li> <li>- Esperança relaciona-se com autoeficácia;</li> <li>- Objetos de esperança podem mudar ao longo do tempo pelo que é necessário realizar avaliações contínuas da esperança no adolescente.</li> </ul>
<b>Ribeiro, I. B &amp; Rodrigues, B. M. R. D. (2005)</b>	Compreender as expectativas de vida do adolescente hospitalizado com doença oncológica.	Estudo fenomenológico	16 Adolescentes hospitalizados com doença oncológica (10-19 anos)	Esperança	Enfermagem Pediátrica Oncológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adolescentes têm como objeto de esperança a cura e o retorno às atividades de vida diária;</li> <li>- Presença dos pais enquanto fator de apoio social essencial para a esperança no adolescente com doença oncológica;</li> <li>- Importância da permissão da expressão de sentimentos e da escuta ativa por parte dos profissionais de saúde.</li> </ul>
<b>Berg, C. &amp; Mascaro J. (2019)</b>	Explicar como o conceito de esperança consegue beneficiar os adolescentes com doença oncológica prévia na definição e perseguição de objetivos de vida. Discutir de que forma	Revisão de Literatura	Adolescentes e jovens adultos com doença oncológica prévia	Esperança	Enfermagem Pediátrica oncológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenções promotoras de esperança conseguem desenvolver sentimentos positivos e alcançar o bem-estar e esperança atuam no sentido de promover um pensamento orientado para objetos de esperança e apresentam resultados positivos na saúde mental e na qualidade de vida dos adolescentes;</li> <li>-Maiores níveis de esperança relacionados com estabelecimento ou reestruturação de objetivos de esperança;</li> </ul>

	as intervenções baseadas na promoção da esperança podem aumentar ou reduzir os sinais ou sintomas de psicopatologia.					- Baixos níveis de esperança relacionados com angústia e objetivos de esperança vagos e dúbios.
--	--	--	--	--	--	---

**Tabela 1** – A tabela com as características dos estudos incluídos

# Apêndice 3: Poster “Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança no Adolescente: *Scoping Review*”

## Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança no Adolescente: *Scoping Review*

Cláudia Ferreira<sup>1</sup>, Ana Paramos<sup>2</sup>, Elisabete Nunes<sup>3</sup>, Margarida Lourenço<sup>4</sup> e Zaida Charepe<sup>5</sup>

Enfermeira e Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal<sup>1,2</sup>; Doutora em Enfermagem e Professora no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal<sup>3,4,5</sup>  
 claudiaferreira0@gmail.com<sup>1</sup>; anafilipa.paramos@gmail.com<sup>2</sup>

**Esperança no Adolescente:** grau no qual o adolescente possui uma crença reconfortante ou sustentada pela vida e baseada na realidade, que existe um futuro positivo para si e para os outros:

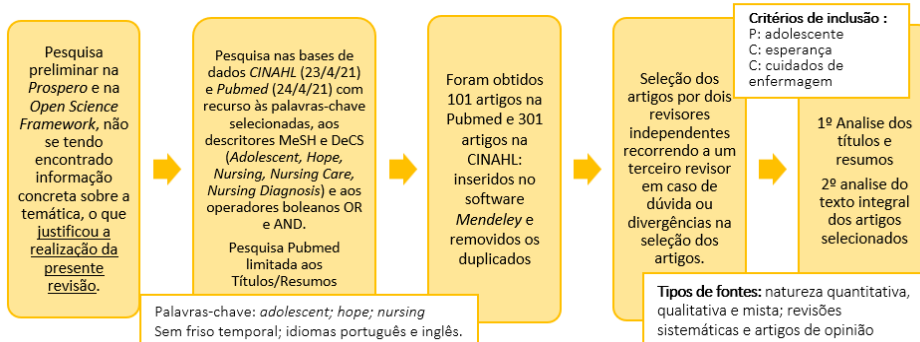
- Qualidade interna que emerge da interação com os outros;
- Detém uma natureza dinâmica e é influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos ao adolescente. (Hinds, 2004; Hinds & Gattuso, 1991)

A esperança detém um efeito benéfico sobre os resultados de saúde e os enfermeiros assumem um papel capaz de influenciar positivamente os níveis de esperança do adolescente e melhorar os seus resultados em saúde (Hinds, Martin, & Vogel, 1987).

Adolescente com doença crónica, complexa, oncológica ou terminal: população suscetível ao fenómeno de desesperança (Herdman, Kamitsuru, & Lopes, 2021)

**Objetivo:** Identificar na literatura quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a promoção da esperança no adolescente.

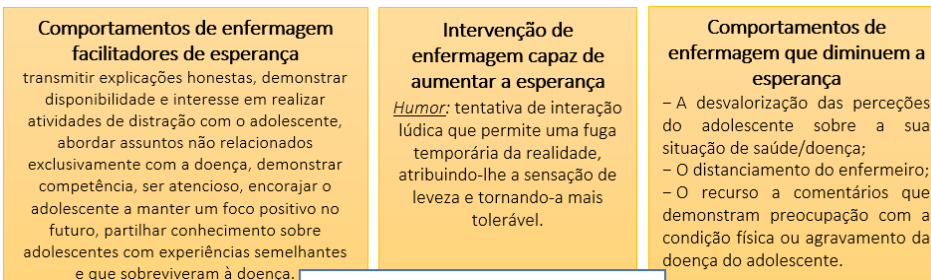
**Materiais e Métodos:** Metodologia JBI (Peters, Godfrey, McInerney, Munn, Tricco, & Khalil, 2020).



**Referências Bibliográficas:**

1. Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023. Thieme.  
 2. Hinds, P. S. (2000). Fostering coping by adolescents with newly diagnosed cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(4), 317-327. <https://doi.org/10.1053/sonu.2000.16590>  
 3. Hinds, P. S. (2004). The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 927-934. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.927-934>

**Resultados:** Foram obtidos 19 artigos, cuja leitura integral permitiu identificar comportamentos e intervenções de enfermagem capazes de influenciar e promover a esperança durante o processo de auto-sustentação do adolescente.



**Realismo Otimista**  
reflete as características do enfermeiro no seu envolvimento nos cuidados ao adolescente

**Processo de Auto-Sustentação do adolescente**  
progresso natural do adolescente que lida com sérias ameaças à sua saúde e adota estratégias para resolvê-las e alcançar a esperança. (Hinds, 2000, 2004; Hinds et al., 1987, 1999)

**Conclusão:** Uma vez que existe um risco para a desesperança no adolescente torna-se fulcral para os enfermeiros tomar conhecimento de comportamentos e intervenções promotoras de esperança, com o intuito de prevenir o desespero e afetar diretamente a sensação de bem-estar no adolescente, facilitando a adesão e tolerância ao tratamento e aumentando a sua qualidade de vida. Esta revisão permitiu constatar a necessidade de pesquisa em outras bases de dados com o intuito de aprofundar o conhecimento relativo a intervenções de enfermagem promotoras de esperança no adolescente.

4. Hinds, P. S., & Gattuso, J. S. (1991). Measuring hopefulness in adolescents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 8(2), 92-94. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ocm&AN=107504307&lang=pt-br&site=ehost-live>  
 5. Hinds, P. S., Martin, J., & Vogel, R. (1987). Nursing strategies to influence Adolescent Hopefulness During Oncologic Illness. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 4(1-2), 14-22. <https://doi.org/10.1177/104345428700400104>  
 6. Hinds, P. S., Quigley, A., Falcioni, D., Bush, A. J., Betcher, D., Rasmiller, G., Pratt, C. E., Gilchrist, G. S., & McCown, D. E. (1999). Hopefulness and its characteristics in adolescents with cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 21(5), 600-620. <https://doi.org/10.1177/019394599902100503>  
 7. Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

**Imagem 1** - Poster apresentado no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem que decorreu a 26 de novembro de 2021 na Universidade Católica Portuguesa - Lisboa

## Apêndice 4: Publicação de Carta ao Editor

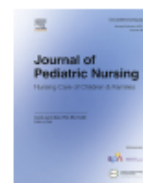
Journal of Pediatric Nursing 62 (2022) e113–e114



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Pediatric Nursing

journal homepage: [www.pediatricnursing.org](http://www.pediatricnursing.org)



**Behind the pandemic: Analysis of the article on Al-Motlaq et al. (2021) "Position statement of the international network for child and family centered care: Child and family centered care during the COVID19 pandemic"**



and communication with support the technology with family during pandemic crisis.

Nurses knows that the presence of the family with the child throughout the hospitalization facilitates the child's involvement and

**Imagem 2** – Cabeçalho da Carta ao Editor.

**Fonte:** Ferreira, C.; Nunes, E.; Lourenço, M. & Charepe, Z. (2021) Behind the pandemic: Analysis of the article on Al-Motlaq et al. (2021) "Position statement of the international network for child and family centered care: Child and family centered care during the COVID19 pandemic". Journal of Paediatric Nursing. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.08.005>

## Apêndice 5: Análise SWOT realizada no Módulo de Estágio III

No decorrer deste percurso, face à pesquisa realizada em bases de dados científicas com o intuito de desenvolver o conhecimento científico na área de especialidade, também procurei aumentar os meus conhecimentos no que respeita à gestão e qualidade dos cuidados. Assim deparei-me com literatura que apoia o recurso à realização de análises SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) em contexto de saúde, enquanto ferramenta de análise que contribui para a melhoria da qualidade (Camden et al., 2009) através da identificação de forças e fraquezas e da avaliação de oportunidades e ameaças, que resultam dos fatores organizacionais/internos e ambientais/externos do contexto onde se insere a situação em estudo. Esta análise permite orientar as ações futuras de acordo com os pontos fortes e com as oportunidades identificadas (Pearce, 2007).

Assim, identifiquei neste contexto de estágio:

- as **forças/pontos fortes**: equipa composta por elementos com formação académica pós-graduada (8 EEESIP), preocupação com a incidência da dor na população pediátrica demonstrada por todo o departamento de Pediatria e, nomeadamente pela equipa de enfermagem da UP, através da existência de um Núcleo da Dor do qual fazem parte diversos elementos da UP, prestação de cuidados de enfermagem com foco nos cuidados atraumáticos e norteados pela filosofia de Cuidados Centrados na Família;
- as **fraquezas/pontos fracos**: grande afluência de crianças à UP pelo que o tempo de contacto do enfermeiro com cada criança por vezes é curto, rotatividades pelos postos de trabalho dificultando o acompanhamento da criança;
- as **oportunidades** que emergiram: equipa de enfermagem receptiva a novos projetos, literatura refere que mais de metade das crianças/adolescentes que recorrem aos serviços de urgência sentem dor ou ansiedade (Thomas et al., 2015);
- e as **ameaças**: duração do estágio, rácio de enfermeiros face à afluência de crianças que recorrem à UP.

## **Referências Bibliográficas:**

Camden, C., Swaine, B., Tétreault, S., & Bergeron, S. (2009). SWOT analysis of a pediatric rehabilitation programme: A participatory evaluation fostering quality improvement. *Disability and Rehabilitation*, 31(16), 1373–1381. DOI:10.1080/09638280802532696

Pearce, C. (2007). Ten steps to carrying out a SWOT analysis. *Nursing Management*, 14(2), 25–25. DOI:10.7748/nm2007.05.14.2.25.c4343

Thomas, D., Kircher, J., Plint, A. C., Fitzpatrick, E., Newton, A. S., Rosychuk, R. J., Grewal, S., & Ali, S. (2015). Pediatric Pain Management in the Emergency Department: The Triage Nurses' Perspective. *Journal of Emergency Nursing*, 41(5), 407–413. DOI:10.1016/j.jen.2015.02.012

## **Apêndice 6: Folheto “Juntos Conseguimos Controlar a Dor!”**

Atualmente, com o avanço da ciência e tecnologia, a medicalização adquiriu um papel de destaque na sociedade e a hospitalização tornou-se quase inevitável na resolução de problemas de saúde, acarretando enormes gastos e desviando, por vezes, a atenção de intervenções igualmente eficazes e com recurso a menor quantidade de fármacos (Batalha, 2017; OE, 2013). Este aspeto é de grande importância para toda a população, mas em contexto pediátrico merece uma atenção redobrada, uma vez que está descrito que a hospitalização da criança e adolescente deve ser o último recurso no acesso aos cuidados de saúde. A hospitalização tem impacto negativo no desenvolvimento infantil e é responsável por respostas como a ansiedade, dor, comportamentos regressivos, problemas alimentares, distúrbios no sono e agressividade (Batalha, 2017).

A dor enquanto 5º sinal vital é um fator de grande importância na prática de cuidados de enfermagem. Trata-se de uma experiência individual e subjetiva, que é influenciada por experiências pessoais anteriores e envolve dimensões sensoriais, emocionais, cognitivas, fisiológicas, comportamentais e socioculturais (OE, 2013).

Sempre que se prevê a possibilidade de surgimento ou agravamento da dor, seja devido à doença, tratamento ou procedimentos realizados, deve-se avaliar e tratar a dor de acordo com o desenvolvimento cognitivo do adolescente, as suas preferências, o contexto envolvente e a sua situação específica e recorrendo a estratégias adequadas (OE, 2013; Silva et al., 2011). Pode-se recorrer a métodos farmacológicos de controlo da dor através de intervenções interdependentes combinados com métodos não-farmacológicos de controlo e alívio da dor, cujas intervenções são de cariz autónomo do enfermeiro, com o intuito de evitar que o adolescente sinta dor. As estratégias não-farmacológicas de alívio da dor, são eficazes em situações de dor ligeira, durante procedimentos dolorosos ou em complemento da analgesia prescrita. Deste modo, promove-se a confiança e autonomia do adolescente e família para controlar a dor (OE, 2013).

Tendo em conta as características inerentes à adolescência, a Ordem dos Enfermeiros (2013) identificou no Guia Orientador de Boas Práticas as estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor mais adequadas para os adolescentes:

- **Intervenções cognitivas:**

- Fornecimento de informação antecipatória (transmitir informação adequada ao adolescente/família de acordo com aquilo que pretendem saber sobre a sua situação clínica ou sobre o procedimento que vai ser realizado);
- Distração (incentivar o adolescente a ler, escrever, ver vídeos/filmes/séries, jogar, ouvir música ou falar com alguma pessoa significativa durante situações potencialmente dolorosas);
- Reforço positivo (elogiar e motivar o adolescente sobre aspetos ou comportamentos positivos durante a hospitalização);
- Imaginação guiada (incentivar o adolescente a imaginar ou relembrar situações que identifica como reconfortantes e relaxantes);
- Simulação ou modulação (permitir que o adolescente contacte com outros jovens com experiências semelhantes que demonstrem comportamentos de confronto positivo).

▪ **Intervenções comportamentais:**

- Distração comportamental (promover a realização de exercícios físicos antes de procedimentos ou tratamentos potencialmente dolorosos com o intuito de deixar o adolescente mais relaxado e menos preocupado e ansioso);
- Relaxamento muscular (técnicas de relaxamento como é o caso dos exercícios de respiração diafragmática, de relaxamento progressivo e de técnicas imagéticas).

▪ **Intervenções cognitivo-comportamentais:**

- Métodos físicos (aplicar calor ou frio na zona dolorosa);
- Massagem (incentivar o familiar ou outra pessoa significativa a realizar estimulação cutânea, induzindo a sensação de relaxamento, contribuindo para o distrair e diminuindo a sensação de dor);
- Posicionamento (incentivar a adoção de posicionamentos corporais de conforto que aliviam a dor);
- Musicoterapia (incentivar o adolescente a ouvir música que goste, facilitando o uso da imaginação para afastar o pensamento da situação dolorosa);
- Arteterapia (incentivar o recurso à escrita, desenho, arte, poesia e teatro ajuda o adolescente a falar e exprimir sentimentos e emoções sobre a doença e a dor, contribuindo para diminuir a ansiedade e autocontrolar a dor);

- Humor (utilizar o humor facilita o estabelecimento de relações mais próximas e de confiança, o que torna o ambiente mais leve e prazeroso, devido à estimulação do sorriso e riso e contribui para desdramatizar situações difíceis sem as ignorar ou depreciar).

Com base no descrito sobre estratégias não-farmacológicas de alívio da dor e tendo em conta que a minha intervenção é direcionada para o adolescente e família, optei por desenvolver um Folheto - “Juntos Conseguimos Controlar a Dor!”, para distribuir pelos adolescentes internados no serviço de Pediatria. Neste folheto abordo estratégias não-farmacológicas de forma adequada à compreensão dos adolescentes, recorrendo a técnicas de comunicação promotoras de esperança ao mesmo tempo que forneço as ferramentas necessárias para capacitar e promover a autonomia do adolescente, para decidir e implementar as estratégias que considerar mais adequadas para controlar ou aliviar a sua dor (OE, 2011). As estratégias presentes no folheto foram selecionadas tendo em conta a dificuldade de compreensão e de execução, de modo a aumentar a adesão dos adolescentes e a permitir a sua implementação de forma autónoma.

Os folhetos têm formato A3, sendo constituídos pela capa que contém o título e um espaço em branco para ser utilizado pelo adolescente para escrever, desenhar ou pintar, enquanto estratégia de distração. O interior do folheto contém informação sobre estratégias não-farmacológicas de alívio da dor e imagens ilustrativas. O verso do folheto contém informação sobre a avaliação da dor reforçando a importância da parceria de cuidados com a equipa de enfermagem e aborda a autoria do folheto assim como as referências bibliográficas. Por fim, contém um *QRcode* de acesso ao questionário para o adolescente avaliar a intervenção. Ao longo do folheto houve o cuidado de utilizar uma linguagem de fácil compreensão e adequada ao adolescente e foram colocadas explícita e implicitamente mensagens motivadoras com o objetivo de promover a esperança no adolescente.

Previamente à distribuição do folheto, foi obtida oralmente, a autorização e aprovação da Enf.<sup>a</sup> chefe do serviço de Pediatria para avançar com a implementação do folheto no serviço. Esta autorização foi obtida no dia 29 de setembro, dia em que o folheto começou a ser distribuídos pelos adolescentes hospitalizados.

Após obtenção do consentimento livre e esclarecido dos adolescente e família (Lei 156/2015), foram realizadas entrevistas não-estruturadas aos adolescentes por forma a conhecê-los melhor (características individuais e familiares) e a dar-me a conhecer

(características do profissional), iniciado a criação de uma relação terapêutica de parceria (OE, 2013). Foi recolhida informação sobre a História da Dor de modo a compreender e orientar a avaliação e controlo da dor (OE, 2013). Esta recolha de informação não foi realizada no momento da admissão conforme a recomendação da Ordem dos Enfermeiros (2013) citando o Plano Nacional da Luta Contra a Dor, uma vez que a admissão destes adolescentes no serviço ocorreu previamente à minha intervenção. No momento da distribuição dos folhetos (Apêndice 6.1 – Folheto) foi realizada uma formação individualizada (Apêndice 6.2 – Plano de Formação) ao adolescente explicando os objetivos esperados e a finalidade do folheto, bem como a informação contida no folheto, esclarecendo dúvidas sobre o mesmo. No final, foi pedido ao adolescente que, após a leitura integral do folheto preenchesse um pequeno questionário composto por três perguntas (Apêndice 6.3 – Questionário), ao qual teria acesso através do *QRcode* presente no verso do folheto, de modo a avaliar esta intervenção.

O recurso ao *QRcode* prende-se com a atual facilidade no acesso às tecnologias, sendo o telemóvel grande parte das vezes o objeto de ligação escolhido pelos adolescentes, devido às suas diversas funcionalidades, nomeadamente a nível social e afetivo (Montañés & Silvestre, 2011). Assim, o telemóvel é uma ferramenta de fácil acesso e torna esta experiência com recurso ao *QRcode* mais adaptada aos interesses dos adolescentes, facilitando a sua adesão.

Devido ao número de adolescentes internados no serviço de Pediatria e à conciliação do horário de estágio após a aprovação do folheto, foi possível distribuir o folheto por 5 adolescentes e todos preencheram o questionário anexado ao mesmo. Foram obtidas 100% de respostas “sim” às questões realizadas: “Já sentiste dor desde o início do internamento?”; “Estas estratégias podem ajudar-te a aliviar a dor?”; “Vais experimentar aplicar uma ou mais destas estratégias para aliviar a dor?”. Concluiu que, de acordo com a pequena amostra abordada, esta intervenção foi bem recebida pelos adolescentes, podendo representar uma ferramenta útil para capacitar e promover a autonomia dos adolescentes no controlo e alívio da dor. Esta atividade permitiu também promover a esperança dos adolescentes na medida em que, através da aplicação de uma régua de esperança, tendo por base o modelo de Charepe (2011, p.94), com a questão “Após conheceres estas estratégias quão esperançoso/encorajado te sentes para controlar a dor no futuro?”, recorrendo a uma escala de 0 a 10, sendo 0 (nada esperançoso) e 10 (muito esperançoso). As respostas obtidas foram todas superiores a 8 pontos, o que indica que as estratégias apresentadas deram confiança ao

adolescente, deixando-o mais esperançoso relativamente à sua capacidade para controlar a dor futuramente. Ao sentirem que conseguiam ter controlo sobre a dor relatavam sentir-se motivados relativamente à melhoria da sua saúde e à ocorrência da alta. Referiram que planeavam mostrar este folheto a irmãos, primos e amigos na mesma faixa etária, após a alta, para que também os ajudasse em situações dolorosas. Transmitiu-lhes uma visão positiva do futuro, um futuro sem dor.

## **Referências Bibliográficas**

Charepe, Z. (2011). O Impacto dos Grupos de Ajuda Mútua no Desenvolvimento da Esperança dos Pais de Crianças com Doença Crónica: Construção de um Modelo de Intervenção Colaborativa (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Batalha, LMC (2017) *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar*. (Manual de estudo – versão 1). Coimbra: ESEnfC

Lei nº 156/2015 - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181/2015, Série I, 8059 – 8105. DRE (2015)

Ordem Dos Enfermeiros (2011) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (aprovado em Assembleia Geral extraordinária de 22 de outubro de 2011)

Ordem Dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas Práticas – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Orientação n.º14/2010 (2010) Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.

Orientação n.º22/2012 (2012) Orientações técnicas sobre o controlo da Dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: DGS

Montañés, M., & Silvestre, V. (2011). Evaluación de la adicción al móvil en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(2), 165–184.

Silva, M. S., Pinto, M. A., Gomes, L. M. X., & Barbosa, T. L. D. A. (2011). Pain in hospitalized children: nursing team perception. *Revista Dor*, 12(4), 314–320. [http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/en\\_a06v12n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/en_a06v12n4.pdf)



## Apêndice 6.1 - Folheto “Juntos Conseguimos Controlar a Dor!”

### NÃO TE ESQUEÇAS:

Fala sempre com o(a) enfermeiro(a) quando sentires dor.

Explica onde dói, há quanto tempo, como é a dor e qual a sua intensidade recorrendo à seguinte escala:



Conta com a sua ajuda para aplicares estas ou outras estratégias de alívio da dor. Somos uma equipa, **juntos conseguimos!**

## JUNTOS CONSEGUIMOS CONTROLAR A DOR!

Estratégias que te vão ajudar a controlar e aliviar a dor

*Este espaço é teu:*



Agradeço que respondas a este rápido questionário de 3 perguntas através do QRCode:



Dá asas à tua imaginação.

### ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR

**TU ÉS CAPAZ DE CONTROLAR A TUA DOR**

- Podes ter contigo objetos que te dão conforto (amuletos, fotos, uma peça de roupa que gostes muito...);
- Podes ouvir música, ver vídeos, filmes ou séries;
- Podes jogar no telemóvel ou computador;
- Podes desenhar ou escrever, sobre um tema que gostes;
- Podes lembrar imagens e momentos confortantes;
- Podes identificar posturas ou movimentos que aliviem a dor.




#### ESTRATÉGIAS FÍSICAS



- Podes pedir ao teu familiar para te fazer uma massagem de relaxamento.
- Podes posicionar o teu corpo de forma a ficares mais confortável e aliviar a dor.

#### ESTRATÉGIAS FÍSICAS

- Podes aplicar calor no local que te dói, ao ativar a circulação do sangue vai ajudar-te a relaxar e aliviar a dor.
- Podes aplicar frio no local que te dói, tem efeito anti-inflamatório que diminui o inchaço e alivia a dor.

#### RELAXAMENTO

Tenta ir para um local calmo e coloca uma música relaxante.

- Descontra o queixo e os ombros;
- Inspira pelo nariz e deita o ar fora pela boca, lentamente e de forma ritmada;
- Fecha os olhos e coloca uma mão sobre a barriga e outra sobre o peito;
- Inspira fazendo com que a mão que está sobre a barriga se mexa mais do que a mão que está sobre o peito;
- Tenta aguentar o ar nos pulmões durante três ou mais segundos, deita o ar fora lentamente pela boca e esvazia completamente os pulmões com ajuda da barriga.



Repete as vezes necessárias até te sentires confortável com essa respiração.

**Relaxa, experimenta e acredita que vais ser capaz!**


Imagem 3 – Folheto “Juntos Conseguimos Controlar a Dor!”

*Apêndice 6.2 - Plano de Formação “Estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor”*

Formadora: Cláudia Ferreira			
Tema: Estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor			
População-alvo: adolescentes internados no serviço de Pediatria com dor aguda ou crónica			
Duração: 15 minutos			
<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar a conhecer estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor aos adolescentes internados;</li> <li>- Promover a esperança no adolescente internado no serviço de Pediatria.</li> </ul>		<p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar, recorrendo a estratégias comunicacionais promotoras de esperança, sobre estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor;</li> <li>- Explicar a importância do uso de estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor em situações potencialmente dolorosas;</li> <li>- Reforçar a importância de o adolescente avaliar e comunicar a dor aos enfermeiros;</li> <li>- Motivar e capacitar o adolescente para autocontrolar ou aliviar a sua dor;</li> <li>- Promover a autonomia do adolescente no controlo e alívio da dor.</li> </ul>	
Fases/Tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
Introdução 3min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da formadora e do tema;</li> <li>- Explicação dos objetivos e finalidade do folheto.</li> </ul>	- Expositiva e ativa	- Avaliar o interesse da população-alvo ao longo da formação
Desenvolvimento 9min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualização da temática;</li> <li>- Importância das estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor para o bem-estar e conforto do adolescente;</li> <li>- Estratégias não-farmacológicas de</li> </ul>	- Expositiva e demonstrativa com auxílio de material informativo (folheto)	- Avaliar o interesse da população-alvo ao longo da formação

	<p>controlo e alívio da dor e sua aplicabilidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da dor;</li> <li>- Como utilizar a escala numérica de avaliação da dor e porquê.</li> </ul>		
<p>Conclusão 3min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concluir sintetizando os temas abordados;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Avaliação da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositiva e ativa</li> <li>- Interrogativa através da plataforma GoogleForms</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a opinião da população alvo relativamente ao tema abordado</li> </ul>

## Apêndice 6.3 - Questionário



**Juntos conseguimos controlar a dor!**

Após a leitura do folheto sobre Estratégias de Alívio da Dor peço-te que respondas a este rápido questionário, para que eu fique a conhecer a tua opinião. A tua resposta será anónima, não saberei quem és, mas lembra-te, podes recorrer sempre aos enfermeiros(as) para te ajudarem no alívio da dor, utilizando as estratégias que achares mais adequadas para ti. Ajuda-nos a ajudar-te, vais sentir-te muito melhor!

Já sentiste dor desde o início do internamento? \*

Sim

Não

Estas estratégias podem ajudar-te a aliviar a dor? \*

Sim

Não

Vais experimentar aplicar uma ou mais destas estratégias para aliviar a dor? \*

Sim

Não

**Imagem 4** - Questionário de Avaliação do folheto “Juntos Conseguimos Controlar a Dor!”, na plataforma GoogleForms

## **Apêndice 7: Diário reflexivo sobre o impacto das estratégias de controlo e alívio da dor na promoção da esperança do adolescente hospitalizado**

A presente reflexão realiza-se no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório que decorreu no serviço de Pediatria do Hospital ... e tem por objetivo recorrer ao ciclo reflexivo de *Gibbs* para analisar uma situação de prestação de cuidados que decorreu neste contexto de estágio.

O caso em análise decorreu durante a prestação de cuidados a um adolescente internado no serviço de Pediatria. O L., um rapaz de 17 anos que deu entrada no hospital através do serviço de urgência pediátrica onde recorreu por dor no ombro direito. Após ter sido observado e avaliado foi internado com o diagnóstico médico de abscesso e osteomielite do acrómio e úmero direitos com indicação para realizar 3 semanas por via endovenosa seguida de mais 3 semanas de antibioterapia via oral.

Devido à duração de internamento prevista, o L. ficou internado sem acompanhante, a sua mãe que o acompanhou ao serviço de urgência Pediátrica teria de ir para casa tomar conta dos seus irmãos mais novos, não havendo outro familiar ou pessoa de referência que pudesse dar apoio em casa ou no internamento do L.

Era referido pela equipa de enfermagem que o L. era um adolescente calmo, mas pouco comunicativo, introvertido, passando grande parte do internamento no telemóvel ou no computador.

No dia 27 de setembro, realizei turno na Ala A do serviço de Pediatria, onde o L. estava internado e tive a possibilidade de ter o primeiro contacto com o adolescente. Na minha primeira abordagem apresentei-me ao L., explicando o motivo de estar a prestar cuidados no serviço de Pediatria. À medida que ia abordando assuntos do quotidiano para encontrar temas do seu agrado, fui realizando questões de modo a conhecer o L., respeitando a sua privacidade e a sua vontade de falar ou não. À semelhança do que era referido pela equipa, no primeiro contacto o adolescente não era muito comunicativo, respondendo apenas quando questionado e com poucas palavras. Tratava-se de um jovem que, devido à sua personalidade, não manifestava a sua dor, havendo a necessidade de questioná-lo frequentemente sobre o assunto e de reforçar a importância de comunicar aos profissionais de saúde quando sentia dor.

De acordo com o Artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada “(...) As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo. “ (Vasco, *et al.* 2016) e encontra-se enumerado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem que, na procura por excelência no exercício profissional o EEESIP concretiza atividades com responsabilidade e rigor técnico/científico que minimizam o impacto dos fatores stressantes da hospitalização e/ou vivências de situações de risco ou doença crónica; estabelece uma parceria com o jovem com vista à participação, capacitação e negociação nos cuidados; facilita a comunicação de emoções; utiliza estratégias motivadoras para que o jovem desempenhe adequadamente os seus papéis de saúde; aproveita oportunidades para facilitar a aquisição de conhecimentos de saúde; implementa estratégias promotoras de esperança; prescreve intervenções de gestão da dor recorrendo a conhecimentos e habilidades sobre estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2011). Assim, enquanto futura Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, faz parte dos meus objetivos ao longo deste percurso académico desenvolver e implementar competências de acordo com estes enunciados e, neste adolescente, identifiquei necessidades cuja satisfação dependia da implementação de intervenções de promoção da saúde e bem-estar.

Nos contactos seguintes com o L. recorri ao humor com o intuito de desdramatizar os assuntos abordados, mas nunca desvalorizando ou desconsiderando o que era dito pelo adolescente e assim, fui desenvolvendo uma relação terapêutica de parceria. Após obter o consentimento do L., de ter reforçado que todas as informações obtidas seriam anónimas de forma a respeitar a sua privacidade e de ter dado liberdade ao L. para terminar aquela intervenção a qualquer momento, se fosse essa a sua vontade, recorri à entrevista não estruturada para recolher dados essenciais para completar a sua História de Dor. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013) a recolha de dados sobre a História de Dor é um dos critérios a atingir quando, na procura da excelência profissional é tomado como foco de atenção a dor do adolescente: deve valorizar-se os relatos de dor; ensinar sobre as escalas utilizadas para avaliar a dor; monitorizar a intensidade, sinais fisiológicos e comportamentos de dor; diagnosticar, planear intervenções e adotar estratégias farmacológicas em complementaridade com estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor; e avaliar o resultado das intervenções.

Após ter obtido os dados necessários para dar resposta a todos os critérios supramencionados e ter sido aprovada pela chefia de enfermagem do serviço de Pediatria, a distribuição do

folheto, no dia 29 de setembro, realizei a formação individualizada ao L. apresentando o folheto “Juntos Conseguimos Controlar a Dor!” do mesmo modo, foram apresentadas, discutidas e implementadas em parceria com o L. estratégias não-farmacológicas de alívio da dor. Estas estratégias não-farmacológicas iriam atuar em complementaridade às estratégias farmacológicas, uma vez que o L. necessitava de analgesia fixa para controlo e alívio da dor, que não resolvia totalmente a sua dor. O adolescente mantinha queixas álgicas ao toque e mobilização da articulação, ainda que numa intensidade menor (escala numérica da dor: 3) do que sem a administração dos analgésicos prescritos.

Neste contacto o adolescente demonstrou muito interesse nos ensinamentos realizados. Foi dado tempo e espaço ao L. para ler e analisar o folheto, foi demonstrada disponibilidade para esclarecer dúvidas e foi dada motivação para implementar estratégias por si escolhidas, recorrendo à equipa de enfermagem sempre que precisasse de ajuda.

No dia seguinte tive a possibilidade de continuar a prestar cuidados ao L., que me abordou referindo que tinha experimentado aplicar duas das estratégias que lhe foram apresentadas. Referiu melhoria da dor após ter aplicado calor local durante o banho e, seguidamente ter realizado massagem de relaxamento. Estava mais animado e comunicativo, referindo que a sua dor em repouso passou a 0 na escala numérica e a 1 ao mobilizar a articulação do ombro. Aproveitei este contacto para perceber os níveis de esperança do L., relativamente ao impacto desta limitação no futuro, uma vez que se planeava a sua alta para breve. O adolescente compreendia que iria ter alguma limitação, ao longo do tempo, na realização de movimentos de maiores amplitudes com o membro superior direito, contudo mostrava-se esperançoso para volta à escola, para voltar a contactar com os seus amigos e família e para regressar aos treinos de futebol, referindo que iria continuar a recorrer a estratégias não-farmacológicas para que a dor não se tornasse predominante no seu dia-a-dia.

Voltei a ter contacto com o L. no dia da alta, já não era o adolescente com quem contactei pela primeira vez no dia 27 de setembro, estava animado, mais comunicativo e entusiasmado com o regresso a casa. Mantinha um discurso que evidenciava esperança relativamente à manutenção da sua saúde no regresso a casa. Foi perceptível que era importante para si regressar à escola pois, tinha objetivos para o seu futuro. Esperava continuar a estudar e ir para a faculdade.

A história deste adolescente desencadeou em mim sentimentos de empatia e compaixão, uma vez que se tratava de um adolescente com dor cujo internamento se previa prolongado e sem

suporte familiar no decorrer do mesmo, tendo respondido àquela situação de crise isolando-se. Após conseguir estabelecer uma relação de confiança e parceria com o L., de ter implementado estas intervenções e de observar os seus resultados, assim como receber o feedback do L., senti contentamento com o impacto positivo destas intervenções no bem-estar do adolescente.

A reflexão sobre a prática dá a oportunidade de aprender com o que foi feito, permitindo resolver a discordância entre o que sabemos e o que sentimos perante a experiência e desenvolver novos conhecimentos que melhoram práticas semelhantes no futuro (O'Brian, 2014).

Esta situação surpreendeu-me positivamente na medida em que, previamente à realização deste estágio considerava que as minhas competências para intervir junto do adolescente precisavam de ser desenvolvidas, atualmente continuo a considerar que posso melhorar a minha prática profissional, contudo verifiquei que no contacto que tive com este e outros adolescentes ao longo deste estágio, consegui estabelecer relações terapêuticas que permitiram atingir resultados positivos no seu bem-estar e saúde. Por outro lado, senti dificuldade em conciliar com a prestação de cuidados ao adolescente, uma abordagem comunicacional promotora de esperança. Isto porque ainda que a esperança seja a temática na qual me estou a basear ao longo deste percurso académico, a minha falta de experiência profissional na área da pediatria, dificulta-me o recurso à comunicação promotora de esperança de forma inata no decorrer da minha intervenção. Com isto, a realização deste diário reflexivo tem o intuito de analisar o caso descrito, recorrendo à evidência científica atual, aumentando os meus conhecimentos acerca da temática promoção da esperança no adolescente e conseqüentemente, trazendo contributos para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEESIP ao nível da promoção da esperança.

A esperança nos adolescentes foi definida por Hinds (2000) como uma crença reconfortante sustentada pela vida, de que existe um futuro positivo para si e para os outros. É diferenciada do desejo na medida em que a esperança exige proatividade e não apenas esperar pelo surgimento do resultado ou pela força das circunstâncias, a esperança baseia-se na realidade podendo ocorrer no imediato ou num determinado espaço de tempo (Hendricks-Ferguson, 1997; Hinds *et al.*, 1999; Hinds, 2004). Os níveis de esperança alteram-se com o tempo e com a situação clínica – é dinâmica – e a esperança manifesta-se em intensidades, não podendo ser apenas referida com estando presente ou ausente (Hinds *et al.*, 1999).

A esperança emerge da interação com os outros e é influenciada por fatores interno e externos como atitudes e comportamentos. Está descrito que os enfermeiros influenciam positivamente a esperança nos adolescentes (Hinds *et al.*, 1999; Hinds, 2004), o que vai afetar diretamente o seu bem estar, assim como o seu comprometimento com o tratamento, influenciando os resultados do mesmo; a esperança tem também uma função protetora, protegendo o adolescente do desespero em situações de risco de vida e ajudando-o a tolerar situações em que as suas necessidades não podem ser totalmente satisfeitas (Hinds *et al.*, 1999).

Estão descritos comportamentos e intervenções implementados pelos enfermeiros e identificadas pelos adolescentes que contribuem para facilitar ou promover a esperança, nomeadamente ser honesto na informação transmitida; a participação ou contributo dos enfermeiros para ajudar o adolescente a ocupar o seu tempo; a demonstração de interesse, preocupação e disponibilidade em relação ao adolescente; abordar assuntos menos sensíveis ou do interesse do adolescente propositadamente; demonstrar competência; falar de outros adolescentes em situações semelhantes que tiveram resultados positivos; incentivar o adolescente a direcionar o seu pensamento para o futuro; por fim, mas não menos importante, foi referido o humor que transmite a sensação de leveza e de normalidade, ajudando a tolerar ou até a afastar o pensamento da realidade, sem desvalorizar a situação clínica do adolescente, enquanto a única intervenção de enfermagem promotora de esperança. Estas estratégias realçam as competências inatas do adolescente que possibilitam que lide intuitivamente com a situação de doença (Hinds, Martin & Vogel, 1987; Hinds, 2004).

Perante o descrito e ao repensar a minha intervenção, concluo que a minha abordagem ao adolescente no sentido de realizar ensinamentos relativos às estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor, foi adequada ao seu desenvolvimento e, conseqüentemente, foi compreendida e aceite pelos adolescentes.

Relativamente à promoção da esperança no adolescente hospitalizado depreendo que houve comportamentos, atitudes e intervenções que implementei que estão descritas na literatura como sendo facilitadoras ou promotores de esperança, nomeadamente a utilização do humor, a honestidade e a demonstração de disponibilidade e preocupação. Contudo, esta análise fez-me perceber que, por ainda me encontrar no início deste percurso, tanto no “mundo da Pediatria” como enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, existem aspetos da minha intervenção que não controlo totalmente. Segundo o

modelo de aquisição de competências desenvolvido por Benner (2001) que estudou a aprendizagem experimental na prática de enfermagem e identificou cinco níveis de competências: iniciado; avançado; competente; proficiente e perito. Nesta fase do meu percurso académico e profissional encontro-me num nível de experiência de “Competente” uma vez que tenho cerca de 1 ano de experiência na área de Pediatria, mas devido à experiência prévia enquanto enfermeira na área de adultos, considero que possuo conhecimentos e experiência para lidar com diversas situações, incluindo situações imprevistas, contudo ainda necessito realizar uma planificação consciente e deliberada de forma a que a minha prestação de cuidados seja eficiente e organizada e, conseqüentemente ainda não possuo a velocidade e flexibilidade de decisão que é necessária em situações específicas. A autora refere também que neste processo de aquisição de competências é crucial refletir sobre a prática, unindo os conhecimentos obtidos com a teoria, às aprendizagens realizadas através da prática, tendo sempre presente o comportamento ético (Benner, 2001).

Posso concluir que a realização desta reflexão representou um momento de grande aprendizagem através da coligação da teoria com experiências da prática de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESIP. Identifiquei a abordagem da temática esperança como a área na qual necessito evoluir e também ganhar alguma confiança na sua implementação. No futuro, para conseguir que a minha abordagem comunicacional promotora de esperança seja mais eficaz, considero necessário que as intervenções que implemento nesse sentido sejam previamente planeadas e deliberadas com a finalidade de promover a esperança, até obter a peritagem necessária para que a promoção da esperança seja intuitiva e inerente a toda a minha prática de cuidados enquanto EEESIP.

## **Referências Bibliográficas**

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.

Hendricks-Ferguson, V. L. (1997). An analysis of the concept of hope in the adolescent with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 14(2), 72–73. DOI:10.1177/104345429701400205

Hinds, P. (2004). The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 927–934. DOI:10.1188/04.ONF.927-934

Hinds, P. *et al.* (1999). Hopefulness and its characteristics in adolescents with cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 21(5), 600–620. DOI:10.1177/019394599902100503

Hinds, P., Martin, J., & Vogel, R. (1987) Nursing strategies to influence adolescent hopefulness during oncologic illness. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 4(1–2), 14–22. DOI:10.1177/104345428700400104

Hinds, P. & Gattuso, J. (1991). Measuring Hopefulness in Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 8(2), 92–94.

O'Brien, R. (2014). Expressions of hope in paediatric intensive care: A reflection on their meaning. *Nursing in Critical Care*, 19(6), 316–321. DOI:10.1111/nicc.12069

Ordem Dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas Práticas – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Vasco, F., Levy, M., & Cepeda, T. (2016). Anotações à Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

## **Apêndice 8: Diário Reflexivo sobre o Método canguru como recurso para a promoção da esperança parental**

A presente reflexão realiza-se no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais do Hospital ... e tem objetivo analisar uma situação de prestação de cuidados que decorreu neste contexto de estágio e obter uma nova perspetiva do ocorrido com o intuito de aprender e desenvolver novos conhecimentos para aplicar numa prática futura, recorrendo ao Ciclo Reflexivo de Gibbs (O'Brien, 2014).

Esta reflexão foca-se em dois momentos distintos de prestação de cuidados em que foi implementado o Método Canguru (MC).

O primeiro momento de prestação de cuidados aconteceu no início deste percurso de estágio quando o M., um recém-nascido pré-termo de 25 semanas e 6 dias, esteve pela primeira vez em contacto pele com pele com a sua mãe.

Tratava-se do 15º dia de vida e o M. de acordo com a avaliação médica e de enfermagem, começava a apresentar sinais de melhoria clínica. Apresentou nesse dia sinais vitais mais estáveis sem registos de bradicardias, bradipneias ou dessaturações. Mantinha-se sob ventilação mecânica assistida NAVA (*Neurally Adjusted Ventilatory Assist*) com muito boa adaptação e tolerância. Mais ativo e reativo a estímulos e com menos períodos de desorganização motora e pele e mucosas hidratadas e mais coradas que nos dias anteriores. Recebeu visita da mãe que coincidiu com o momento da prestação de cuidados de enfermagem. A mãe referiu com muito ânimo que tinha sido sugerido pela equipa médica a implementação do MC. Uma vez que o M. reunia as condições clínicas necessárias para tolerar esta intervenção, nomeadamente a estabilidade hemodinâmica<sup>1</sup> (Lee et al., 2012), este desejo da mãe foi de imediato concedido.

Antes de realizar a transferência do bebé para o colo da mãe, foi explicado em que consiste o MC, como é implementado, de que forma a mãe poderia colaborar e reforçadas as vantagens deste método para o M. e para a mãe e confirmado o entendimento da mãe relativamente ao que foi explicado (Mu et al., 2019; Thernstro & Nyqvist, 2010). Posteriormente, foi realizada a transferência do prematuro por duas enfermeiras da UCIEN, cumprindo as orientações da norma da UCIEN para a implementação do MC<sup>1</sup>. O segundo momento ocorreu na última semana de estágio, quando foi sugerido à mãe do H., um recém-nascido pré-termo de 26 semanas e 5 dias, realizar pela primeira vez contacto pele com pele com o seu filho.

<sup>1</sup>PR.1193/E.NEO - Método Canguru (Norma da UCIEN para a implementação do Método Canguru)

O H. tinha nascido há 1 semana e para a equipa médica e de enfermagem, nas últimas 24 horas apresentava sinais de boa evolução clínica. Apresentava-se ativo e reativo a estímulos, com alguns períodos de desorganização motora facilmente resolvidos com posicionamento e contenção e com sinais vitais estáveis, tolerando inclusive a desconexão temporária da ventilação não invasiva. Por motivos relacionados com as rotinas da UCIEN, naquele dia era necessário proceder à troca da incubadora, para efeitos de higienização como medida de controlo e prevenção de infeção e, como tal foi sugerido à mãe realizar MC com o H. enquanto se procedia a esta alteração.

Inicialmente a mãe mostrou-se renitente e assustada, dizendo “é melhor não, ele tem tantos fios”, “ele fica melhor ali deitado [na incubadora]”, “ele é tão frágil... não sei... não quero magoá-lo.”. Como forma de encorajar a mãe sem que se sentisse forçada na sua decisão (Engsig et al., 2017), foram explicadas as vantagens do MC para o binómio, assim como foram esclarecidas as suas dúvidas e receios, explicando como se realiza a colocação do bebé em contacto pele com pele e reforçando que a equipa estaria disponível e por perto para ajudar e supervisionar a realização do MC, durante todo o procedimento (Engsig et al., 2017; Mu et al., 2019). Ao notar alguma tensão na mãe optei também por recorrer ao humor e ao foco positivo no futuro para a encorajar a experimentar o MC. Observou-se que a mãe ficou mais tranquila, sorridente e recetiva aos cuidados de enfermagem, aceitando realizar contacto pele com pele com o seu filho.

Em ambas as situações foi guardado o momento através de vídeos e fotografias, com o telemóvel fornecido pela mãe, foi elogiado o desempenho materno e realçadas as respostas fisiológicas positivas dos bebés durante o contacto pele com pele (Mu et al., 2019).

Ambas as mães ficaram muito felizes por terem contacto com os seus filhos, a mãe do M. mostrou-se muito emocionada e grata com a equipa de enfermagem. Verbalizou diversas vezes “estou muito feliz”, “é muita emoção” enquanto se observavam lágrimas de felicidade no seu rosto. Cantou para o M. e acariciou-o no seu colo. Em relação à mãe do H., tratando-se de uma pessoa mais reservada, foi possível perceber pelo seu olhar que estava emocionada com aquela conquista, demonstrou muito interesse nas fotografias e vídeos porque referia que não conseguia ver a cara do bebé enquanto estava no seu colo, acariciou o H. no seu colo e referiu a certa altura que sentia que nesse dia estava a ter uma maior produção de leite.

Foi dada abertura a ambas as mães para decidirem o tempo que pretendiam realizar o MC, informando a equipa quando precisassem de deitar o seu filho na incubadora. No fim desta

intervenção foi oferecido à mãe do H. o autocolante da UCIEN que celebra a primeira implementação do MC.

Ao testemunhar estes dois momentos e ao ter a possibilidade de prestar cuidados a estes recém-nascidos prematuros e às suas mães no dia em que foi possibilitado que implementassem pela primeira vez o MC, senti-me muito emocionada por ter contribuído para um momento tão feliz para aquelas mães e senti que aquela intervenção tinha tido um grande contributo para o estabelecimento de vínculo entre as mães e os RNPT e para a promoção da esperança materna. Senti também que, em relação à primeira situação que experienciei, tive uma postura mais proactiva e senti maior segurança para recorrer à comunicação motivacional promotora de esperança.

O contacto pele com pele ou MC é descrito como o contacto precoce do prematuro com a mãe ou outra pessoa significativa, que consiste na colocação do RNPT apenas com fralda e gorro, na posição vertical, em contacto pele com pele sobre o peito da mãe, de forma contínua ou por períodos nunca inferiores a 1 - 2 horas (Mu et al., 2019; Engsig et al., 2017; Thernstro & Nyqvist, 2010).

A sua implementação deve respeitar alguns critérios, de acordo com a norma da UCIEN<sup>1</sup> e o descrito na literatura(Lee et al., 2012):

- a estabilidade hemodinâmica, determinada por períodos frequentes e mantidos sem bradicardias, apneias, sinais de dificuldade respiratória, dessaturações e pressões arteriais estáveis;
- idade deve ser superior a 72h de vida e não estar sob o protocolo de Prevenção de Hemorragia Intra-Periventricular;
- peso superior a 600gr;
- não estar sob ventilação de alta frequência ou sob terapêutica com óxido nítrico (bebés que necessitem de ventilação invasiva devem ser transferidos por 2 elementos da equipa de enfermagem);
- não ter cateter umbilical ou femoral e drenos torácicos ou vesicais;
- a sua política de implementação requer o consentimento da equipa médica e de enfermagem;
- existe documentação relativa à implementação do MC, para os profissionais de saúde (norma) e para os pais (folheto informativo);
- a equipa de enfermagem possui formação relativa ao MC.

<sup>1</sup>PR.1193/E.NEO - Método Canguru (Norma da UCIEN para a implementação do Método Canguru)

Está estudado que o MC é uma prática que fortalece os laços emocionais, o vínculo mãe-bebé e promove o estabelecimento da amamentação, facilitando a aceitação do papel parental (Mu et al., 2019; Engsig et al., 2017; Thernstro & Nyqvist, 2010). Relativamente ao prematuro, observou-se melhorias ao nível da estabilização cardiorrespiratória, da temperatura corporal e da dor; maior organização dos ciclos sono-vigília; diminuição de sinais de *stress*; diminuição do risco de infeção; e conseqüentemente, contribui para o crescimento e desenvolvimento do bebé, para a diminuição da necessidade de tratamento em incubadora e reduz o tempo de internamento (Angelhoff et al., 2018; Engsig et al., 2017; Thernstro & Nyqvist, 2010). As mães também beneficiam do MC na medida em que este origina sentimentos de competência, segurança e utilidade no seu papel parental, melhorando a sua autoestima; sentem-se mais positivas e com menos sintomas de depressão e ansiedade, o que favorece a produção de leite e melhora o estabelecimento da interação mãe-bebé (Mu et al., 2019; Angelhoff et al., 2018; Engsig et al., 2017; Thernstro & Nyqvist, 2010).

Estes aspetos assumem uma grande relevância na medida em que o nascimento de um RNPT é um evento inesperado e repentino, que acarreta a separação entre o bebé e os pais pela necessidade do bebé ser colocado numa incubadora e receber tratamentos num ambiente desconhecido com equipamento altamente tecnológico – a UCIEN (Mu et al., 2019). Como resultado, surgem barreiras à proximidade pais-bebé, representando um dos maiores *stressores* no início de vida (Angelhoff et al., 2018; Thernstro & Nyqvist, 2010). Esta separação limita a ocorrência de comportamentos, como o toque, o contacto pele com pele e olhos nos olhos entre os pais e o bebé, o que representa um grande desafio emocional para os pais, podendo ter impacto negativo no estabelecimento de vínculo ( Mu et al., 2019; Angelhoff et al., 2018; Engsig et al., 2017). Isto verifica-se na incerteza presente nos pais devido à vulnerabilidade associada à condição clínica do bebé, ao ambiente desconhecido, à falta de conhecimento ou à ineficaz transmissão de informação por parte da equipa de saúde, resultando na evicção de contacto com o seu filho ( Mu et al., 2019; Green et al., 2015).

A filosofia de Cuidados Centrados na Família implementada nas UCIEN, reconhece o papel central da família nos cuidados ao bebé, focando-se na importância do estabelecimento de parcerias entre a equipa de saúde e a família, que sejam benéficas para ambos(Engsig et al., 2017).

O MC alia-se a esta filosofia na medida em que fornece cuidados humanizados ao binómio pais-bebé e favorece a participação ativa dos pais na participação nos cuidados diários ao

seu filho. Trata-se de uma atividade essencial para superar as barreiras impostas pela separação, que deve ser implementada tão cedo quanto possível, produzindo efeitos positivos no estabelecimento do vínculo pais-bebé ( Mu et al., 2019; Engsig et al., 2017; Thernstro & Nyqvist, 2010).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental em motivar e encorajar os pais a iniciar o contacto pele com pele, ajudando-os a ultrapassar as barreiras impostas pelo internamento em UCIEN (Engsig et al., 2017).

Neste sentido, algumas das intervenções de enfermagem sugeridas passam por:

- Preparar os pais atempadamente relativamente à implementação do MC, tomando decisões em parceria com os pais (Mu et al., 2019);
- Dar a conhecer casos de sucesso na implementação do MC (Mu et al., 2019);
- Transmitir informação sobre o MC de forma verbal e por escrito, assumindo uma atitude positiva e descontraída (Mu et al., 2019; Thernstro & Nyqvist, 2010);
- Comunicar de forma clara, verdadeira, adequada à sua capacidade de compreensão e de acordo com aquilo que pretendem saber e sem omitir informação, demonstrando disponibilidade para escutar a transmissão de sentimentos e emoções, assim como esclarecer dúvidas e receios, mantendo a esperança parental (Green et al., 2015; Charchuk & Simpson, 2005);
- Recorrer ao humor, quando a situação o permite (Barros et al., 2021);
- Demonstrar disponibilidade para prestar a assistência necessária aos pais durante a implementação do MC (Thernstro & Nyqvist, 2010);
- Monitorizar continuamente a eficácia dos cuidados prestados, com o intuito de dar resposta às necessidades dos pais (Mu et al., 2019);
- Tirar fotografias e fornecer espelhos aos pais, durante o MC, para que consigam observar o seu filho (Lee et al., 2012).

Estas intervenções transmitem um feedback positivo aos pais, contribuindo para fortalecer as suas habilidades parentais, aumentar a confiança e diminuir o *stress* associado ao assumir funções parentais em contexto de UCIEN e fortalecer os laços entre os pais e o bebé (Mu et al., 2019). A importância destas intervenções justifica-se pela referência de diversos estudos

sobre o desejo dos pais em estar perto e cuidar dos seus filhos internados em UCIEN, que é afetado pela separação após o nascimento, pelo aspeto frágil e vulnerável do prematuro e pela in experiência dos pais que acabam por sentir medo de se aproximar e tocar no bebé (Mu et al., 2019; Thernstro & Nyqvist, 2010). Outro aspeto que resulta destas intervenções é o estabelecimento de uma relação de confiança entre os pais e os enfermeiros, contribuindo para a diminuição da incerteza, a melhoria das estratégias de enfrentamento dos pais e o fortalecimento da fé, o que possibilita a construção da esperança parental (Green et al., 2015).

Após analisar as situações de prestação de cuidados e tomar conhecimento do que está descrito na literatura, identifiquei em contexto de prestação de cuidados diversos aspetos descritos na literatura, nomeadamente:

Os critérios de implementação do MC das UCIEN abordadas na literatura, vão de encontro ao que observei em contexto de estágio;

As estratégias de comunicação utilizadas foram de encontro ao que está descrito na literatura, ainda que com o desenvolver da prática nesta área existe sempre possibilidade de melhorar;

Verificou-se na abordagem junto da mãe do H. a importância e eficácia do encorajamento por parte dos enfermeiros, assim como a transmissão de informação relativamente à implementação do MC e seus benefícios para reduzir sentimentos de medo, incerteza e renitência nos pais relativamente ao contacto físico com o prematuro;

O recurso ao humor permitiu reduzir a ansiedade da mãe e atribuir alguma leveza à situação, contribuindo para a sua participação;

As estratégias implementadas durante o MC: tirar fotografias e fazer vídeos, reforçar positivamente o papel da mãe, evidenciar as respostas positivas do bebé e demonstrar disponibilidade e uma atitude positiva, vão de encontro ao que é referido na literatura como contributivo para aumentar a confiança e autoestima da mãe, promover o desenvolvimento do papel parental e contribuir para a construção da esperança;

Foi possível observar nas situações descritas, alguns dos benefícios do MC abordados na literatura, para as mães nomeadamente, diminuição de sentimentos de ansiedade, depressão, medo e incerteza, melhoria do humor e ainda, o aumento da produção de leite. E para o RNPT a estabilização hemodinâmica e da temperatura corporal e a melhoria do sono.

Considero que na primeira situação que presenciei o MC existiram diversos aspetos que precisava de melhorar, nomeadamente a minha intervenção junto da mãe ao nível da transmissão de informação relativamente ao MC, recorrendo a uma comunicação promotora de esperança pois, como se tratou de uma situação que decorreu nos primeiros dias de estágio, no qual eu ainda não me sentia à vontade naquele contexto, assumi uma postura de observação da prestação de cuidados por parte da Enf.<sup>a</sup> orientadora. Fui conversando com a mãe do M., informei-a das vantagens do MC, felicitei-a pela sua iniciativa em expor aos enfermeiros a sua vontade em realizar contacto pele com pele com o seu filho, sugeri a gravação daquele momento com fotografias e vídeos, ao mesmo tempo que fui reforçando as respostas positivas do M. quando estava em contacto com a mãe. No fim da intervenção, outro aspeto que poderia ser melhorado teve a ver com o facto de, por esquecimento, não ter sido entregue à mãe o autocolante para celebrar aquela conquista, nem foi reforçada a importância de registar momentos como este no diário “Os nossos dias na Neonatologia”, o que teria sido importante para fortalecer o papel parental e promover a esperança.

Como tive a possibilidade de refletir sobre este primeiro momento, quando voltou a surgir a oportunidade de implementar o MC, considero que a minha intervenção foi diferente, tendo conseguido melhorar alguns aspetos. Assumi uma postura mais ativa na prestação de cuidados tomando a iniciativa na transmissão de informação à mãe sobre o contacto pele com pele. Esforcei-me por adotar algumas estratégias comunicacionais promotoras de esperança, nomeadamente o reforço positivo e o foco positivo no futuro, o humor e o recurso a expressões motivadoras como “A [nome da mãe] consegue!”, “Está a ver como está a correr tão bem!”, “O H. está a adorar!”, “Está a sair-se muito bem, parabéns!”. Pedi autorização à mãe para tirar fotografias e filmar aquele momento e, depois de confirmar que estava confortavelmente instalada no cadeirão com o H. junto a si, reforcei a minha disponibilidade para tudo o que precisasse enquanto estivesse a realizar o MC. Dei abertura para avisar quando quisesse deitar o H. na incubadora e ao longo das cerca de 2 horas que H. esteve com a mãe, fui questionando se precisava de mim e dando reforço positivo. No fim, ofereci o autocolante relativo ao MC e incentivei a mãe a escrever sobre aquele momento no diário “Os Nossos Dias na Neonatologia”, assim como recorri a uma pergunta escala para interpretar o seu nível de esperança, tendo por base o modelo de Charepe (2011, p.94) através da qual questionei a mãe “De 0 a 10, sendo 0 o sentimento de total ausência de esperança e 10 o máximo de esperança que já sentiu (onde sentiu maior encorajamento), como se sente hoje?”. Para scores < 5 formulei outra pergunta “O que é que a faz sentir-se

assim?”, assim como para scores entre 5 e 9: “O que seria necessário fazer para o seu nível de esperança subir mais um ponto?”. A mãe tinha atribuído um score de 8 à primeira questão pelo que posteriormente coloquei a questão correspondente ao seu score, tendo obtido como resposta “O máximo de esperança que senti até hoje foi quando soube que estava grávida. Penso que poderei voltar a ter esse sentimento quando me disserem que vou levar os meus filhos para casa. Mas estou muito feliz!”. Esta pergunta escala permitiu que, em futuras medições da esperança, fosse possível identificar oscilações nos níveis de esperança materna, assim como identificar os seus recursos internos e externos que permitam planear intervenções adequadas para implementar, no sentido de contribuir para a promoção da esperança materna.

Foi ainda possível constatar, através do registo que é feito no serviço sobre a extração de leite materno para que posteriormente seja corretamente armazenado, que esta mãe no dia em que realizou MC com o H. e nos dias seguintes, apresentou um aumento da produção de leite. Estes dados vão de encontro ao referido na literatura sobre os benefícios do MC no aleitamento materno e também, contribuiu para aumentar os níveis de esperança materna, uma vez que a mãe se sentiu mais confiante no seu papel parental e sentiu que aquele momento contribuiu para aumentar os laços afetivos com o seu filho.

Concluindo considero que o facto de ter sido possível estar presente em dois momentos de implementação do MC distanciados no tempo foi muito benéfico para mim pois, consegui analisar e pensar atempadamente sobre a minha primeira intervenção planeando o que poderia melhorar no futuro e, ao longo do tempo que passou, ganhei mais confiança e experiência naquele contexto de estágio o que contribuiu para melhorar a minha intervenção. Ainda assim, considero que existem aspetos a melhorar no futuro, são eles: a transmissão de informação relativa ao MC antecipadamente, de forma a dar tempo à mãe para pensar sobre o que foi transmitido e esclarecer dúvidas e receios que pudessem surgir e ainda, planear com as mães a implementação da proposta de intervenção que realizei, relativamente à celebração de conquistas e habilidades do bebé. O que será passível de acontecer porque o recurso a esta reflexão permitiu analisar detalhadamente estas situações e identificar aspetos positivos que devo manter e formas de melhorar a minha intervenção junto do RNPT e dos pais, numa situação futura.

## Referências Bibliográficas

- Angelhoff, C., Blomqvist, Y. T., Helmer, C. S., Olsson, E., Shorey, S., Frostell, A., & Mörelius, E. (2018). Effect of skin-to-skin contact on parents' sleep quality, mood, parent-infant interaction and cortisol concentrations in neonatal care units: study protocol of a randomised controlled trial. 1–8. DOI:10.1136/bmjopen-2018-021606
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). Nursing Interventions Promoting Child / Youth / Family Adaptation to Hospitalization: A Scoping Review. *Enfermeria Global*, 20(1), 577–596. DOI:10.6018/eglobal.413211
- Charchuk, M., & Simpson, C. (2005). Hope, disclosure, and control in the neonatal intensive care unit. *Health Communication*, 17(2), 191–203. DOI:10.1207/s15327027hc1702\_5
- Charepe, Z. (2011). O Impacto dos Grupos de Ajuda Mútua no Desenvolvimento da Esperança dos Pais de Crianças com Doença Crónica: Construção de um Modelo de Intervenção Colaborativa (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa
- Engsig, A., Maastrup, R., Weis, J., Zoffmann, V., & Johannsen, K. L. (2017). 'Now she has become my daughter': parents' early experiences of skin-to-skin contact with extremely preterm infants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 545-553. DOI:10.1111/scs.12478
- Green, J., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2015). Balancing hope with reality: How neonatal nurses manage the uncertainty of caring for extremely premature babies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18), 2410–2418. DOI:10.1111/jocn.12800
- Lee, H. C., Martin-Anderson, S., & Dudley, R. A. (2012). Clinician perspectives on barriers to and opportunities for skin-to-skin contact for premature infants in neonatal intensive care units. *Breastfeeding Medicine*, 7(2), 79–84. DOI:10.1089/bfm.2011.0004
- Mu, P., Lee, M., Msn, Y. C., Yang, H., & Yang, R. N. S. (2019). Experiences of parents providing kangaroo care to a premature infant: A qualitative systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 149–161. <https://doi.org/10.1111/nhs.12631>
- O'Brien, R. (2014). Expressions of hope in paediatric intensive care: A reflection on their meaning. *Nursing in Critical Care*, 19(6), 316–321. DOI:10.1111/nicc.12069

Thernstro, Y., & Nyqvist, K. H. (2010). Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (9-10), 1472–1480. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03369.x>

## **Apêndice 9: Autocolante “Habilidades/conquistas do(a) meu (minha) filho (a)”**

A realização de um autocolante com base no “Troféu de conquistas e habilidades das crianças” do Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança (MIAMPE) (Charepe, 2011) tem como principais objetivos:

- Realizar material de apoio para adicionar ao Kit de material para a celebração das conquistas e habilidades da criança na Proposta de intervenção: (re) construção da esperança;
- Fornecer o autocolante “Habilidades/conquistas do(a) meu (minha) filho (a)” aos pais de RNPT internados na UCIEN no decorrer da Proposta de intervenção (re) construção da esperança;
- Deixar um contributo para o projeto da UCIEN – Diário “Os nossos dias na Neonatologia”.

Esta atividade surge no decurso do objetivo específico deste contexto de estágio “Promover a esperança dos pais de recém-nascidos pré-termo internados na UCIEN”.

Pais com filhos internados na UCIEN deparam-se com grandes desafios quando lidam e se adaptam a esta situação de crise (Kadivar *et al.*, 2017). O internamento em UCIEN implica desde o início a inevitável separação do RN dos pais, face à necessidade de cuidados de que está dependente devido à sua condição de saúde, o que resulta em sentimentos parentais de impotência e incapacidade afetando negativamente a sua interação com o RNPT ( Bry & Wigert, 2019; Angelhoff *et al.*, 2018; Vazquez & Cong, 2014). O estado de saúde do prematuro, assim como o seu comportamento e aparência podem representar um choque para os pais, originando sentimentos de culpabilização por a gravidez não ter corrido como planeado e conflito de sentimentos entre esperança e desesperança (Barros *et al.*, 2021; Bry & Wigert, 2019).

O ambiente das unidades é outro fator que contribui para os sentimentos de *stress*, medo, perda de controlo e incerteza parental, uma vez que é um ambiente desconhecido com muitas especificidades, com recurso a alta tecnologia e prestação de cuidados complexos para a manutenção da vida do prematuro, o que cria uma barreira ao estabelecimento de vínculo (Bry & Wigert, 2019; Angelhoff *et al.*, 2018; Charchuk & Simpson, 2005). Todas estas condicionantes provenientes da necessidade de cuidados em UCIEN assumem um papel

emocionalmente desafiante, difícil de lidar, afetam a satisfação parental e podem ter um impacto negativo na interação pais-RNPT e na construção ou manutenção da esperança (Angelhoff *et al.*, 2018; Charchuk & Simpson, 2005).

Face a esta problemática foram estudadas quais as necessidades parentais neste contexto, sendo referidas a necessidade de receber informação honesta e precisa; a inclusão parental na prestação de cuidados e na tomada de decisão; sentir-se capaz de proteger o seu filho; estar junto do recém-nascido e estabelecer contacto com ele; receber cuidados individualizados; ser positivamente compreendido pela equipa de enfermagem e estabelecer uma relação terapêutica com os profissionais de saúde (Barros *et al.*, 2021; Vazquez & Cong, 2014; Charchuk & Simpson, 2005).

Uma das estratégias identificadas na literatura como eficaz no aumento da satisfação parental é a escrita narrativa que ao proporcionar oportunidade para relembrar e organizar acontecimentos de forma significativa e sensata, ao mesmo tempo que integra pensamentos e sentimentos, contribui para a recuperação de condições stressantes e para a redução do *stress*, melhora o estado de saúde, realça competências de enfrentamento, ajuda na resolução de problemas e aumenta a interação e o pensamento crítico (Kadivar *et al.*, 2017).

Outra estratégia bastante abordada na literatura e que poderá ser implementada com o intuito de favorecer o crescimento pessoal e o desenvolvimento da comunicação e das relações interpessoais, através do processo experiencial de partilha entre famílias e/ou profissionais de saúde, é o recurso a grupos de ajuda mútua. Esta participação em grupos de apoio incentiva os pais a partilhar ideias e/ou preocupações e, conseqüentemente ocorre uma projeção mais realista de esperança no futuro e o desempenho do papel parental desenvolve-se com maior sucesso. Estes grupos assumem grande importância na medida em que contribuem para reduzir o sentimento de isolamento social; emergem sentimentos de identificação, empatia pelos problemas de outras famílias, encorajamento, solidariedade e conforto espiritual; permitem construir um olhar mais positivo sobre a situação de saúde da criança; identificar novas possibilidades acerca do desenvolvimento do seu filho e diminuir o preconceito sobre a sua condição de saúde (Charepe, 2011). Representando um momento ideal para promover o recurso à escrita narrativa.

Tendo em conta que os enfermeiros são os elementos da equipa de saúde que detêm maior proximidade com o recém-nascido e os pais, o seu papel assume-se como fundamental na satisfação das necessidades do binómio (Kadivar *et al.*, 2017). Assim, é crucial que seja dada

resposta às necessidades parentais durante a prestação de cuidados através da prestação de apoio emocional, da capacitação parental, da criação de um ambiente acolhedor com políticas internas amigas da família e da educação parental dando oportunidade aos pais para prestar cuidados ao seu filho (Vazquez & Cong, 2014). Deste modo, os pais sentir-se-ão mais capacitados para cuidar e mais incluídos no plano de cuidados do seu filho, contribuindo para aumentar a segurança e confiança na equipa de saúde e conseqüentemente, melhorando a relação pais-profissionais de saúde e aumentando a satisfação parental relativamente aos cuidados (Barros *et al.*, 2021; Kadivar *et al.*, 2017).

Estes resultados são cruciais para que os pais tenham capacidade para cuidar de si e do seu filho, estabelecer uma interação positiva e construir uma relação benéfica para o binómio (Barros *et al.*, 2021) e conseqüentemente, contribuem para a construção da esperança parental. A esperança ajuda os pais a encontrar força e resiliência para lidar com as dificuldades provenientes do nascimento de um bebé prematuro (Charchuk & Simpson, 2005).

Face às necessidades parentais mais evidenciadas na literatura é possível identificar 4 possíveis diagnósticos de enfermagem descritos na NANDA 2021-2023 (Herdman, Kamitsuru, & Lopes, 2021), importando referir que em contexto de prestação de cuidados cada família e recém-nascido devem ser avaliados individualmente e estabelecidos diagnósticos de enfermagem que vão de encontro às suas necessidades específicas:

- **Diagnóstico de Enfermagem:** Parentalidade prejudicada
  - **Intervenções de enfermagem:** Promoção da Parentalidade; Promoção de vínculo; Aconselhamento
- **Diagnóstico de Enfermagem:** Tensão do papel de cuidador
  - **Intervenções de enfermagem:** Apoio à Tomada de Decisão; Ensino; Orientação aos Pais; Promoção de vínculo (intervenção específica promotora da parentalidade)
- **Diagnóstico de Enfermagem:** Risco de desesperança
  - **Intervenções de enfermagem:** Apoio à Tomada de Decisão; Apoio Emocional; Promoção da esperança; Grupo de Apoio; Presença; Melhora do enfrentamento
- **Diagnóstico de Enfermagem:** Disposição para esperança melhorada

- **Intervenções de enfermagem:** Apoio Emocional; Estabelecimento de Metas Mútuas; Fortalecimento da Autoestima; Grupo de Apoio; Registo de Ações; Terapia de Recordações (intervenções específicas promotoras de esperança)

Para cada diagnóstico NANDA 2021-2023 identificado (Herdman, Kamitsuru, & Lopes, 2021), são sugeridas diversas intervenções de enfermagem, tendo sido descritas acima algumas das mais relevantes para a temática em estudo (Bulechek, *et al.*, 2015).

É possível estabelecer uma ligação entre estas intervenções e o recurso à escrita narrativa, na medida em que a escrita narrativa (Kadivar *et al.*, 2017; Bulechek, *et al.*, 2015):

- Possibilita o Registo de Ações relativamente ao processo pelo qual os pais passam durante o internamento do prematuro em UCIEN;
- Permite analisar e organizar acontecimentos e integrar pensamentos e sentimentos (Terapia de Recordações), resultando em aprendizagens que permitem alterar o seu conceito de esperança de acordo com a realidade e estabelecer objetivos futuros relacionados com a situação de saúde/doença do seu filho (Estabelecimento de Metas Mútuas);
- Contribui para melhorar a relação com os profissionais de saúde, facilitando o estabelecimento de uma relação terapêutica (Construção de Relação Complexa);
- Contribui para a capacitação dos pais, aumentando sentimentos de segurança e confiança no seu papel e conseqüentemente, ajuda no Fortalecimento da Autoestima.

Verifica-se ainda que estas intervenções, à semelhança do que é referido na literatura, reforçam a importância de recorrer a grupos de ajuda mútua (Grupo de Apoio) para ajudar estes pais a adaptarem-se à situação de crise pela qual estão a passar. Está descrito que os pais se sentem apoiados não só pela sua família, amigos, profissionais de saúde e pela sua espiritualidade, como também pelos pais de outros recém-nascidos internados (Barros *et al.*, 2021; Bry & Wigert, 2019).

Laranjeira *et al.* (2020) identifica uma intervenção de enfermagem promotora de esperança que consiste em apoiar a família a expressar-se de forma verbal ou recorrendo à escrita e que incentiva a autorreflexão positiva de emoções e atributos pessoais, facilitando a atribuição de significado à experiência e à vida. A orientação precoce dos pais através do fortalecimento dos seus mecanismos de enfrentamento e o apoio emocional são estratégias apontadas na

literatura como contributivas para a promoção do desenvolvimento do papel parental (Barros *et al.*, 2021).

No exercer da profissão de enfermagem e especificamente, na implementação desta proposta de intervenção, devem ser adotadas estratégias como: o recurso a comunicação clara, honesta e precisa de acordo com a capacidade de compreensão dos pais e tendo o cuidado de confirmar o seu entendimento relativamente ao que foi transmitido, a escuta ativa, o apoio espiritual, o recurso ao humor quando a situação o permite, a transmissão de confiança, a implementação de técnicas de relaxamento e a promoção do apoio familiar (Barros *et al.*, 2021; Laranjeira *et al.*, 2020; Charchuk & Simpson, 2005; Hinds, 2000, 2004; Hinds *et al.*, 1987).

É possível concluir que a escrita narrativa e a participação em grupos de apoio são intervenções cujo resultado contribuirá para a promoção da esperança parental, assim como para o positivo desenvolvimento do papel parental e para o aumento da satisfação dos pais em relação aos cuidados, reduzindo o impacto negativo que o internamento de um RNPT em UCIEN tem nos pais. Deste modo justifica-se a pertinência da realização da proposta de intervenção na UCIEN.

Segue-se a Proposta de intervenção – “Proposta de (re) construção de esperança: As Conquistas e Habilidades da Criança” (Quadro 2) na qual está incluído o autocolante “Habilidades/conquistas do(a) meu (minha) filho (a)” (Apêndice 9.1), realizados com base no MIAMPE (Charepe, 2011). Esta proposta foi previamente analisada, tendo-se constatado a necessidade de adaptar alguns itens à realidade da UCIEN. Foi pedida autorização à autora para proceder à sua adaptação, resultando no Quadro 2 apresentado de seguida.

## **Referências Bibliográficas**

Angelhoff, C., Blomqvist, Y. T., Helmer, C. S., Olsson, E., Shorey, S., Frostell, A., & Mörelius, E. (2018). Effect of skin-to-skin contact on parents’ sleep quality, mood, parent-infant interaction and cortisol concentrations in neonatal care units: study protocol of a randomised controlled trial. 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021606>

Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). Nursing Interventions Promoting Child / Youth / Family Adaptation to Hospitalization: A Scoping Review. *Enfermeria Global*, 20(1), 577–596. <https://doi.org/10.6018/eglobal.413211>

- Bry, A., & Wigert, H. (2019). Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study. 1–12.
- Bulechek, B., Butcher, H. K., Dochterman, J., & Wagner, C. (2015). NIC Classificação das intervenções de enfermagem. Elsevier Brasil.
- Charchuk, M., & Simpson, C. (2005). Hope, disclosure, and control in the neonatal intensive care unit. *Health Communication*, 17(2), 191–203. [https://doi.org/10.1207/s15327027hc1702\\_5](https://doi.org/10.1207/s15327027hc1702_5)
- Charepe, Z. (2011). O Impacto dos Grupos de Ajuda Mútua no Desenvolvimento da Esperança dos Pais de Crianças com Doença Crónica: Construção de um Modelo de Intervenção Colaborativa (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023*. Thieme.
- Hinds, P. S. (2000). Fostering coping by adolescents with newly diagnosed cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(4), 317–327. <https://doi.org/10.1053/sonu.2000.16590>
- Hinds, P. S. (2004). The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 927–934. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.927-934>
- Hinds, P. S., Martin, J., & Vogel, R. (1987). Nursing Strategies to Influence Adolescent Hopefulness During Oncologic Illness. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 4(1–2), 14–22. <https://doi.org/10.1177/104345428700400104>
- Kadivar, M., Seyedfatemi, N., Akbari, N., & Haghani, H. (2017). The effect of narrative writing of mothers on their satisfaction with care in the neonatal intensive care unit. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 30(3), 352–356. <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1173028>
- Laranjeira, C. A., Querido, A. I. F., Charepe, Z. B., & Dixe, M. dos A. C. R. (2020). Hope based interventions in chronic disease: an integrative review in the light of Nightingale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 5), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0283>

Vazquez, V., & Cong, X. (2014). Parenting the NICU infant: A meta-ethnographic synthesis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 281–290.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.06.001>

**Quadro 2:** Proposta de intervenção – Proposta de (re)construção de esperança: As Conquistas e Habilidades da Criança

Rituais	Apresentação; Vitórias E Conquistas Da Criança; Finalização
Duração	30 minutos – 1 hora
Preparação do ambiente físico dos encontros	<p>Junto do recém-nascido ou, se as condições do serviço permitirem, e os pais assim o desejarem, num espaço neutro, isolado de ruídos e de possíveis interrupções.</p> <p>Disposição das cadeiras em círculo fechado</p> <p>Utilização de música ambiente, se o local onde se realiza a intervenção o permitir (a música selecionada deve permitir uma adequada comunicação)</p>
Material de apoio	<p>Kit com material para a celebração das conquistas e habilidades da criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material para a redação das conquistas e habilidades da criança: autocolante e marcadores de várias cores;</li> <li>- Autocolantes realizados pela equipa de UCIEN, nomeadamente a história “Viagem à Holanda” de Emily Knisley (Anexo 4);</li> <li>- Autocolante “Conquistas/habilidades do(a) meu(minha) filho(a)” (Apêndice 9.1)</li> <li>- Diário de esperança “Os nossos dias na Neonatologia” (Anexo 5)</li> <li>- Postal em suporte de papel com a palavra “AMOR INCONDICIONAL” redigida (Apêndice 9.2)</li> </ul>
Avaliação processual	<p>Processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação do reconhecimento das competências e habilidades da criança expressas pelos pais</li> </ul> <p>Critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O reconhecimento das competências e habilidades da criança/ <b>Positivo:</b> “Quando pelo menos um dos pais partilha os progressos e vitórias dos seus filhos, sendo um recurso no apoio a outros pais”</li> <li>- O reconhecimento das competências e habilidades da criança/ <b>Não Positivo:</b> “Quando pelo menos um dos pais expressa a não aceitação da condição de saúde da criança”, sendo indiciador de opções de intervenção adicionais</li> <li>- O reconhecimento das competências e habilidades da criança/ <b>Não Positivo:</b> “Quando pelo menos um dos pais se questiona continuamente por ter um filho(a) prematuro, sendo indiciador de opções de intervenção adicionais</li> </ul> <p>Modo de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da esperança enquanto fator de resiliência e fatores de ameaça à esperança enquanto recurso na intervenção</li> </ul>

Ritual	Atividades	
APRESENTAÇÃO	<p>Transmitir as “boas-vindas”</p> <p>Agradecer a presença dos pais no encontro</p> <p>Apresentar os profissionais de saúde presentes (se aplicável)</p> <p>Apresentar os RNPT pelos seus atributos pessoais (se estiverem presentes novos membros)</p>	
Atividade	Explicitação	Sugestões de narrativa
Transmitir as “boas-vindas”	<p>A transmissão de “boas-vindas” a todos os membros presentes, é realizada pelo profissional de saúde que assume a facilitação do encontro:</p> <p>Dando início ao encontro;</p> <p>Transmitindo as “boas-vindas”</p>	<p>Para a narrativa de boas-vindas:</p> <p>“Bem-vindos”</p> <p>“Damos as boas-vindas a todos os membros”</p>
Agradecer a presença dos pais no encontro	O agradecimento pela presença dos pais, é realizada pelo profissional de saúde que assume a facilitação do encontro.	<p>Para a narrativa de agradecimento:</p> <p>“Agradeço a Vossa presença neste encontro”</p> <p>“Agradeço a todos os pais e profissionais de saúde a Vossa presença neste encontro”</p>
Apresentar os profissionais de saúde presentes (se aplicável)	<p>A apresentação dos profissionais de saúde e pais é iniciada pelo profissional de saúde que assume a facilitação do encontro:</p> <p>Orientando a sua apresentação pela identidade pessoal/profissional (posteriormente apresentam-se os restantes profissionais de saúde).</p>	-----
Apresentar os RN pelos seus atributos pessoais (se estiverem presentes novos membros)	<p>A apresentação dos bebés é iniciada pelo profissional de saúde que assume a facilitação do encontro: Orientando os pais para a apresentação dos seus filhos (pelos atributos pessoais): partilharem uma fotografia ou objeto que relacionem à criança e que tragam consigo</p>	<p>Para a narrativa de apresentação dos pais: “Convidávamos os pais a partilharem connosco como gostariam de apresentar o(a) Vosso(a) filho(a)?”</p> <p>“Que característica positiva ou qualidade lhes atribuem?”</p>

Ritual	Atividades	
VITÓRIAS E CONQUISTAS DA CRIANÇA	Realizar introdução breve à temática	
Atividade	Explicitação	Sugestões de narrativa
Realizar introdução breve à Temática	Apresentação sumária da temática, sendo esta realizada pelo profissional de saúde que assume a facilitação da partilha (sugere-se a leitura de uma história temática – história “Viagem à Holanda”, disponível na UCIEEN, ou a partilha de um testemunho, para posterior reflexão) (Anexo 4)	-----
Partilhar os progressos da criança	<p>O profissional de saúde facilitador do encontro e os restantes profissionais presentes, orientam os pais:</p> <p>Para a construção de um “troféu” dirigido ao RNPT (sugere-se o fornecimento do autocolante “Habilidades/Conquistas do(a) meu (minha) filho (a) e a utilização da escrita ou desenhos no seu preenchimento) (Apêndice 9.1)</p> <p>Para a apresentação dos troféus construídos, através da partilha dos mesmos entre pais e profissionais de saúde</p>	<p>Para a narrativa de início da partilha dos progressos da criança:</p> <p>“Convidávamos os pais a partilharem os progressos, conquistas ou habilidades dos Vossos filhos, através da construção de um troféu para lhes oferecerem”</p> <p>“Para a construção dos troféus sejam criativos. Utilizem por exemplo, uma frase/palavra à qual atribuem um especial significado, um desenho que represente os Vossos filhos”</p> <p>“Convidávamos os pais a partilharem os troféus construídos e que irão oferecer aos Vossos filhos, explicando o que significam”</p>
Ritual	Atividades	
FINALIZAÇÃO	Entregar a “mensagem de esperança”: Amor incondicional	
Atividade	Explicitação	Sugestões de narrativa

<p>Entregar a mensagem de esperança: “Amor incondicional”</p>	<p>O profissional de saúde facilitador do encontro e/ou os restantes profissionais presentes: Distribui material a todos os pais presentes (postal em suporte de papel com a palavra “AMOR INCONDICIONAL” redigida) (Apêndice 9.2)</p>	<p>Para a narrativa da entrega da mensagem de esperança: “A mensagem «AMOR INCONDICIONAL» simboliza os Vossos filhos enquanto fontes de esperança” “Damos os parabéns a todos os pais pelos excelentes filhos que têm...” “Convidamos os pais a irem colecionando as pequenas vitórias dos Vossos filhos, à medida que ocorram progressos, conquistas e novas habilidades, através do preenchimento do autocolante ou da escrita no Diário «Os nossos dias na Neonatologia»”</p>
---	--	--

**Fonte:** Adaptado de: Charepe, Z. (2011). O Impacto dos Grupos de Ajuda Mútua no Desenvolvimento da Esperança dos Pais de Crianças com Doença Crónica: Construção de um Modelo de Intervenção Colaborativa (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

*Apêndice 9.1 - Autocolante “Conquistas/habilidades do(a) meu(minha) filho(a)”*



*Apêndice 9.2 – Postal “Amor Incondicional”*



## **Apêndice 10: Análise do vídeo sobre a Promoção da esperança em ambiente tecnológico**

Este vídeo foi realizado por três enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos no âmbito do XXIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva Pediátrica e conta com o testemunho de três mães de crianças que foram internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), relativamente ao impacto que o internamento dos seus filhos teve nas suas vidas, o modo como conseguiram manter a esperança ao longo do percurso de doença dos filhos e o contributo dos profissionais de saúde na promoção da sua esperança.

Está descrito que existe pouca preparação parental a nível físico e emocional para o internamento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) (Vazquez & Cong, 2014), tratando-se sempre de um evento stressante para o binómio criança/família quer ocorra em unidade de cuidados intensivos neonatais ou pediátricos (Sánchez-rubio *et al.*, 2021).

A ocorrência repentina do internamento de uma criança num ambiente estranho, com pouca privacidade, rodeada de monitores, aparelhos desconhecidos, fios, diversos ruídos e alarmes, como é o caso de uma UCIP representa uma experiência aterradora tanto para os pais como para a criança (Abuqamar *et al.*, 2016).

Nos primeiros minutos deste vídeo é possível identificar no discurso destas mães estes aspetos abordados na literatura:

3:16': "Aquelas máquinas todas, aqueles fios todos, aquilo assustou-me imenso"

4:46': "Todo o ambiente ainda é um bocadinho assustador (...). Tem a ver não só com a maquinaria, tem a ver com as luzes, com o movimento, com o *stress* que se sente nos profissionais."

5:17': "O som dos monitores, dos ventiladores, de todas as máquinas que suportam a vida dos nossos filhos naquele ambiente também é assustador nos primeiros tempos, depois aprendemos a lidar com isso (...). Por outro lado, às vezes havia barulho a mais e isso incomodava-nos, no sentido em que sabíamos que podia influenciar o descanso do nosso filho."

Os fatores ambientais das UCIP combinados com a preocupação dos pais relativamente ao conforto, segurança e vida dos seus filhos, desencadeiam sentimentos de medo, *stress*, separação, depressão, perda de controlo e oscilação entre esperança e desespero (Vazquez & Cong, 2014). Esta situação pode rapidamente fragilizar a noção de competência parental, deixando os pais vulneráveis perante a situação de crise que vai oscilando de acordo com o estado de saúde da criança (Sánchez-rubio *et al.*, 2021). O que também foi referido neste vídeo:

3:14': "Quando disseram que ele ia necessitar de Cuidados Intensivos o primeiro pensamento é sempre medo, muito medo"

4:09': "É aquela sensação que nos não conseguimos controlar e não sabemos efetivamente o que se vai passar, o quão doente ela está, se vai recuperar, se vai ficar bem."

3:20': "Tinha medo de tocar nela, ela passou a ser algo muito frágil para mim em vez de ser a minha bebé (...) quando passou a ter tantos tubos, quando tudo era tao frágil."

Durante o internamento em UCIP, a comunicação entre os enfermeiros e os pais é vital para que os pais desenvolvam capacidades para participar nos cuidados ao seu filho e estabelecer uma parceria na tomada de decisão. É essencial que os enfermeiros transmitam informação de uma forma que seja, tanto terapêutica quanto honesta, informando os pais do seu direito de receber informações verdadeiras, precisas, com discurso claro e em ocasiões oportunas, e que podem colocar questões e pedir esclarecimentos sempre que precisem (Sánchez-rubio *et al.*, 2021).

É também essencial para que o papel parental se desenrole com sucesso, que os pais estejam presentes e tenham contacto com o seu filho, se sintam incluídos nas decisões sobre o plano de cuidados da criança e capazes de protegê-lo, recebam cuidados individualizados para si e para o seu filho, sejam positivamente entendidos pelos enfermeiros e estabeleçam uma relação terapêutica com os profissionais de saúde (Vazquez & Cong, 2014).

Neste sentido, a relação terapêutica de enfermagem assume um papel protetor através da prestação de apoio emocional aos pais contribuindo para a adaptação a esta realidade e ao *stress* daí proveniente, assim como na educação e inclusão dos pais na tomada de decisão e na prestação de cuidados à criança (Sánchez-rubio *et al.*, 2021; Vazquez & Cong, 2014; Goudoever *et al.*, 2011).

São enumerados fatores que afetam a confiança dos pais relativamente aos cuidados de enfermagem (Sánchez-rubio *et al.*, 2021):

- Fatores positivos – competência profissional, confiança transmitida, partilha aberta de informação, defender o melhor interesse da criança, incluir e apoiar os pais nos cuidados ao filho;
- Fatores negativos – barreiras comunicacionais, subordinação do papel parental, perda de confiança nos enfermeiros, informação contraditória resultante da falta de continuidade nos cuidados e desacordo e falhas de comunicação entre a equipa de profissionais de saúde.

A atitude dos profissionais de saúde (empatia, respeito e comprometimento), a articulação dos cuidados, os fatores ambientais e a inclusão e participação parental são os aspetos mais abordados relativamente às expectativas parentais quando admitidos em UCIP (Abuqamar *et al.*, 2016; Vazquez & Cong, 2014). O que se verifica nos discursos das mães no vídeo:

6:42': "O espaço até pode não ter as condições máximas, mas quem faz o espaço, quem faz a diferença é sem dúvida as pessoas que lá estão"

6:51': "Eles não têm só a vertente profissional, há muito a parte humana naqueles profissionais e isso é super importante para nós, pais"

7:15': "(...) esse cuidado humano, esse olhar por nós também, não só pelos nossos filhos ou alguém se sentar ao nosso lado e aconselhar essa parte por exemplo da amamentação. (...) a componente técnica ok, nada a dizer, mas faz-nos muita falta esse lado humano. É determinante para o nosso bem-estar e para aguentar aquilo tudo. O cuidado humano, a atenção que se pode ter e a diferença que isso faz no nosso dia a dia."

7:42': "Foram muitas vezes autênticos ombros amigos. Ofereceram-nos colo, de certa forma."

O estabelecimento de um ambiente de cuidado em adição ao sentimento de ligação aos outros fomenta a esperança na criança e família, independentemente da idade e da condição de saúde. Neste sentido, a esperança interliga-se com o cuidar e com o suporte e relaciona-se intrinsecamente com a prestação de cuidados de enfermagem holísticos, tendo em conta o bem-estar da criança no estabelecimento de uma relação terapêutica de parceria de cuidados com o binómio criança/família (Laranjeira *et al.*, 2020).

A esperança é vista como um processo dinâmico, um instinto de vida, um complexo intangível do processo de cura e de enfrentamento, um pré-requisito para lidar eficazmente com o processo de doença dos filhos (Kausar *et al.*, 2003). A esperança envolve a presença de objetos de esperança que são desejáveis e realisticamente possíveis de atingir e a vontade e capacidade para tomar decisões e fazer escolhas (Laranjeira *et al.*, 2020), o que vai proporcionar nos pais um sentimento de força, transcendência e sentido de vida (Kausar *et al.*, 2003).

Em situações de doença grave na criança, surge na família o desejo de manter a esperança, independentemente do prognóstico, o que ajuda no processo de lidar com a doença (Reder & Serwint, 2009) e proporciona conforto face às ameaças e desafios da vida, evitando sentimentos de angústia e desespero (Laranjeira *et al.*, 2020).

4:26': "(...) Depois de me dizer a gravidade da situação o meu mecanismo automático foi: eu vou sair daqui com a minha filha, ela vai sobreviver"

8:36': "O meu marido refere que a equipa de saúde ajudava a não desesperar."

11:36': "Tive esperança em vários momentos, mesmo nos piores momentos (...), havia sempre uma pontinha de esperança, à qual nos agarrávamos."

Laranjeira *et al.* (2020) enquadra a esperança com o intuito de guiar a intervenção de enfermagem para promover a esperança e prevenir a desesperança:

- Esperança enquanto processo experiencial que envolve o reconhecimento e aceitação do sofrimento como parte da experiência humana. Neste sentido é adotada uma postura resiliente, adaptando-se e modificando a experiência e superando a situação, prevenindo o desespero;

12:26: “(...) foi ela não sentir dor, não ter sofrimento na última fase da vida dela. E isso para mim conta como manter a minha esperança. A minha esperança era, naquela altura, que o sofrimento da minha filha acabasse.”

- Esperança enquanto processo espiritual, tratando-se de uma necessidade espiritual associada ao sentido da vida, perdão ou aceitação, garantia de fé ligada à religião, relação e transcendência;

10:25: “(...) está sempre muito ligada à questão da fé, tem a ver com a minha espiritualidade, uma coisa pessoal.”

10:39: “esperança foi aquilo que nos manteve durante aquela escuridão”

- Esperança enquanto processo de pensamento racional, no qual a pessoa se envolve ativamente para atingir objetivos flexíveis e com base na realidade, que a motivam e permitem que assumam uma atitude positiva;

7:02: “(...) havia sempre palavras de incentivo, agarrámo-nos às pequeninas coisas boas que tínhamos, aos pequeninos sinais.”

10:24: “A esperança é sempre confiar em alguma coisa positiva, ver o copo meio cheio.”

12:01: “Os enfermeiros, os médicos (...) sempre me deram muita esperança, mas sempre foram muito sinceros, até onde eu podia ir com a minha esperança.”

12:12: “Nunca no sentido de esperar coisas sem nexos, nunca fui de esperar a recuperação total do J..”

12:27: “(...) vamos encarando a esperança de uma maneira diferente consoante as coisas se vão desenrolando.”

- Esperança enquanto processo relacional no qual o ambiente de cuidar unido ao sentimento de conexão aos outros tem o poder de promover a esperança;

10:39: “[refere-se aos profissionais de saúde] São pequenas coisas que se podem fazer, que nos fazem aquecer o coração quando estamos ali sem família, sem casa, atirados de repente para um extremo. Esta componente humana é completamente determinante.”

11:06: “(...) é que as pessoas estejam bem enquanto cá estiverem, isso é a minha esperança. É a esperança de sermos felizes e ter feito feliz enquanto a minha filha cá esteve e eles [os profissionais de saúde] terem-me ajudado a fazê-la feliz.”

11:37: “(...) e recebemos esperança muitas vezes por parte dos profissionais e agarrámo-nos a isso durante muito tempo.”

12:25: “Sempre me fizeram acreditar que iam fazer o melhor pela minha filha.”

15:16: “[fala da gratidão que sente em relação aos profissionais de saúde da UCIP] Pelas sucessivas vezes que nos ampararam, que não nos deixaram desesperar. Que nos ajudaram a fortalecer a nossa esperança.”

O comprometimento dos enfermeiros em implementar intervenções promotoras de esperança é visto como um dever no cuidar e um critério de boas práticas. São abordadas na literatura estratégias cognitivas com extrema importância na manutenção da esperança quando ocorrem oscilações no processo de doença. Estas estratégias permitem a implementação de intervenções de enfermagem que consistem em apoiar a criança e família a expressar-se verbalmente ou através da escrita e fomentar a autorreflexão positiva de emoções e atributos pessoais, o que vai promover a esperança enquanto processo experiencial e espiritual e irá facilitar a atribuição de significado à experiência e à vida (Laranjeira *et al.*, 2020). Outra estratégia cognitiva referida na literatura passa pela transmissão de informação de forma clara, honesta e concisa, confirmando com os pais qual o seu entendimento do que foi dito, permitindo que o binómio mantenha a esperança após ter sido informado de todas as possibilidades, mesmo que negativas. Por fim, outra estratégia muito relevante consiste no recurso ao humor enquanto estratégia terapêutica que promove a esperança, permitindo o afastamento temporário da realidade e transmitindo uma sensação de leveza da situação de crise (Laranjeira *et al.*, 2020; Hinds, 2004, 2000; Hinds *et al.*, 1987).

8:36': "O principal recurso que nos utilizávamos era e continua a ser, o bom humor"

9:08': "maravilhosa operação nariz vermelho que nos ficará sempre no coração. (...) traz-nos uma leveza, criava-nos uma euforia antes de eles chegarem. (...) isto aligeirava a situação (...) a gente esquecia-se naqueles minutos que eles ali estavam, que a situação era tão grave e faziam-nos rir."

10:13': "[a operação nariz vermelho] ajuda não só as crianças, mas também a nós pais e sentíamos que ajudava muito os profissionais de saúde."

A melhoria na qualidade e quantidade da interação entre o enfermeiro e os pais é um fator positivo e aumenta a satisfação com base na comunicação dos pais com os profissionais de saúde (Abuqamar *et al.*, 2016).

12:56': "O sucesso da M.I esta muito marcado pelo acompanhamento que nós tivemos, ou seja, algumas das pessoas que cuidaram da M.I e que se ligaram muito a nós naquela altura ainda hoje fazem parte da nossa comunidade."

13:13': "São pessoas que eu nunca vou esquecer, foram pessoas que me marcaram. Que deram tudo a mim e à minha filha, que nos deram segurança enquanto lá estivemos. Que me deram o ombro quando eu precisei de chorar. Ri com eles. Fomos amigos. E depois tenho a outra parte, foi lá que a minha filha suspirou pela última vez, mas mesmo nessa altura tive lá um ombro amigo, (...) eu só tenho recordações boas, tirando essa última."

15:15': "Quando oiço a expressão UCIP o que me vem à cabeça é conforto, é segurança, é confiança e é uma segunda família. É uma sensação de gratidão pelas sucessivas vezes que conseguiram dar mais vida ao meu filho."

Alguns pais com filhos internados em UCIP sofrem de *stress* pós-traumático, ansiedade, depressão e lutos prolongados, enquanto outros desenvolvem a sua capacidade de resiliência e adaptam-se construtivamente às experiências traumáticas (Sánchez-rubio *et al.*, 2021).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, assumem um papel muito contributivo na forma como os pais enfrentam esta fase das suas vidas. Sabe-se que os pais possuem expectativas relativamente aos profissionais de saúde das UCIP e que o corresponder a essas expectativas, para além de tornar a experiência parental mais positiva, reduzindo sentimentos de *stress*, medo, depressão, ansiedade, desespero (Vazquez & Cong, 2014) também contribui para a satisfação parental em relação aos profissionais de saúde (Sánchez-rubio *et al.*, 2021). Estas expectativas são abordadas em subcategorias: saber que a criança recebe bons cuidados; estar com o seu filho; ser envolvido nos cuidados; experimentar cuidados para si e para o seu filho; ser informado; e experienciar continuidade nos cuidados (Abuqamar *et al.*, 2016).

Se os enfermeiros conseguirem obter uma compreensão profunda deste processo pelo qual os pais e criança passam, assim como os fatores envolvidos no mesmo, vão possuir conhecimentos que irão orientar as suas ações para responder às necessidades do binómio criança/família e estarão capacitados e aptos a prestar cuidados humanizados (Sánchez-rubio *et al.*, 2021).

Na prestação de cuidados, com o intuito de promover a esperança é importante que os enfermeiros tenham presentes as seguintes conclusões abordadas na literatura, para os pais o facto de o prognóstico ser mau não terá obrigatoriamente impacto negativo na manutenção da sua esperança; as famílias têm capacidade para manter a sua necessidade emocional de ter esperança e compreender o conceito intelectual do prognóstico do seu filho; apoiar as famílias a aceitar e adaptar-se à natureza de mudança da esperança poderá ajudar os enfermeiros a estabelecer uma parceria com os pais, ao mesmo tempo que transmitem informação precisa e honesta (Reder & Serwint, 2009).

A redefinição da esperança é uma intervenção de enfermagem sugerida na literatura que consiste em capacitar os pais para manter a esperança relativamente à saúde dos seus filhos, ao mesmo tempo que compreendem a informação transmitida sobre a situação de saúde/doença da criança, nomeadamente o seu prognóstico. Para isso, uma estratégia utilizada consiste em comunicar com os pais sobre esperar o melhor, preparando-se para o pior. É importante recorrer a estratégias de comunicação durante a implementação das intervenções de enfermagem, garantindo a total compreensão dos pais relativamente ao que foi transmitido, assim como permitir a colocação de questões ou a clarificação da informação (Reder & Serwint, 2009). As estratégias cognitivas e o humor permitem a implementação de

intervenções que apoiam a expressão de emoções por parte dos pais e crianças, assim como incentivam a olhar para si próprio e analisar as suas emoções e atributos pessoais, promovendo a esperança enquanto processo experiencial e espiritual e contribuindo para a atribuição de significado à situação de crise (Laranjeira *et al.*, 2020).

Para finalizar, a análise deste vídeo permitiu identificar em testemunhos reais diversos aspetos abordados na literatura acerca do impacto do internamento de uma criança em UCIP no binómio criança/família, a importância da esperança parental em situações de doença grave dos filhos e o papel dos profissionais de saúde na promoção da esperança à criança e pais ao longo do internamento.

Os testemunhos deste vídeo relatam o impacto negativo do internamento de um filho numa UCIP, despoletando sentimentos de medo, ansiedade, incerteza, impotência e solidão.

Ao longo do internamento o apoio social e familiar assume um papel essencial na adaptação ao processo que estão a viver, atenuando os sentimentos negativos, dando lugar a sentimentos positivos e esperança. As mães abordam no seu discurso diversos aspetos de relevo para manter a sua esperança durante o processo de doença dos filhos nomeadamente, o pensamento positivo, o focarem-se e valorizarem “pequenas coisas”, o recurso ao humor, o estabelecimento de objetivos a curto prazo, o tempo passado em família, a possibilidade de cuidarem do seu filho e o celebrar pequenas conquistas.

No vídeo é referido o contributo dos profissionais de saúde da unidade na adaptação à situação, no lidar e ultrapassar momentos difíceis. São evidenciadas a comunicação, a disponibilidade, a atenção, a empatia, a presença, a confiança e segurança transmitidas, o humor dos profissionais de saúde, as surpresas realizadas pelos profissionais de saúde para celebrar dias especiais como o Dia da Mãe e o contributo dos profissionais para realizar desejos dos pais/criança durante o internamento, por exemplo foi realizado o batizado de uma das crianças durante o internamento. Estes aspetos são vistos como fatores facilitadores e muito contributivos para lidar com as dificuldades do dia-a-dia na UCIP e são referidos como tendo contribuído para promover a esperança parental.

## **Referências Bibliográficas**

Abuqamar, M., Arabiat, D. H., & Sandra, H. (2016). Parents' Perceived Satisfaction of Care , Communication and Environment of the Pediatric Intensive Care Units at a Tertiary Children ' s. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), e177–e184. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.12.009>

- Goudoever, J. B. Van, Albers, M. J. I. J., Dullaart, E., Vught, E. M. Van, & Hazelzet, J. A. (2011). *A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven Dutch pediatric intensive care units*. 319–325. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-2074-3>
- Hinds, P. S. (2000). Fostering coping by adolescents with newly diagnosed cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(4), 317–327. <https://doi.org/10.1053/sonu.2000.16590>
- Hinds, P. S. (2004). The Hopes and Wishes of Adolescents With Cancer and the Nursing Care That Helps. 31(5), 927–935.
- Hinds, P. S., Martin, J., & Vogel, R. (1987). Nursing Strategies to Influence Adolescent Hopefulness During Oncologic Illness. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 4(1–2), 14–22. <https://doi.org/10.1177/104345428700400104>
- Kausar, S., Jevne, R. F., & Sobsey, D. (2003). Hope in Families of Children with Developmental Disabilities.
- Laranjeira, C. A., Querido, A. I. F., Charepe, Z. B., & Dixe, M. dos A. C. R. (2020). Hope-based interventions in chronic disease: an integrative review in the light of Nightingale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 5), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0283>
- Sánchez-rubio, L., Cleveland, L. M., Mercedes, M., Villalobos, D. De, & Mcgrath, J. M. (2021). *Parental Decision-Making in Pediatric Intensive Care: A Concept Analysis*. 59, 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.018>
- Vazquez, V., & Cong, X. (2014). Parenting the NICU infant: A meta-ethnographic synthesis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 281–290. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.06.001>

## **Apêndice 11: Intervenções de enfermagem que reduzem a dor e a ansiedade no adolescente que recorre à UP, com recurso a uma abordagem comunicacional promotora de esperança.**

A triagem representa um momento de avaliação no qual a intervenção do enfermeiro deve ser rápida e eficaz de modo a identificar as necessidades do adolescente que recorre à UP.

É imperativo ter em mente o Triângulo de Avaliação Pediátrico (TAP), cujos objetivos consistem em determinar nos primeiros 10-15 segundos, através da observação, se o estado fisiológico do adolescente é ou não crítico, com base em 3 componentes: a aparência, o trabalho respiratório e a circulação periférica; e categorizar as queixas que o adolescente apresenta de modo a estabelecer prioridades no plano de cuidados (Horeczko et al., 2013; INEM, 2012). Se através do TAP se verificar que não se trata de uma situação potencialmente crítica, poder-se-á recorrer à entrevista ao adolescente, de modo a colher outro tipo de dados relativamente à sua ida à UP, que permitem completar a triagem.

A entrevista ao adolescente favorece o estabelecimento de uma relação de confiança, o que permitirá que o adolescente partilhe informações sobre pensamentos, sentimentos ou problemas que não estaria à vontade para partilhar noutra situação (OE, 2010).

O facto de o adolescente já não ser considerado uma criança, mas também não deter as características de um adulto, devido à sua maturidade, responsabilidade e autonomia que ainda se estão a desenvolver, é essencial que sejam tidos em atenção, durante a prestação de cuidados, os seguintes princípios éticos (OE, 2010):

Respeito pela autonomia, envolvendo o adolescente no seu plano de cuidados e permitindo, quando possível, a sua participação no processo de decisão através do seu consentimento livre e esclarecido. Como resultado, o adolescente sentirá algum controlo sobre a sua situação de saúde, o que também irá promover a sua autoestima;

Privacidade, confidencialidade e sigilo, que assumem importância no estabelecimento da relação de confiança entre o enfermeiro e o adolescente. O respeito por estes princípios verifica-se quando o enfermeiro identifica que o adolescente necessita ser atendido individualmente, respeitando esse direito e possibilitando que o atendimento ocorra num local privado, demonstrando competência, sendo atencioso, não emitindo juízos morais, de valor ou críticas perante o que é partilhado pelo adolescente, adequando a comunicação à fase de desenvolvimento do adolescente e garantindo que as informações obtidas não serão

partilhadas aos pais/acompanhantes do adolescente sem o seu consentimento, exceto em situações específicas.

Assim, o adolescente é envolvido neste processo, contribuindo positivamente para que se torne um adulto autónomo, responsável e com capacidade para tomar decisões, desenvolver afeto e integrar-se e contribuir positivamente para a sociedade (OE, 2010).

Esta abordagem acerca da realização da entrevista ao adolescente durante a triagem na UP, prende-se com o facto de a literatura referir que a triagem se trata de um momento oportuno para investir na melhoria das intervenções de gestão da dor (Capua et al., 2018; Zempsky et al., 2004). Tratando-se de uma avaliação que deve ocorrer no menor espaço de tempo possível, o tempo despendido com a entrevista deve ser o estritamente necessário para obter a informação que permite completar a triagem do adolescente. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011) é possível realizar entrevistas de menor duração com resultados igualmente eficazes, sendo necessário realizar adaptações na operacionalização da entrevista, cuja eficácia e rapidez na colheita de informação serão maiores quanto maior a perícia do enfermeiro que está a triar (Benner et al., 2011).

Perante o exposto, estando comprovada na literatura a eficácia das estratégias não-farmacológicas no controlo e alívio da dor aguda, crónica e ansiedade, a disponibilização de um folheto contendo estratégias não-farmacológicas que o adolescente consiga implementar autonomamente, acarreta um menor dispêndio de tempo e é eficaz na gestão da sua dor e ansiedade (Khan & Weisman, 2007; Zempsky et al., 2004). Ainda assim, o sucesso no controlo da dor depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas e representa um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças/adolescentes. A gestão adequada da dor é considerada um padrão de qualidade e contribui para o aumento na satisfação do binómio adolescente/família relativamente aos cuidados, uma vez que a satisfação é influenciada pelos níveis de dor sentidos pelo adolescente e pelos esforços que são feitos para gerir essa dor (Orientação N° 014/2010, 2010; Thomas et al., 2015).

Perante o adolescente com dor os enfermeiros devem (Orientação N° 014/2010, 2010; Khan & Weisman, 2007; OE, 2013):

- Acreditar sempre no adolescente que refere dor;
- Transmitir informações honestas, sem ocultar a verdade;

- Dialogar com o adolescente, observá-lo e realizar a história da dor, permitindo que coloque questões e tranquilizando-o relativamente às suas reações à dor;
- Privilegiar o recurso a instrumentos de autoavaliação da dor, sempre que possível, e dar tempo ao adolescente para expressar a sua dor;
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações do mesmo adolescente, exceto se a situação clínica justificar a mudança;
- Encorajar a participação do adolescente;
- Promover a privacidade;
- Permitir, quando possível, que o adolescente detenha controlo da situação;
- Recorrer a estratégias não-farmacológicas como: as técnicas de relaxamento (p.e a respiração diafragmática), de imaginação guiada (p.e imaginar que se encontram num local relaxante) e de distração (p.e ver séries, ouvir música ou conversar sobre outros assuntos que não a sua dor);
- Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

Perante os adolescentes que recorreram à UP com sinais e sintomas de dor ou ansiedade a quem foi entregue o folheto, os Diagnósticos de Enfermagem e respetivas Intervenções mais frequentes foram (Bulechek et al., 2016; Herdman et al., 2021):

- Diagnóstico de enfermagem: **Conforto prejudicado**

Tendo como condições associadas os sintomas relacionados com a doença e o tratamento.

- Intervenções sugeridas: Administração de Medicamentos; Controlo da Dor; Controlo Ambiental: Conforto; Posicionamento; Redução da Ansiedade; Técnica para Acalmar; Terapia de Relaxamento

- Diagnóstico de enfermagem: **Dor aguda**

Tendo como condições associadas fraturas, contusões, condições pós-traumáticas e lesões dos tecidos moles.

- Intervenções sugeridas: Administração de Medicamentos: Endovenosos, Intramuscular e Oral; Aplicação de Calor/Frio; Controlo da Dor; Controlo Ambiental: Conforto; Redução da Ansiedade; Apoio Emocional; Distração; Escuta Ativa; Humor; Imaginação Guiada; Massagem; Monitoração de Sinais Vitais; Posicionamento; Presença; Promoção de Esperança; Toque Terapêutico

- Diagnóstico de enfermagem: **Ansiedade**

- Intervenções sugeridas: Redução da Ansiedade; Assistência em Exames; Presença; Aconselhamento; Apoio Emocional; Ensino: Indivíduo; Ensino: Procedimento/Tratamento; Imaginação Guiada; Monitoração de Sinais Vitais

Com base nas intervenções sugeridas para os diagnósticos identificados nos adolescentes a quem foi entregue o folheto, verifica-se a relevância desta intervenção, uma vez que a sua implementação dá resposta a intervenções como: controlo da dor, redução da ansiedade, distração, aconselhamento e ensino: indivíduo. Indiretamente, o folheto é uma ferramenta que permite ainda preparar o adolescente para a implementação de intervenções como: promoção da esperança, imaginação guiada, massagem, posicionamento, aplicação de calor/frio, controlo ambiental: conforto, técnica para acalmar e terapia de relaxamento. Tendo optado por implementar esta ferramenta, decidi recorrer às novas tecnologias para realizar a sua divulgação.

A evidência demonstra o potencial do uso de tecnologias de informação e comunicação para aumentar o impacto dos cuidados de saúde e promover o envolvimento e a educação dos adolescentes, emergindo a definição de saúde digital. As tecnologias digitais de saúde facilitam a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades e da autoeficácia dos adolescentes, contribuindo para a mudança de comportamentos relacionados com a saúde. O recurso a estratégias como a divulgação de questionários anónimos relacionados com a saúde que podem ser acedidos pelo telemóvel, está estudado como conseguindo alcançar eficazmente esta população (Wong et al., 2020).

Neste sentido, o folheto (Apêndice 11.1) e o respetivo questionário (Apêndice 11.2), através do qual avaliei o impacto do folheto nos adolescentes com dor e ansiedade, foram disponibilizados aos adolescentes no fim da triagem por meio de *QRcodes* (Apêndice 11.3), cuja consulta seria realizada através do telemóvel enquanto aguardavam na sala de espera pela chamada para observação médica.

Os *QRcodes* de acesso ao folheto e questionário começaram a ser oferecidos aos adolescentes no dia 1 de dezembro, até ao dia 14 de dezembro - 29 adolescentes receberam os *QRcode*. Durante a entrega dos *QRcodes* verifiquei que adolescentes e acompanhantes demonstravam interesse e curiosidade, após a explicação da finalidade do folheto. Através da aplicação onde realizei os *QRcodes* consegui verificar que todos os adolescentes acederam ao folheto, o que confirma o interesse demonstrado por este tema, contudo o questionário só foi respondido por 7 adolescentes. Nas respostas ao questionário 100% referiu que:

- sentia dor quando recorreu à UP;
- tentou aliviar a dor antes de recorrer à UP;
- considerava que as estratégias abordadas no folheto poderão ajudar a aliviar a dor;
- iria experimentar implementar uma ou mais das estratégias descritas.

Na última questão, 42,9% referiu que iria experimentar aplicar estratégias de distração, dois grupos de 28,6% referiram que iriam aplicar estratégias físicas ou estratégias de relaxamento.

A amostra obtida é muito pequena face aos *QRcodes* distribuídos, o motivo para esta discrepância pode dever-se ao facto de os adolescentes consultarem os *QRcodes* durante o tempo de espera após a triagem e terem sido chamados para a observação médica antes de completarem o questionário. Uma forma de solucionar este problema seria reforçar junto do adolescente o preenchimento do questionário, o que nem sempre foi possível por motivos como: dificuldade no acompanhamento dos adolescentes durante a visita à UP ou pouco tempo de permanência na UP, sendo dada alta para o domicílio após a observação médica.

Dos adolescentes a quem foram entregues os *QRcodes* foi possível estabelecer novo contacto com 4 adolescentes, neste contacto 2 necessitaram de nova administração de analgesia oral por manterem queixas álgicas, a outro foi necessário solicitar a realização de exames complementares e a outro adolescente foi possível estabelecer novo contacto antes da alta, para reavaliar a sua dor. Nestes 4 contactos foi reavaliada a dor com recurso à Escala Numérica da Dor, escala utilizada na primeira avaliação da dor. Os 2 adolescentes que necessitavam de nova administração de analgesia referiam manter dor de nível 4 e 6, os outros 2 referiram que já não sentiam dor.

Foram reforçados os ensinamentos sobre as estratégias não-farmacológicas de alívio da dor, assim como a importância do preenchimento do questionário. Os 2 adolescentes que sentiam dor foram questionados acerca das estratégias não-farmacológicas que os ajudariam a aliviar a dor. Um referiu a estratégia de distração ouvir música e outro referiu a estratégia de relaxamento com recurso à respiração diafragmática. Neste sentido, ambos foram incentivados a implementar essas estratégias, tendo sido reforçados os ensinamentos sobre a técnica de respiração diafragmática. Ocorreu uma nova avaliação após 10-20min e ambos referiram que o foco na música/respiração ajudava a reduzir a sensação de dor.

Foi também avaliada a esperança junto de 3 destes adolescentes que tinham entre os 14 e 16 anos, com recurso à Escala de Esperança para Crianças (Marques et al., 2009; Snyder et al., 1997). Antes do seu preenchimento foi explicado aos adolescentes que se tratava de uma escala com questões sobre os seus objetivos e cujas respostas deviam corresponder ao que realmente pensavam e não ao que achavam que seria correto pensar, reforçando o anonimato e confidencialidade das respostas. Os resultados obtidos foram superiores a 18 pontos, o que indica a presença de esperança, contudo em um dos adolescentes que referia sentir dor naquele momento o resultado foi inferior aos outros 2 adolescentes que negavam sentir dor. Este resultado pode relacionar-se com o descrito na literatura acerca da obtenção de resultados mais baixos nesta escala estar associado a níveis mais baixos de esperança e consequentemente, à maior dificuldade em lidar com os efeitos negativos resultantes de situações de crise, como é o caso da dor (Marques et al., 2009; Snyder et al., 1997).

## **Referências Bibliográficas**

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care A Thinking-in-Action Approach* (2ª Ed.). Springer Publishing Company, LLC.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (6ª ed.). Elsevier

Capua, T., Kama, Z. B., & Rimon, A. (2018). The influence of an accredited pediatric emergency medicine program on the management of pediatric pain and anxiety. *Israel Journal of Health Policy Research*, 7(1). DOI: 10.1186/s13584-018-0211-6

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Takao Lopes, C. (2021). NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: definitions and classification 2021-2023 (12a ed.). Thieme. DOI: 10.1055/b000000515

Horeczko, T., Enriquez, B., McGrath, N. E., Gausche-Hill, M., & Lewis, R. J. (2013). The Pediatric Assessment Triangle: Accuracy of Its Application by Nurses in the Triage of Children. *Journal of Emergency Nursing*, 39(2), 182–189. DOI: 10.1016/j.jen.2011.12.020

INEM. (2012). Normas, Emergências Pediátricas e Obstétricas. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Normas-Emergências-Pediátricas-e-Obstétricas.pdf>

Khan, K. A., & Weisman, S. J. (2007). Nonpharmacologic Pain Management Strategies in the Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 8(4), 240–247. DOI: 10.1016/j.cpem.2007.08.008

Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopez, S. J. (2009). Validation of a Portuguese version of the children's hope scale. *School Psychology International*, 30(5), 538–551. DOI: 10.1177/0143034309107069

OE - Ordem dos Enfermeiros (2010). Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I. Cadernos OE, série I, numero 3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

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

OE - Ordem Dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas Práticas – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Orientação n.º 014/2010, Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças (2010). Disponível em: [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS EM PEDIATRIA/ORIENTACAO DGS\\_014.2010 DE DEZ.2010.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS_EM_PEDIATRIA/ORIENTACAO_DGS_014.2010_DE_DEZ.2010.pdf)

Thomas, D., Kircher, J., Plint, A. C., Fitzpatrick, E., Newton, A. S., Rosychuk, R. J., Grewal, S., & Ali, S. (2015). Pediatric Pain Management in the Emergency Department: The Triage Nurses' Perspective. *Journal of Emergency Nursing*, 41(5), 407–413. DOI: 10.1016/j.jen.2015.02.012

Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., Highberger, L., Rubinstein, H., & Stahl, K. J. (1997). The Development and Validation of the Children's Hope Scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(3), 399–421. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpepsy/article/22/3/399/917485>

Wong, C. A., Madanay, F., Ozer, E. M., Harris, S. K., Moore, M., Master, S. O., Moreno, M., & Weitzman, E. R. (2020). Digital Health Technology to Enhance Adolescent and Young Adult Clinical Preventive Services: Affordances and Challenges. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), S24–S33. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2019.10.018

Zempsky, W. T., Cravero, J. P., Knapp, J. F., Bojko, T., Dolan, M. A., Frush, K. S., Furnival, R. A., Krug, S. E., Isaacman, D. J., Sapien, R. E., Shaw, K. N., Sirbaugh, P. E., Mancuso, T. J., Cravero, J. P., Agarwal, R., Houck, C. S., Kain, Z., Maxwell, L. G., Valley, R. D., & Davidson, P. J. (2004). Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics*, 114(5), 1348–1356. DOI: 10.1542/peds.2004-1752

Apêndice 11.1 – Folheto #semdor

# #SEMDOR

Como podes aliviar a tua dor e stress

Estratégias que te vão ajudar a controlar e aliviar a dor e reduzir o stress

Este folheto é para ti. Guarda-o e usa-o sempre que começares a sentir dor. Vais ver que com estas estratégias terás mais controlo sobre a tua dor.

**ACREDITA, TU CONSEGUES!**

### ESTRATÉGIAS FÍSICAS

- Podes aplicar calor no local que te dói, ao ativar a circulação do sangue vai ajudar-te a relaxar e alivia a dor.
- Podes aplicar frio no local que te dói, tem efeito anti-inflamatório que diminui o inchaço e alivia a dor.

### RELAXAMENTO

Tenta ir para um local calmo e coloca uma música relaxante.

- Descontraí o queixo e os ombros;
- Inspira pelo nariz e deita o ar fora pela boca, lentamente e de forma rítmada;
- Fecha os olhos e coloca uma mão sobre a barriga e outra sobre o peito;
- Inspira fazendo com que a mão que está sobre a barriga se mexa mais do que a mão que está sobre o peito;
- Tenta aguentar o ar nos pulmões durante três ou mais segundos, deita o ar fora lentamente pela boca e esvazia completamente os pulmões com ajuda da barriga.
- Repete as vezes necessárias até te sentires confortável com essa respiração.

**RELAXA, EXPERIMENTA E ACREDITA QUE VAIS SER CAPAZ!**

## ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR

### TU ÉS CAPAZ DE CONTROLAR A TUA DOR

- Podes ter contigo objetos que te dão conforto (amuletos, fotos, uma peça de roupa que gostes muito...);
- Podes ouvir música, ver vídeos, filmes ou séries;
- Podes jogar no telemóvel ou computador;
- Podes desenhar ou escrever, sobre um tema que gostes;
- Podes relembrar imagens e momentos confortantes;
- Podes identificar posturas ou movimentos que aliviem a dor.

### ESTRATÉGIAS FÍSICAS

- Podes pedir ao teu familiar para te fazer uma massagem de relaxamento.
- Podes posicionar o teu corpo de forma a ficares mais confortável e aliviar a dor.

## NÃO TE ESQUEÇAS:

Fala sempre com o(a) enfermeiro(a) quando sentires dor. Explica onde dói, há quanto tempo, como é a dor e qual a sua intensidade recorrendo à seguinte escala:

Conta com a sua ajuda para aplicares estas ou outras estratégias de alívio da dor. Somos uma equipa, juntos conseguimos!

**ABRE AQUI**


Responde a este rápido questionário através do QRCode. Obrigada!

Trabalho realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica por: Cláudia Ferreira, enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do HFF. Sob a orientação da Professora Doutora Zaida Charepe e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Eliana Rocha, enfermeira no serviço de Urgência Pediátrica do HFF.

Referências Bibliográficas:  
1. Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática-Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.  
2. Orientação n.º 14/2010 (2010) Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DCS.

Imagem 5 – Folheto #semdor



## Apêndice 11.2 – Questionário de avaliação do impacto do folheto nos adolescentes com dor e ansiedade



**Juntos conseguimos controlar a dor!**

O meu nome é Cláudia Ferreira, sou enfermeira na Urgência Pediátrica do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca e estou a realizar este questionário no âmbito do Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa.

Após a leitura do folheto "#sem dor" peço-te que respondas a este rápido questionário, para que eu fique a conhecer a tua opinião. A tua resposta é muito importante para mim. Responde honestamente às perguntas, a tua resposta será anónima, não saberei quem és. Ps: Lembra-te, podes recorrer sempre aos enfermeiros(as) para te ajudarem no alívio da dor, utilizando as estratégias que achares mais adequadas para ti. Ajuda-nos a ajudar-te, vais sentir-te muito melhor!

 claudiasferreira0@gmail.com (not shared) [Switch account](#) 

\* Required

Sentias dor quando recorreste à Urgência Pediátrica? \*

Sim

Não

Tentaste aliviar ou controlar a tua dor antes de recorrereres ao hospital? \*

Sim

Não

Não tinha dor

Estas estratégias podem ajudar-te a aliviar a dor? \*

Sim

Não

Vais experimentar aplicar uma ou mais destas estratégias para aliviar a dor? \*

Sim

Não

Se respondeste sim na resposta anterior, seleciona qual/ quais estratégia(s) vais aplicar:

Estratégias de distração (objeto de conforto, telemóvel, música, vídeos, desenhar, relembrar imagens/momentos...)

Estratégias físicas (massagem, posição corporal, aplicar calor/frio)

Estratégia de relaxamento (respiração diafragmática)

**Imagem 6** – Questionário de Avaliação do folheto #sem dor, na plataforma GoogleForms

### *Apêndice 11.3 – QRcodes*



**Imagem 7** – Documento com QRcodes de acesso ao folheto e ao questionário

## **Apêndice 12 – Formação aos Pares “Intervenções de enfermagem na redução da dor e ansiedade dos adolescentes que recorrem ao SUP - Uma abordagem com recurso a estratégias promotoras de esperança”**

Foi realizada uma formação aos pares (Quadro 3), intitulada de “Intervenções de enfermagem na redução da dor e ansiedade dos adolescentes que recorrem ao SUP - Uma abordagem com recurso a estratégias promotoras de esperança”. A finalidade passou por dar a conhecer o projeto de estágio e consciencializar a equipa de enfermagem da UP acerca do contributo das estratégias não-farmacológicas para o controlo e alívio da dor e ansiedade nos adolescentes e também, acerca da importância da promoção da esperança no adolescente e sua implementação na prestação de cuidados de enfermagem. Esta formação foi realizada com recurso a uma apresentação em PowerPoint (Apêndice 12.1) que foi apresentada, quer individualmente quer em grupo aos elementos da equipa de enfermagem, após as passagens dos turnos da noite e da manhã e, quando necessário no decorrer dos turnos, sempre que o volume de trabalho permitisse. A realização da formação nestes moldes prendeu-se com o facto de se tratar de um serviço onde tudo é imprevisível, dificultando a marcação de momentos específicos para a formação. Outro motivo teve a ver com o facto de, no início de cada turno, os enfermeiros serem distribuídos pelos postos de trabalho, o que impedia a realização da formação a todos os elementos daquele turno em simultâneo. A solução encontrada passou por realizar a formação após as passagens de turno de modo abranger um grupo maior enfermeiros.

Foi possível realizar a formação a 17 enfermeiros, não foi possível apresentar o trabalho a toda a equipa por alguns enfermeiros se encontrarem ausentes do serviço e também pelo volume de trabalho durante os turnos que nem sempre permitia que houvesse disponibilidade para assistir à apresentação.

A equipa de enfermagem demonstrou grande interesse e disponibilidade perante a formação. Nos momentos de apresentação por vezes surgiram intercorrências, relacionadas com a necessidade triar crianças ou realizar alguma intervenção ou procedimento solicitado pela equipa médica, tendo sido suspensa temporariamente a apresentação e retomada assim que possível.

Considero que a minha prestação foi melhorando com o decorrer das apresentações, uma vez que me fui sentindo cada vez mais à vontade com a exposição dos conteúdos e a equipa

foi dando reforços positivos o que foi muito benéfico para a minha autoconfiança e ajudou-me a melhorar a minha prestação.

Não foi realizada questão de discussão propositadamente para não alongar demasiado a formação, mas foi incentivado que fossem colocadas questões naquele momento ou noutra ocasião e demonstrada disponibilidade para as esclarecer.

Dos enfermeiros que assistiram à formação, 13 preencheram o questionário de avaliação da mesma (Apêndice 12.2). Relativamente a cada uma das questões colocadas, foram obtidos os seguintes resultados:

- Pertinência da formação, 64,3% avaliou como “Muito Bom”, 28,6% como “Bom” e 7,1% como “Satisfaz”;
- Importância dos conteúdos abordados, 71,4% avaliou como “Muito Bom” e os restantes “Bom”;
- Contributos para a prática profissional, 57,1% avaliou como “Muito Bom”, 35,7% como “Bom” e 7,1% como “Satisfaz”;
- Elaboração e coerência da apresentação, 57,1% avaliou como “Muito Bom” e 42,9% como “Bom”;
- Desempenho da formadora, 78,6% avaliou como “Muito Bom”, 14,3% como “Bom” e 7,1% como “Satisfaz”;
- Duração da formação, 92,9% avaliou como “Duração Certa” e 7,1% como “Muito breve”;
- Classificação final, 7 pessoas avaliaram como “Muito Bom”, 6 como “Bom” e 1 como “Satisfaz”.

Face aos indicadores de avaliação propostos, concluo que a formação obteve um feedback geral positivo.

**Quadro 3:** Plano de Formação “Intervenções de enfermagem na redução da dor e ansiedade dos adolescentes que recorrem ao SUP - Uma abordagem com recurso a estratégias promotoras de esperança”

Formadora: Cláudia Ferreira			
Tema: Intervenções de enfermagem na redução da dor e ansiedade dos adolescentes que recorrem ao SUP - Uma abordagem com recurso a estratégias promotoras de esperança			
População-alvo: Enfermeiros da UP			
Duração: 15 minutos			
<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar a conhecer o projeto de estágio realizado no âmbito da UC Estágio Final e Relatório;</li> <li>- Dar a conhecer estratégias promotoras de esperança na abordagem ao adolescente com dor e ansiedade que recorre à UP.</li> </ul>		<p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Justificar a pertinência da temática abordada para a UP;</li> <li>- Explicar a implementação do projeto de estágio na UP;</li> <li>- Reforçar informação sobre formas de intervir perante o adolescente com dor e ansiedade recorrendo a estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor;</li> <li>- Explicar a importância da promoção da esperança nesta temática;</li> <li>- Contribuir para a consciencialização terapêutica da equipa de enfermagem da UP na aplicação de intervenções promotoras de esperança.</li> </ul>	
Fases/Tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
<p><u>Introdução</u> 2min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da temática</li> <li>- Justificação da pertinência do tema do projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositiva e demonstrativa com auxílio da apresentação em formato PowerPoint</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a opinião da população alvo relativamente ao tema abordado</li> </ul> <p>Indicadores:</p>

<p><u>Desenvolvimento</u> o 10min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do projeto – objetivos e atividades</li> <li>- Explicitação e justificação da implementação do projeto</li> <li>- Apresentação de intervenções de enfermagem que podem ser implementadas conjuntamente com as estratégias não-farmacológicas de controlo e alívio da dor</li> <li>- Apresentação da temática esperança no adolescente</li> <li>- Justificação da relação da temática esperança no adolescente com o tema do projeto de estágio</li> <li>- Demonstração de comportamentos e intervenções de enfermagem que podem ser implementados junto dos adolescentes com dor ou ansiedade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositiva e demonstrativa com auxílio da apresentação em formato PowerPoint</li> </ul>	<p><b>Positivo</b> - Quando mais de metade dos formandos atribui uma avaliação de Satisfaz ou superior</p> <p><b>Negativo</b> - Quando mais de metade dos formandos atribui uma avaliação inferior a Satisfaz</p>
<p><u>Conclusão</u> 3min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concluir sintetizando os temas abordados</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas</li> <li>- Avaliação da sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositiva e ativa</li> <li>- Interrogativa através da plataforma GoogleForms</li> </ul>	

# Apêndice 12.1 - Sessão de Formação



**Intervenções de enfermagem na redução da dor e ansiedade dos adolescentes que recorrem ao SUP**

Uma abordagem com recurso a estratégias promotoras de esperança

Realizado por: Cláudia Ferreira (Nº 192020074)  
 Sob a orientação da Professora Doutora Zaida Charepe e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Eliana Rocha.

1

## Dor e Ansiedade nos Serviços de Urgência Pediátrica

SUP são locais nos quais os adolescentes têm grande probabilidade de sentir dor e ansiedade devido:

- queixas que levam os adolescentes a recorrer ao SUP;
- estímulos ambientais deste contexto;
- procedimentos terapêuticos ou de diagnóstico;
- desconforto físico;
- experiências de dor prévias;
- sensação de perda de controlo.

(Ortiz, López-Zarco & Arreola-Bautista, 2012; Capua et al., 2018)

**A dor e a ansiedade estão interrelacionadas de forma complexa.**

2

## Dor e Ansiedade nos Serviços de Urgência Pediátrica

Dor na população pediátrica que recorre aos SUP é frequente e nem sempre é identificada e tratada de forma adequada e consistente.

Motivos:

- barreiras comunicacionais que dificultam a avaliação da dor;
- semelhanças entre a expressão de dor e ansiedade;
- incerteza no diagnóstico;
- constrangimentos a nível de tempo e do rácio de profissionais de saúde;
- hesitação e/ou receios por parte da equipa de saúde relativamente à administração de analgesia.

(Corwin et al., 2012; Ferrante et al., 2013).

**Neste sentido tem havido um esforço por implementar protocolos nos serviços de urgência pediátrica, assim como por munir os profissionais de saúde com formação relativamente à gestão da dor na criança/adolescente**


(Corwin et al., 2012; Zempisky et al., 2004).

## Projeto de Estágio




- **Objetivo:**
  - Implementar intervenções que reduzem a dor e a ansiedade no adolescente que recorre ao SUP, com recurso a uma abordagem comunicacional promotora de esperança.

## Projeto de Estágio



- **Atividades:**
  - Implementação de um folheto em formato digital sobre estratégias não farmacológicas de controlo e alívio da dor no adolescente;
  - Implementação de um questionário aos adolescentes com o intuito de avaliar a implementação do folheto "#semdor";

## Projeto de Estágio



- **Quando, como e a quem implementar o folheto "#semdor":**
  - No final da triagem;
  - Fornecer papel com os Qrcodes que dão acesso ao folheto e ao questionário;
  - A todos os adolescentes que refiram ou demonstrem sinais de dor ou ansiedade.

★

6

## Folheto #semdor


A **triagem** foi reconhecida como o momento oportuno para investir na melhoria das intervenções de gestão da dor:

- permite avaliar a dor nos primeiros momentos da admissão no SUP;
- possibilita o tratamento precoce da dor;
- contribui para reduzir a ansiedade daí proveniente.

(Zempisky et al., 2004; Capua et al., 2018).

**Para além do recurso a estratégias farmacológicas de controlo e alívio da dor, a evidência científica apoia a eficácia das estratégias não farmacológicas em casos de dor aguda e crónica e ansiedade.**

Entrega do folheto ao adolescente e ....




## Estratégias não farmacológicas

... Perante o adolescente com dor ou ansiedade os enfermeiros devem:

- transmitir informações honestas, sem ocultar a verdade;
- permitir que o adolescente coloque questões;
- encorajar a participação do adolescente;
- promover a privacidade;

(Khan & Weisman, 2007)



## Estratégias não farmacológicas

... Perante o adolescente com dor ou ansiedade os enfermeiros devem:

- permitir, quando possível, que o adolescente detenha controlo da situação;
- recorrer a **técnicas de relaxamento**, de **imaginação guiada** e de **distração**;
- tranquilizar o adolescente relativamente às suas reações à dor.

(Khan & Weisman, 2007)

**ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR**

**TU ÉS CAPAZ DE CONTROLAR A TUA DOR**

- Podes ter controlo sobre a tua dor se usares técnicas alternativas, como, entre outras, as seguintes:
  - Podes ouvir música, ver vídeos, filmes ou séries;
  - Podes ligar-te ao teu médico ou enfermeiro;
  - Podes descrever os sintomas, obter um plano de gestão;
  - Podes desenvolver imagens e pensamentos positivos;
  - Podes identificar pontos de acalmia nos momentos que afetam a dor.

**ESTRATÉGIAS FÍSICAS**

- Podes pedir ao teu familiar para te fazer uma massagem de relaxamento;
- Podes praticar as tuas técnicas de relaxamento e de distração.

**ESTRATÉGIAS FÍSICAS**

- Podes aplicar calor ou frio que te ajude a aliviar a dor;
- Podes aplicar calor ou frio que te ajude a aliviar a dor;
- Podes aplicar calor ou frio que te ajude a aliviar a dor.

**RELAXAMENTO**

- Relaxar a mente ajuda a controlar a dor e a reduzir a ansiedade.
- Desconectar a mente e os sentidos e focar-se apenas no corpo e no momento presente ajuda a controlar a dor e a reduzir a ansiedade.
- Fazer exercícios físicos ajuda a controlar a dor e a reduzir a ansiedade.
- Fazer exercícios físicos ajuda a controlar a dor e a reduzir a ansiedade.

**RELAXA EXPERIMENTA E ACREDITA QUE VÁS SER CAPAZ**

## Esperança no adolescente

Estes comportamentos demonstrados pela equipa de enfermagem para gerir a dor e ansiedade do adolescente contribuem não só para a satisfação do adolescente/família, como também são **comportamentos facilitadores de esperança** (Thomas et al., 2015).

Hinds & Gattuso (1991) definem a **esperança no adolescente** como “o grau no qual o adolescente possui uma crença reconfortante ou sustentada pela vida e baseada na realidade, que existe um futuro positivo para si e para os outros”.

- Qualidade interna que emerge da interação com os outros;
- Tem uma natureza dinâmica;
- É afetada por fatores internos e externos.

(Hinds, 2000, 2004; Hinds & Gattuso, 1991)

## Esperança no adolescente

Em situações de crise a esperança adota uma **função protetora** que previne o desespero e afeta diretamente a **sensação de bem-estar**, o que facilita a **adesão e tolerância ao tratamento**.

(Hinds et al., 1999)

Está descrito que em contexto pediátrico os enfermeiros **influenciam positivamente** a esperança nos adolescentes.

(Hinds, 2004; Hinds et al., 1999)

## Comportamentos e intervenções de enfermagem promotores de esperança

- demonstração de disponibilidade e interesse em realizar atividades de distração em conjunto com o adolescente com o intuito de o ajudar a gerir a sua dor;
- demonstração de competência na prestação de cuidados de enfermagem;
- abordar assuntos não relacionados exclusivamente com a dor durante o contacto com o adolescente;

(Hinds, 2000, 2004; Hinds et al., 1987, 1999)



11



12



## Comportamentos e intervenções de enfermagem promotores de esperança

- transmissão de informações honestas e sem ocultar factos por exemplo, relativamente a procedimentos que podem causar dor;
- ser atencioso;
- incentivar o adolescente a manter um foco positivo no futuro;
- partilhar conhecimento sobre adolescentes com experiências semelhantes bem sucedidas;
- recorrer ao humor, quando adequado.

(Hinds, 2000, 2004; Hinds et al., 1987, 1999)



## Referências Bibliográficas

- 1) Caplan, T., Kates, Z. B., & Benet, A. (2018). The influence of an accredited pediatric emergency medicine program on the management of pediatric pain and anxiety. *Israel Journal of Health Policy Research*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-0307-0>
- 2) Carver, D. J., Knudsen, D. O., Auerbach, M., Liang, A., & Eskinsson, G. (2012). An intervention to improve pain management in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 28(6), 524-526. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3182400000>
- 3) Ferrelles, P., Cutrona, M., Zampardi, T., Tomassello, C., Mucci, G., Piro, N., Lencio, V., Pigo, S., & Benini, F. (2013). Pain management policies and practices in pediatric emergency care: A nationwide survey of Italian hospitals. *BMC Pediatrics*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2875-13-1>
- 4) Hinds, P. S. (2004). The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), 927-934. <https://doi.org/10.1188/2004.ONF.927-934>
- 5) Hinds, P. S., & Gattuso, J. S. (1992). Measuring hopefulness in adolescents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 4(1), 92-94. <https://doi.org/10.1177/0898010192004001092>
- 6) Hinds, P. S., Ouzgenant, A., Fairclough, D., Bush, A. J., Beckler, D., Rounbier, G., Pratt, C. B., Gilchrist, G. S., & McCown, D. E. (1999). Hopefulness and its characteristics in adolescents with cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 22(5), 400-420. <https://doi.org/10.1177/01926269990220050400>
- 7) Khan, K. A., & Weisman, S. J. (2007). Nonpharmacologic Pain Management Strategies in the Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 8(4), 240-247. <https://doi.org/10.1016/j.cped.2007.05.002>
- 8) Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - volume I*.
- 9) Olin, M. J., López-Zarzo, M., & Arriola-Bautista, E. J. (2012). Procedural pain and anxiety in pediatric patients in a Mexican emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2740-2750. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.03111.x>
- 10) Thomas, D., Kircher, J., Hirt, A. C., Fitzpatrick, E., Newton, A. S., Rosenthal, R. J., Grewal, S., & Ab, S. (2015). Pediatric Pain Management in the Emergency Department: The Triage Nurses' Perspective. *Journal of Emergency Nursing*, 41(3), 407-413. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.12.001>
- 11) Zampardi, W. T., Cavens, J. P., Knapp, J. F., Blythe, T., Doherty, M. A., Frush, K. S., Fumal, R. A., Frug, S. E., Isaacman, D. J., Saper, R. E., Shaw, K. N., Seibough, P. F., Mancuso, T. J., Cavens, I. P., Agresti, R., Mosch, C. S., Kan, Z., Marshall, L. G., Valley, R. D., & Davidson, P. J. (2004). Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics*, 114(5), 1348-1356. <https://doi.org/10.1542/peds.114.5.1348>

Estou disponível para esclarecer todas as dúvidas que possam surgir.

A vossa colaboração será muito importante para o meu percurso de estágio.



Para finalizar pedia que preenchessem o questionário de avaliação da sessão formativa, acessível através do Qrcode.

Muito obrigada!

15



Imagem 8 – Diapositivos PowerPoint para Apresentação da Formação

## Apêndice 12.2 - Questionário de Avaliação da Formação

**Avaliação da Formação: "Intervenções de enfermagem na redução da dor e ansiedade dos adolescentes que recorrem ao SUP"**

Agradeço novamente pela presença e atenção ao longo da formação. Peço que responda a este breve questionário por forma a avaliar a formação a que assistiu. A sua resposta será anónima, pelo que apenas terá de responder a cada questão clicando na resposta correspondente à avaliação que considera adequada e finalizar com a Classificação final onde atribui uma classificação entre: Não Satisfaz; Satisfaz; Bom e Muito Bom.

claudiasferreira0@gmail.com (not shared) [Switch account](#)

\* Required

1- Pertinência da formação \*

Muito Bom

Bom

Satisfaz

Não Satisfaz

2 - Importância dos conteúdos abordados \*

Muito Bom

Bom

Satisfaz

Não Satisfaz

4 - Elaboração e coerência da apresentação \*

Muito Bom

Bom

Satisfaz

Não Satisfaz

5 - Desempenho da formadora \*

Muito Bom

Bom

Satisfaz

Não Satisfaz

6 - Duração da formação \*

Muito longa

Duração certa

Muito breve

Classificação final (Não Satisfaz; Satisfaz; Bom e Muito Bom) \*

Your answer

**Imagem 9** – Questionário de Avaliação da Formação na plataforma GoogleForms

## **Apêndice 13: Reflexão sobre a implementação de competências comuns do enfermeiro especialista na UP**

A realização desta reflexão no decurso do último estágio da UC Estágio Final e Relatório, prende-se com a necessidade de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, importantes para a conclusão deste percurso académico, nomeadamente as competências seguintes (Regulamento OE n.º 140/2019, 2019):

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

O motivo pelo qual não foi possível desenvolver estas competências teve a ver com o facto de, apesar de já ser enfermeira há 6 anos, sempre prestei cuidados à população adulta, até há cerca de um ano mudar para a área da Pediatria. Por este motivo, durante a minha passagem pelos diversos contextos de estágio deste percurso académico tive um maior enfoque no desenvolvimento de competências específicas do EEESIP. Este enfoque possibilitou que desenvolvesse competências e conhecimentos que me permitiram atingir o nível “Competente” na prestação de cuidados ao binómio criança/família, de acordo com o modelo de competências de Benner (2001). No entanto, uma vez que tanto as competências gerais como específicas do enfermeiro especialista, assumem grande importância para o término do curso de Mestrado e Especialidade na Área de Saúde Infantil e Pediátrica, identifiquei neste estágio em contexto de trabalho uma oportunidade para me focar nestas fragilidades do meu percurso académico, fortalecendo-as. Para isso, optei por recorrer à observação participante do trabalho desempenhado por enfermeiros peritos na UP, como é o caso da enfermeira responsável, por quem estou a ser orientada, e dos chefes de equipa.

A **urgência pediátrica** é um serviço dinâmico no qual se lida diariamente com o imprevisto o que exige, por parte das equipas de saúde, perícia para que ocorra uma resposta rápida e competente perante as situações complexas e emergentes que possam surgir (Costa & Gaspar, 2017; Silva et al., 2014). O desempenho destas equipas é imperativo no atendimento que é realizado (Silva et al., 2014). Neste sentido, a **gestão de recursos humanos**, nomeadamente a organização das equipas, realizada pela enfermeira chefe e pela enfermeira responsável da UP assume uma grande importância, uma vez que a distribuição de enfermeiros com diversos níveis de competência pelas equipas possibilita a articulação e

rentabilização do potencial de todos os elementos, de forma a garantir uma resposta adequada às necessidades do serviço e a eficácia dos cuidados prestados (Cunha, 2017).

Os enfermeiros **peritos** possuem um conhecimento aprofundado obtido através da reflexão crítica de diversas situações vivenciadas, por conseguinte têm uma compreensão com base na intuição, que lhes permite prever problemas, antecipar ações e resolver situações complexas de forma assertiva e rápida. Detêm capacidades de liderança, supervisão e promoção de saúde que contribuem para obter uma visão global da situação da criança (Costa & Gaspar, 2017; Cunha M., 2017).

O **líder** tem a capacidade de influenciar de forma inata a equipa, com a finalidade de obter a articulação do seu trabalho durante o turno, que permite que trabalhem em colaboração, compartilhando as responsabilidades e entreajudando-se, de modo a colmatar as dificuldades de cada elemento (Lloyd & Clegg, 2016; Cunha, 2017). Consegue-se assim atingir uma prestação de cuidados de qualidade e diminuir a ocorrência de erros, com foco no direito da criança e família de receberem os melhores cuidados (Costa, 2004; Silva et al., 2014; Costa & Gaspar, 2017).

Lloyd & Clegg (2016) referem que tanto a pessoa que assume o papel de líder, como o estilo de liderança que adota dependem das circunstâncias em que a situação ocorre, são elas a severidade da doença da criança, a experiência dos elementos da equipa no turno e o conhecimento que os elementos detêm uns dos outros. Neste sentido, à semelhança do que estes autores descrevem, verifiquei que na UP sem que exista uma nomeação formal de líderes, face às situações que vão surgindo durante os turnos, determinados elementos da equipa assumem automaticamente a liderança da situação (Lloyd & Clegg, 2016). Esse elemento costuma ser um enfermeiro chefe de equipa que é perito na área da Pediatria devido à sua experiência e competências desenvolvidas ao longo da sua carreira na UP. O chefe de equipa com competências de liderança, possui maior capacidade para gerir situações de conflitos, coordenar a equipa em situações de emergência e realizar o planeamento adequado dos cuidados de acordo com o conhecimento que tem da equipa, otimizando as competências de cada um.

Neste contexto de estágio, a triagem é realizada unicamente por enfermeiros com o curso de Triagem de Manchester, sem o qual é impossível assumir este posto de trabalho. Em situações de emergência ou catástrofe os cuidados são reorganizados e os elementos proficientes ou peritos dão resposta a essa valência, enquanto os enfermeiros iniciados ou

competentes assumem os restantes postos de trabalho, aumentando a eficácia da gestão dos cuidados.

Na urgência Pediátrica, onde o trabalho é realizado grande parte das vezes sob pressão, torna-se imperativo desenvolver competências de **gestão de conflitos** gerados pelo *stress* e por problemas de comunicação (Lima et al., 2021). Apesar de existir um esforço comum em evitar a ocorrência de conflitos, é inegável que em determinadas situações estes acabem por surgir, seja na equipa de enfermagem, multidisciplinar ou no contacto com a criança e família. O facto de este serviço receber diariamente inúmeras crianças, exige das equipas uma grande capacidade para lidar com a pressão e dar resposta à grande demanda de trabalho com eficácia, ao mesmo tempo que ocorre a gestão de emoções e comportamentos. Quem assume o papel de líder deve possuir habilidades para conciliar as suas emoções com a razão, bem como as dos outros, de forma a utilizar essa informação para orientar o pensamento e as suas ações – inteligência emocional (Silva et al., 2014). Consequentemente, terá uma melhor atuação perante situações de conflito, ativando técnicas de resolução de conflitos como a acomodação, competição ou transigência (Amestoy et al., 2014; Lima et al., 2021). A comunicação e a adoção de estilos de liderança são fulcrais na gestão de conflitos (Amestoy et al., 2014).

Uma situação que exemplifica a gestão de conflitos, resulta dos tempos de espera para o atendimento o que, por vezes, origina conflitos entre a equipa de enfermagem e as famílias das crianças que recorrem à UP. Os enfermeiros correm maior risco de vivenciar conflitos dada a natureza do seu trabalho, são os profissionais que convivem mais tempo com as crianças e famílias (Lima et al., 2021). Nestas situações, tanto os líderes como os restantes elementos da equipa tentam gerir o conflito recorrendo à negociação, ao reforço positivo e à exploração de emoções com a finalidade de ambas as partes cederem para atingirem um consenso (Amestoy et al., 2014; Lima et al., 2021). De salientar que o sucesso na gestão de conflitos poderá contribuir positivamente para o crescimento da equipa, reforçando a importância da sua adequada gestão (Lima et al., 2021).

Ainda no seguimento da especificidade e complexidade da UP, é necessário recorrer a **métodos de organização de trabalho** e verifiquei que neste contexto, apesar da metodologia de trabalho idealizada ser a individual, quando existe muito volume de trabalho face ao número de enfermeiros disponíveis, acaba por ser adotado o método de cuidados de enfermagem funcionais (Costa, 2004). Este método permite que seja dada resposta às tarefas

solicitadas, no sentido de atribuir um diagnóstico e respetivo tratamento às crianças que recorrem à UP e possibilita ainda, que estas tarefas sejam distribuídas pelos enfermeiros de acordo com as suas competências (Costa, 2004). Na UICD, local onde as crianças e família ficam internadas, é priorizada a distribuição dos enfermeiros iniciados para este local onde são facilmente supervisionados e apoiados pela restante equipa, enquanto ficam responsáveis pela organização e prestação de todos os cuidados às crianças e famílias internadas, assumindo o método de cuidados individuais (Costa, 2004; Costa & Gaspar, 2017). Esta articulação da equipa e do trabalho que ocorre em cada turno, onde os elementos se entreajudam para colmatar as dificuldades que surgem e colaboram na prestação de cuidados para dar a melhor resposta no atendimento das crianças, vai muito de encontro à metodologia de cuidados em equipa. Neste sentido, Costa (2004) sugere o recurso a diversos métodos de acordo com as necessidades do serviço, com a finalidade de equacionar a qualidade dos cuidados, os custos, a satisfação da criança e família, a satisfação dos profissionais e as vantagens relacionais que daí advêm.

A organização das equipas permite ainda o envolvimento dos enfermeiros na **gestão do risco**, isto pode verificar-se quando existe uma distribuição dos profissionais entre as áreas de “Respiratórios” e “Não-Respiratórios”, sendo fornecido equipamento de proteção individual adequado para que os profissionais que prestam cuidados na área contaminada estejam protegidos e, controlando a contaminação da área limpa. Na UICD é tido especial cuidado quando existe mais do que uma criança internada, através do reforço sobre da técnica de lavagem das mãos à criança e família e a substituição das luvas por parte dos profissionais de saúde sempre que finalizam a prestação de cuidados a uma criança, no sentido de prevenir a infeção cruzada e reduzir a ocorrência de infeções nosocomiais.

Sendo a população pediátrica o alvo de cuidados, a administração de terapêutica está amplamente relacionada com o peso e idade das crianças, o que exige por parte dos enfermeiros um cuidado redobrado no cumprimento dos princípios de segurança da administração de terapêutica. O facto de os enfermeiros trabalharem em equipa e haver em todos os turnos pelo menos um enfermeiro mais experiente, permite que sempre que necessário se realize a dupla verificação da medicação prescrita, prevenindo a ocorrência de erros. Estes aspetos, entre muitos outros, contribuem para garantir um ambiente terapêutico e seguro e são padrões de qualidade do Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011).

A **avaliação da qualidade dos cuidados de saúde** baseia-se na tríade de Donabedian, da qual fazem parte indicadores de estrutura, processo e resultado (OE, 2007). De acordo com Donabedian (1988) citada pela Ordem dos Enfermeiros (2007), uma estrutura adequada irá propiciar um bom processo, levando a resultados favoráveis. A enfermeira chefe e da enfermeira responsável do serviço assumem papéis de gestão de recursos e cuidados.

Relativamente aos indicadores de estrutura, a título de exemplo gerem as dotações de enfermeiros e auxiliares de ação médica, assim como procedem à organização das equipas, realizam mensalmente os horários de trabalho e gerem situações de ausências não planeadas; quando surgiu a necessidade de adaptar o serviço à situação pandémica, procederam em conjunto com a equipa médica, à reorganização do serviço para dar resposta às novas necessidades do serviço e da população; a enfermeira responsável pelo serviço em cooperação com determinados elementos do serviço, procedem à verificação e reposição de material no serviço; a enfermeira responsável e os enfermeiros chefes de equipa articulam com outros profissionais do hospital a necessidade de empréstimo, reparação e substituição de equipamentos e material, assim como procedem à verificação e reposição da medicação necessária ao serviço. Por fim, garantem que todos os materiais e equipamentos para manobras de reanimação estão em condições de utilização segura. É tarefa da enfermeira responsável ou do chefe de equipa, proceder à verificação da sala de reanimação cardiorrespiratória, esta tarefa é delegada ao enfermeiro alocado na área “Respiratórios” onde se encontra a sala de reanimação, mantendo a sua supervisão. A abertura do carro de reanimação é sempre registada. Uma vez por mês são verificadas todas as validades e níveis do carro de reanimação e mala de transporte pelo enfermeiro chefe de equipa a quem o enfermeiro responsável delegou essa tarefa. A mala de transporte encontra-se na sala de tratamentos da área “Não Respiratórios” assim como o segundo desfibrilhador do serviço, cuja verificação é realizada com a mesma regularidade da sala de reanimação.

Os indicadores de processo são implementados pela equipa de enfermagem durante a prestação de cuidados, por exemplo a avaliação da Escala de Braden Q é realizada diariamente a todas as crianças a partir do momento que são internadas na UICD.

A taxa de satisfação dos doentes, enquanto um indicador de resultado, é avaliado através da aplicação de inquéritos hospitalares.

Perante esta análise reflexiva sobre a implementação das competências comuns do enfermeiro especialista na UP posso concluir que, recorrendo à observação participante dos

papéis desempenhados pela enfermeira responsável e pelos enfermeiros chefes de equipa, consegui articular o que está descrito na evidência científica com o que observei na prática clínica.

A realização desta reflexão sobre a observação participante da prática clínica de outros colegas possibilitou o desenvolvimento das áreas de competência que não tinha conseguido desenvolver ao longo deste percurso académico. A justificação da escolha desta atividade para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista é descrita na literatura por Benner, et al. (2009) quando refere que o discernimento clínico deve ser aprendido na prática, contudo acrescenta que quando não surge a oportunidade de vivenciar determinadas aprendizagens na prática clínica, estas podem ser trabalhadas em parceria com os colegas fazendo uso da sabedoria clínica obtida experiencialmente. Cumulativamente, Costa e Gaspar (2017) abordam um estudo de Drennan (2012) no qual se concluiu que os programas de Mestrado em Enfermagem contribuem positivamente para o desenvolvimento das capacidades de liderança e habilidades de gestão, podendo ser aplicadas pelo enfermeiro no seu local de trabalho.

## **Referências Bibliográficas**

Amestoy, S. C., Backes, V. M. S., Thofehn, M. B., Martini, J. G., Meirelles, B. H. S., & Trindade, L. de L. (2014). Conflict management: challenges experienced by nurse-leaders in the hospital environment. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 79–85. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.02.40155

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.

Benner, P.; Tanner, C.; Chesla, C. (2009) *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. 2ª ed. New York: Springer

Costa, A., & Gaspar, P. (2017). Perfil de competências do enfermeiro no serviço de urgência. In *Construindo conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica* (pp. 49–67). Unidade de Investigação em Saúde, Escola Superior de Saude de Leiria - Instituto Politécnico de Leiria.

Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Journal of Education Technologies and Health*, 30(9), 234–250.

Cunha, S. (2017). Percursos de Prática Perita de Enfermeiros a Trabalhar numa Unidade de Cuidados Intensivos. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal

Lima, L. N. de, França, E. G. de, Mola, R., Lacerda, L. C. A. de, Neto, L. B. de L., & Góis, A. R. da S. (2021). Conflitos na prática profissional em ambientes de urgência e emergência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(8). DOI: 10.25248/reas.e8273.2021

Lloyd, A.; Clegg, C. (2016). From leader to leadership in emergency care. *Nursing times*, 112(41),10-12.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.

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

Regulamento OE n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019 (2019)

Silva, D.S., Bernardes, A., Gabriel, C.S., Rocha, F.L.R., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1). DOI: 10.5216/ree.v16i1.19615

## Apêndice 14 – Instrução de Trabalho

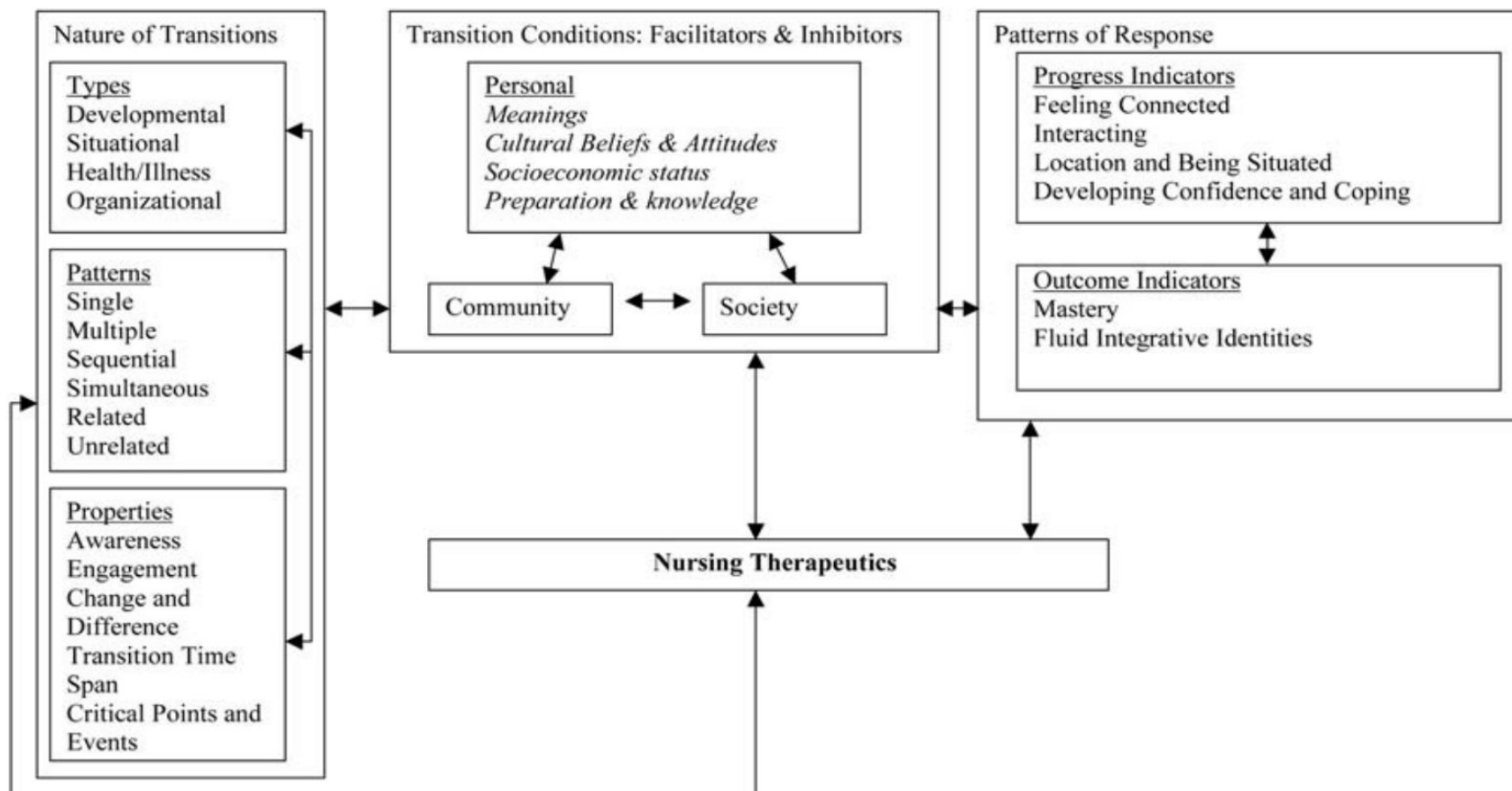


**Imagem 10** - Cabeçalho do documento correspondente à Instrução de Trabalho



## **ANEXOS**

## Anexo 1: Teoria das Transições de Afaf Meleis



**Imagem 11** - Esquema sumário da Teoria das Transições, de Afaf Meleis

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

## Anexo 2: Registo do protocolo da *Scoping Review*: A Esperança no Adolescente em Contexto dos Cuidados de Enfermagem - a *Scoping Review Protocol*

The screenshot displays the OSFHOME interface for a project titled "Adolescent hope in nursing care: scoping review protocol". The page includes a navigation bar with "OSFHOME", "Search", "Support", "Donate", "Sign Up", and "Sign In". A notice at the top indicates site maintenance on Feb 17, 2022. The project details show contributors: Ana Paramos, Claudia Ferreira, Telma Maravilha, Fernanda Manuela Loureiro, and Zaida Borges Charepe. The date created is 2021-11-12 11:06 AM and last updated is 2022-02-15 03:43 PM. The category is "Project".

**Files**

Name	Modified
Adolescent hope in nursing care: scoping review...	
OSF Storage (Germany - Frankfurt)	
Search Protocol.docx	2022-02-15 03:43 PM

**Citation**

**Recent Activity**

- Fernanda Manuela Loureiro added file Search Protocol.docx to OSF Storage in Adolescent hope in nursing care: scoping review protocol. 2022-02-15 03:43 PM
- Fernanda Manuela Loureiro reordered contributors for Adolescent hope in nursing care: scoping review protocol. 2021-11-26 10:46 AM
- Fernanda Manuela Loureiro added Telma Maravilha as contributor(s) to Adolescent hope in nursing care: scoping review protocol. 2021-11-26 10:45 AM
- Fernanda Manuela Loureiro registered Adolescent hope in nursing care: scoping review protocol. 2021-11-12 11:40 AM
- Fernanda Manuela Loureiro approved a registration of Adolescent hope in nursing care: scoping review protocol.

Imagem 12 - Registo do protocolo de pesquisa na *Open Science Framework* a 12 de novembro de 2021

## **A Esperança no Adolescente em Contexto dos Cuidados de Enfermagem - a *Scoping Review Protocol***

### **Autores:**

Ana Paramos<sup>1</sup>, Cláudia Ferreira<sup>2</sup>, Telma Maravilha<sup>3</sup>, Zaida Charepe<sup>4</sup>

1. Enfermeira e Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal
2. Enfermeira e Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal
3. Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal; Enfermeira no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca
4. Doutora em Enfermagem e Professora no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

### **Resumo**

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

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

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

**Metodologia:** Inicialmente, foi realizada uma pesquisa preliminar de revisões de âmbito existentes relacionados com a temática em causa, bem como possíveis revisões sistemáticas, através de uma pesquisa na *Prospero* e na *Open Science Framework*. O único resultado

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

**Palavras-Chave:** *adolescent; hope; nursing (MeSH)*

## **Introdução**

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

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

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

De acordo com Hinds & Gattuso (1991), a esperança não é um conceito neutro, sendo responsável pela criação de inúmeras emoções nos indivíduos. Bally (2012), refere que pode

ser uma mera resposta emocional a uma variedade de experiências humanas, mas, no entanto, também pode representar uma entidade de difícil compreensão, complexa e abstrata, que ancora a vida.

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

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

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

antecipação de um futuro pessoal, o adolescente já identifica, autonomamente e de um modo natural, a existência de possibilidades e perspectivas pessoais futuras (Hinds, 2004).

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

Associado ao conceito de esperança, temos dois possíveis diagnósticos de enfermagem que se encontram presentes na NANDA 2021-2023, desesperança e disposição para esperança aumentada.

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

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

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

**Questão de Revisão:** A presente *scoping review* tem como questão de revisão principal “Qual o conhecimento de enfermagem produzido acerca da esperança no adolescente em

*contexto dos cuidados de enfermagem?”*. Posteriormente, surgiram três questões de revisão secundárias: “*Quais as respostas humanas do adolescente relacionadas com a esperança em contexto de cuidados de enfermagem?”*, “*Quais as intervenções de enfermagem promotoras de esperança no adolescente?”* e “*Quais os resultados associados às intervenções de enfermagem promotoras de esperança no adolescente?”*”.

**Crítérios de Inclusão:** Esta revisão será elaborada de acordo com a metodologia proposta pelo JBI, tendo como critérios de inclusão para a população adolescentes (10-19 anos), para o conceito a esperança e para o contexto enfermagem. Incluirá estudos do tipo quantitativo, qualitativo ou misto, bem como revisões sistemáticas e artigos de opinião, publicados, em dois idiomas, português e inglês, sem qualquer friso temporal.

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

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

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

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

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

- **Estratégia de Pesquisa:**

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

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

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

### **Seleção de Artigos**

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

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

### **Extração/Análise dos Dados**

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

### **Apresentação e Discussão dos Resultados**

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

### **Conflitos de Interesse**

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

### **Referências Bibliográficas**

- Bally, J. M. G. (2012). Viewing the art and the science of pediatric nursing through the lens of paradigms: The impact on hope for the future. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17(3), 215–225. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2012.00333.x>
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S. & Lopes, C. T. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023*. (12th edition)
- Hinds, P. S. (1984). Inducing a definition of ‘hope’ through the use of grounded theory methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 9(4), 357–362. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1984.tb00384.x>

Hinds, P. S. (2004). The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 927–934.

<https://doi.org/10.1188/04.ONF.927-934>

Hinds, P. S., & Gattuso, J. S. (1991). Measuring Hopefulness in Adolescents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 8(2), 92–94.

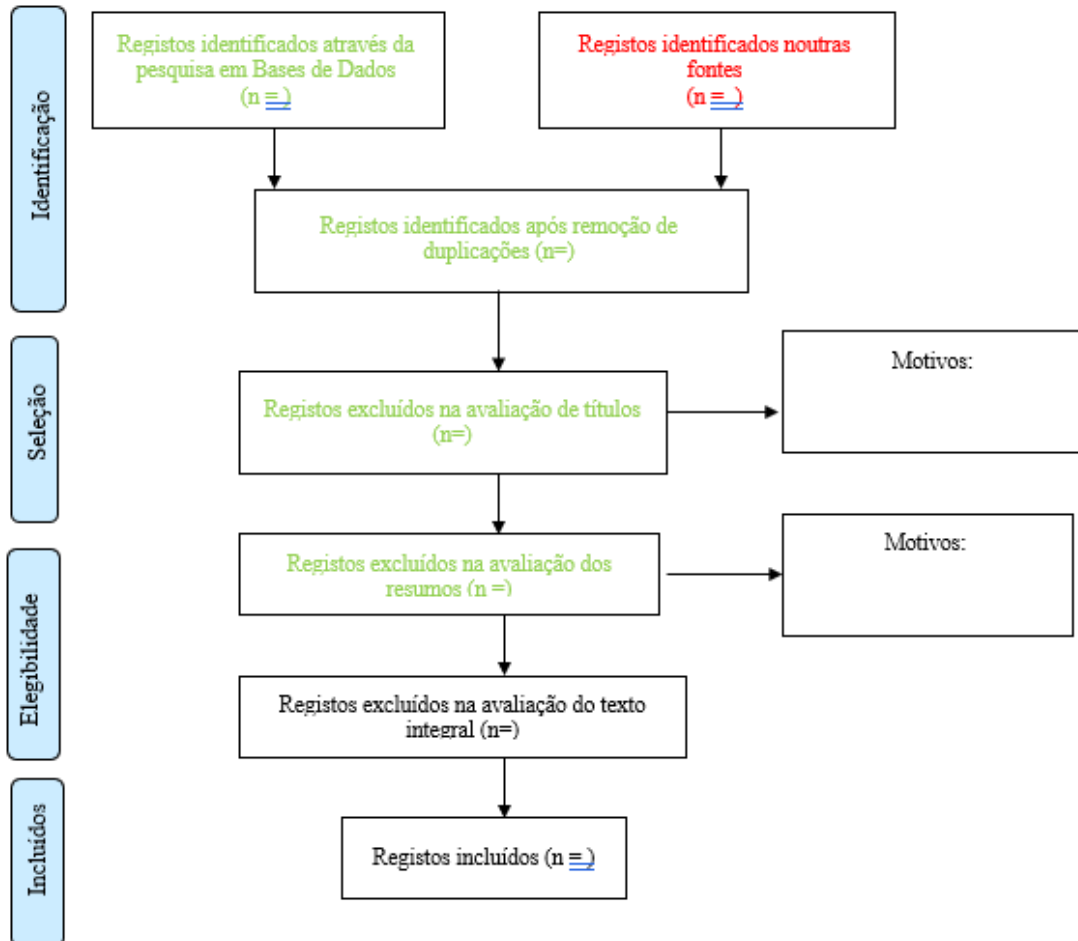
Hinds, P. S., Quargnenti, A., Fairclough, D., Bush, A. J., Betcher, D., Rissmiller, G., Pratt, Charles, B., & Gilchrist, G. S. (1999). Hopefulness and Its Characteristics in Adolescents With Cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 21(5), 600–620.

Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. [https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-](https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12)

12

# ANEXOS

## Anexo I



Processo de identificação e inclusão dos estudos - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow

## APÊNDICES

### Apêndice I: Estratégia de Pesquisa

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

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

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

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

## Apêndice II: Tabela de Inclusão de artigos

Autor e Ano de Publicação	Objetivo	Desenho do Estudo	População	Conceito	Contexto	Resultados

### **Anexo 3: História “Bem-vindo à Holanda”**

Ter um bebé é como planejar uma fabulosa viagem de férias - para a ITÁLIA! Você compra montes de guias e faz planos maravilhosos! O Coliseu. O David de Miguel Ângelo. As gôndolas em Veneza. Você pode até aprender algumas frases simples em italiano. É tudo muito excitante. Após meses de antecipação, finalmente chega o grande dia! Você arruma as suas malas e embarca. Algumas horas depois você aterriza. O comissário de bordo chega e diz:

- "BEM-VINDO À HOLANDA!"

- "Holanda!?!“ diz você.

“O que quer dizer com Holanda!?!? Eu escolhi Itália! Eu devia ter chegado a Itália. Toda minha vida sonhei em conhecer Itália.”

Mas houve uma mudança de plano de voo. Eles aterraram na Holanda e é lá que você deve ficar.

A coisa mais importante é que eles não te levaram a um lugar horrível, desagradável, cheio de pestilência, fome e doença.

É apenas um lugar diferente.

Logo, você deve sair e comprar novos guias. Deve aprender uma nova linguagem. E você irá encontrar todo um novo grupo de pessoas que nunca encontrou antes.

É apenas um lugar diferente. É mais baixo e menos ensolarado que a Itália. Mas, após alguns minutos, você pode respirar fundo e olhar ao redor... E começar a notar que a Holanda tem moinhos de vento, tulipas e até Rembrants e Van Goghs.

Mas, todos os que você conhece estão ocupados, indo e vindo da Itália... e estão sempre comentando o tempo maravilhoso em que passaram lá. E por toda a sua vida, você dirá: "Sim, era lá que eu deveria estar. Era tudo o que eu havia planeado."

E a dor que isso causa nunca, nunca irá embora... porque a perda desse sonho é uma perda extremamente significativa.

Porém... se você passar a sua vida toda remoendo o facto de não haver chegado a Itália, nunca estará livre para apreciar as coisas belas e muito especiais... sobre a Holanda.

Emily Perl Knisley

**Fonte:** Lima, S. (2016). *Maternidade e Saúde Mental - Cuidados de Enfermagem que Promovem a Interação Precoce numa Unidade de Neonatologia* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa

## Anexo 4: Diário de esperança “Os nossos dias na Neonatologia”

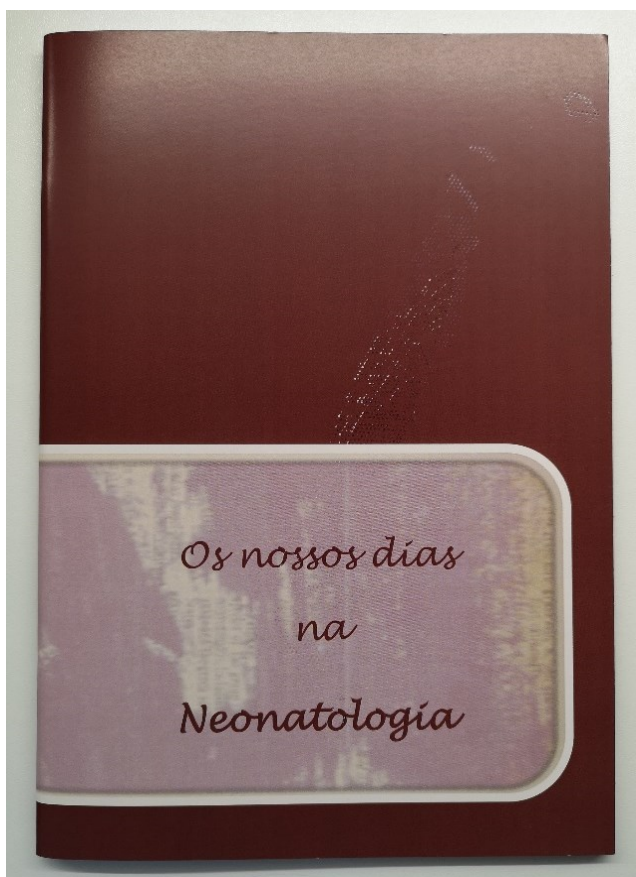


Imagem 13 - Frente do Diário “Os nossos dias na Neonatologia”

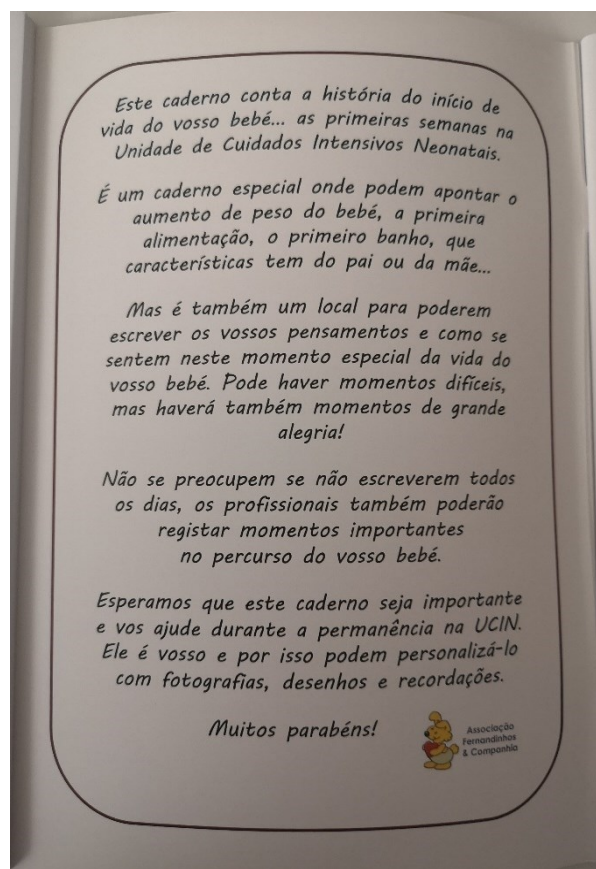


Imagem 14 - Mensagem da equipa da UCIEN aos pais de bebés internados

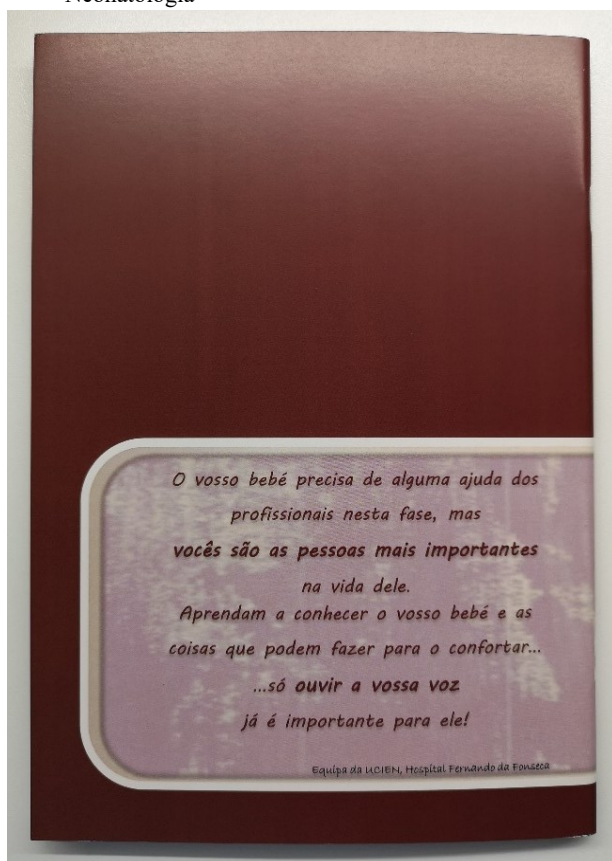


Imagem 15 - Verso do Diário “Os nossos dias na Neonatologia”