



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Ser adolescente hoje: intervenções de
enfermagem para capacitar
emocionalmente para a adoção de
comportamentos saudáveis**

Joana Luísa de Jesus Cardigos Coelho

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

**Ser adolescente hoje: intervenções de
enfermagem para capacitar
emocionalmente para a adoção de
comportamentos saudáveis**

Joana Luísa de Jesus Cardigos Coelho, nº 4912

Orientação – Profª Doutora Paula Diogo

2014



Pensamento

A verdadeira viagem do descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas sim em ter novos olhos.

Marcel Proust

Agradecimentos

À Professora Paula Diogo, pelo rigor, excelência, e partilha do saber na caminhada percorrida.

À minha Mãe e Pai, pelo carinho e força que me deram ao longo deste percurso.

Ao Tiago pela companhia e “apoio informático”.

Às colegas Enfermeiras da Unidade de Saúde Familiar do Parque, pelo apoio, compreensão e motivação.

Às Enfermeiras de referência, nos vários contextos de estágio, pela orientação.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste Relatório.

Lista de Siglas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IAC – Instituto de Apoio à Criança

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-nascido

WHO – World Health Organization

Resumo

O presente relatório tem como finalidade descrever e dar visibilidade às atividades realizadas em estágio, visando a aquisição de competências inerentes ao título de Enfermeira Especialista, e ao grau de Mestre, em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. A grande maioria dos problemas de saúde dos jovens da atualidade relaciona-se com seus comportamentos, implicados nos seus processos emocionais, pelo que a promoção de comportamentos saudáveis, através da capacitação emocional, é essencial para um desenvolvimento harmonioso. A metodologia utilizada no desenvolvimento desta problemática foi descritiva, reflexiva e analítica face às situações observadas e vivenciadas em estágio. É do escopo de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a promoção do crescimento e desenvolvimento do jovem. Com base nestes pressupostos o estágio decorreu, em diferentes contextos e tendo em conta a singularidade dos processos saúde-doença da criança e jovem e suas famílias. Na Unidade de Pediatria aprofundi conhecimentos sobre estratégias de comunicação, apropriadas à idade, e ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem, e culturalmente sensíveis. Na Unidade de Adolescentes, desenvolvi competências na promoção da autoestima no adolescente, e sua autodeterminação nas escolhas de saúde. Na Urgência Pediátrica treinei habilidades ao nível da triagem, e na prestação de cuidados à criança/jovem e família, em situação urgente. Na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, desenvolvi competências na gestão da dor e bem-estar na criança/jovem e família, em situação crítica. Na Neonatologia, adquiri competências de prestação de cuidados ao recém-nascido doente, e família. Na Unidade de Saúde Familiar adquiri competências na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança/jovem e família. Enquanto projeto futuro pretendo iniciar uma consulta de atendimento ao adolescente e família, no meu local de trabalho, que me permita facilitar o acompanhamento e proximidade ao cliente e a adoção de comportamentos saudáveis.

Palavras- Chave: Adolescente, Emoções, Comportamentos de Saúde, Intervenções de Enfermagem, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Abstract

The current report aims to present and describe the activities performed in traineeship, in order to achieve competences inherent in degree of Specialist Nurse, and Master, in Pediatrics and Child Health Nursing. The present day, the adolescent's health problems are related with their behaviors, which are implied in their emotional processes, and therefore promoting healthy behaviors, thru emotional learning, is essential for a healthy growth. The methodology used on the development of this proposition was descriptive, reflective and analytical, before the situations observed and practiced in traineeship. It's in the scope of a specialist nurse in Pediatrics and Child Health Nursing, to promote adolescent's development and growth. According with this proposition, the traineeship occurred in different contexts, considering the singularity of the child/young and families' health-disease process. At the Pediatric Service I was able to extend my knowledge's about communication strategies used, in accordance with the age, the development stage, and cultural status of the child/young. At the Adolescent Unit, I was able to acquire competencies in the promotion of adolescent self-esteem, and their self-determination in healthy choices. At the Pediatric Emergency Service, I was able to accomplish screening competences, and abilities to take care of children and family in an urgent situation. At the Pediatric Intensive Care Unit, I was able to develop competences in the child's pain and well-being management, fomenting the well-being of the child/young and family, in a critical condition. The Neonatology was traineeship contexts were I gained abilities to take care of the sick newborn and family. At the Family Health Center I was able to get competences in the promotion of child/young and family healthy development and growth. As a future project I expect to start an adolescent's appointment at my workplace, where I can promote the accompaniment and the proximity of the patient, and foment healthy behaviors.

Keywords: Adolescent, Emotions, Healthy Behaviors, Nursing Interventions, Pediatrics and Child Health Nursing

Índice

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 13 |
| 1.1 – A Enfermagem e a etapa de vida adolescência | 13 |
| 1.2 – Ser adolescente hoje: O jovem, as emoções e a adoção de comportamentos saudáveis | 16 |
| 2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO | 19 |
| 3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS | 24 |
| 3.1 – Experiência em Pediatria | 27 |
| 3.2 – Experiência na Unidade de Adolescentes | 32 |
| 3.3 – Experiência em Urgência Pediátrica | 36 |
| 3.4 – Experiência em Cuidados Intensivos de Pediatria | 41 |
| 3.5 – Experiência em Neonatologia | 44 |
| 3.6 - Experiência em Unidade de Saúde Familiar | 47 |
| 4 – PROJETOS FUTUROS | 55 |
| 5 – CONCLUSÃO | 57 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 60 |
| Apêndice I – Guia Orientador das Atividades de Estágio | |
| Apêndice II – Dossier Temático – O adolescente hospitalizado | |
| Apêndice III – Diários Emocionais do adolescente hospitalizado | |
| Apêndice IV – Entrevista à Enfermeira de Referência | |
| Apêndice V – Entrevista ao Adolescente hospitalizado, segundo acrónimo de HEADDDS | |
| Apêndice VI – Poster dos Recursos de Atendimento ao Adolescente, na comunidade | |

Apêndice VII – Sessão de Educação para a Saúde - “Conversando sobre as emoções”

Apêndice VIII – 1º Encontro de Boas práticas, em Prevenção e Controlo de Tabagismo

Apêndice IX – Ação de formação – Intervenções de Enfermagem para capacitar emocionalmente o jovem, na adoção de comportamentos saudáveis

Apêndice X – Sessão de Teatro-Debate na Escola

Apêndice XI – Folheto Diversificação Alimentar dos 0 aos 12 meses

Apêndice XII – Visita ao APARECE Espaço Jovem

Apêndice XIII – Diários de Aprendizagem

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito 4º Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Unidade Curricular de Estágio com Relatório, e representa o Relatório do período de estágio, desenvolvido nos vários contextos de saúde, da Criança e do Jovem – Neonatologia, Internamento de Pediatria e de Adolescentes, Urgência de Pediatria, Cuidados Intensivos Pediatria e uma Unidade de Saúde Familiar. Ao longo das 18 semanas de estágio, sustentadas no projeto de estágio, procurei desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), para poder prestar cuidados especializados nas diferentes dimensões do exercício profissional de Enfermagem.

A Ciência de Enfermagem incorpora atualmente um conjunto de conhecimentos, conceitos e teorias que orientam e fundamentam a sua prática, e que evoluíram através de escolas de pensamento e paradigmas. Os conceitos mais significativos estão presentes no denominado meta paradigma de Enfermagem, sendo eles: o ambiente, a pessoa, a saúde, e as intervenções de enfermagem. Este último conceito tem vindo a obter consenso no meio científico no sentido da sua assunção enquanto, Cuidar. Jean Watson, teórica de Enfermagem cujo pensamento se insere no atual paradigma unitário-transformativo, considera o *cuidar* como aquele que promove a saúde e o crescimento individual, a *pessoa* como um ser no “Mundo” em constante crescimento, a *saúde* como a harmonia entre mente, corpo e espírito, e o *ambiente* do cuidar como aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si (Watson, 2002). A mesma autora reconhece ainda o cuidar como a essência, o núcleo da Enfermagem, centrando-se o mesmo numa relação interpessoal entre uma enfermeira e uma pessoa/família/comunidade (Watson, 2002).

Numa relação caracterizada pela abertura, proximidade e ajuda, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (hospital, comunidade, cuidados de saúde primários, escola, casa) no sentido de promover o mais elevado estado de

saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). O seu espaço de intervenção compreende o período que medeia do nascimento aos 18 anos de idade, sendo que se tomarmos por foco a última fase deste período, encontramos a etapa de vida da adolescência.

A adolescência é uma etapa do ciclo de vida marcada por grandes mudanças ao nível físico, psico-sociocultural e cognitivo, plena de vivências emocionais, muitas vezes geradoras de instabilidade e vulnerabilidade, no jovem (Direção Geral de Saúde, 2013). Os comportamentos de risco característicos da adolescência advêm da conduta exploratória assumida pelos jovens, como forma de conquistar autonomia, responsabilidade e criar uma identidade própria. (OE, 2010b). É ao testar, experimentar e ensaiar condutas e comportamentos que o adolescente reforça a sua autoconfiança, e adquire competências para lidar com os confrontos e desafios do mundo. A adolescência torna-se assim numa fase crucial no desenvolvimento de comportamentos, capazes de influenciar a sua saúde. São precisamente estes comportamentos assumidos pelos jovens que conduzem a muitos dos seus problemas de saúde, que englobam o consumo de substâncias nocivas (álcool, tabaco, drogas), os desequilíbrios alimentares (consumo alimentar/sedentarismo), as infeções por doenças sexualmente transmissíveis (VIH/Sida) e a parentalidade precoce (Matos 2012, Relatório do Estudo HBSC - Health Behaviour School Children; DGS, 2013).

O atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) reconhece assim a importância de estimular a opção por comportamentos saudáveis, como forma de promover o desenvolvimento pessoal e social, e a autodeterminação nas crianças e jovens (DGS, 2013). Uma das áreas de particular interesse para o EEESCJ é precisamente a promoção da autoestima do adolescente, e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde (OE, 2010a).

A promoção de comportamentos saudáveis no adolescente encontra-se intimamente relacionada com os seus processos emocionais, pois o adolescente comporta-se de acordo com aquilo que sente – emoções e sentimentos. A emoção, que está na base do pensamento humano, funciona como o motor para a ação, com um papel fundamental na validação dos

processos de tomada de decisão, e conseqüentemente na adoção de comportamentos (Damásio, 1994; Diogo, 2012).

Considerando a importância da temática da adoção de comportamentos saudáveis no adolescente, e reconhecendo a relação direta com os seus processos emocionais, delimito a problemática do meu projeto de estágio - Intervenções de enfermagem, na capacitação emocional do jovem, que visam a adoção de comportamentos saudáveis.

O presente relatório tem assim como finalidade: descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio, para a aquisição de competências de EEESCJ. Pretende-se ainda analisar de forma crítica, os objetivos propostos e respectivas atividades de estágio, e demonstrar o seu contributo, no desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, de Enfermeiro Especialista, e de EEESCJ. Em particular, e considerando o foco de atenção dado à temática da promoção da saúde no adolescente, é também objetivo específico deste relatório reconhecer a importância da capacitação emocional do jovem, enquanto intervenção de enfermagem, na adoção de comportamentos saudáveis.

A estrutura deste relatório encontra-se organizada em capítulos e subcapítulos. No primeiro capítulo, denominado de desenvolvimento, encontra-se o subcapítulo enquadramento teórico onde é apresentada a temática, e justificada a pertinência do seu estudo, na prática de Enfermagem. No segundo subcapítulo refiro-me à especificidade do problema e objeto de estudo identificados, para o meu projeto de estágio. É neste primeiro capítulo que são clarificados conceitos, e desenvolvida a abordagem teórica, que serviu de base para a estruturação do meu estágio. O segundo capítulo corresponde à descrição e análise dos objetivos, atividades e competências desenvolvidas ao longo do período de estágio, organizadas por cada contexto. O terceiro capítulo refere-se aos projetos futuros, com referência aos contributos que o percurso da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria me trouxe, para continuar a desenvolver as minhas funções, em cuidados de saúde primários, agora enquanto enfermeira especialista. Termina com a conclusão, e as referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste primeiro capítulo, que corresponde ao enquadramento teórico, pretende-se espelhar a temática e a respetiva pesquisa, baseada em conceções teóricas e evidência científica que a sustentam. Nestas incluem-se a filosofia de enfermagem pediátrica, os referenciais de pediatria, e os modelos de cuidados. Pretende-se justificar a pertinência da temática, para a prática de Enfermagem, através da clarificação e articulação de conceitos, e aprofundamento de conhecimentos.

1.1 – A Enfermagem e a etapa de vida adolescência

A Enfermagem evoluiu ao longo dos tempos, a par das várias mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas. Florence Nightingale, nos finais do século XIX, determina o rumo da Enfermagem com a profissionalização da mesma, onde o “Cuidar” passa a ser reconhecido como a sua essência, sendo caracterizado como um verdadeiro encontro com o outro, um estar disponível para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, que se evidencia por abertura, compreensão e confiança (Moniz, 2003).

A Ciência de Enfermagem detém atualmente um corpo de conhecimentos, conceitos e teorias que se desenvolveram através de escolas de pensamento, e segundo três paradigmas. O último paradigma, denominado de unitário-transformista, encara o cuidar como um processo de transformação, tanto para a pessoa, como para o enfermeiro, e considera relevante a compreensão da experiência humana da saúde, como forma de conhecer os padrões de resposta humana, que permitem conhecer a totalidade do ser humano (Diogo, 2012). Os conceitos mais significativos da Ciência de Enfermagem estão contemplados no seu metaparadigma, sendo eles: a *pessoa*, o *ambiente*, o *cuidar*, e a *saúde*.

Jean Watson (2002), teórica de Enfermagem, cujo pensamento se insere no atual paradigma, refere-se ao *cuidar* como aquele que promove a saúde e o crescimento individual, à *pessoa* como um ser no “Mundo” em constante crescimento, à *saúde* como a harmonia entre mente, corpo e espírito, e ao *ambiente* do cuidar como aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si. Na

sua teoria de Enfermagem - “Arte do Cuidar Transpessoal”, Watson defende o “cuidar” como o ideal moral da Enfermagem, e um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, utilizando o termo “cuidar transpessoal”, para denominar o momento em que existe um verdadeiro relacionamento entre enfermeiro e doente, e o cuidar é real (Tomey & Alligood, 2002). Watson reconhece o cuidar como a essência da Enfermagem, centrando-se o mesmo numa relação interpessoal entre uma enfermeira e uma pessoa/família/comunidade (Watson, 2002).

Numa relação caracterizada pela abertura, proximidade e ajuda, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), presta cuidados de nível avançado, com segurança e competência, à criança/jovem e família, saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. O seu espaço de intervenção detém-se assim numa fase crucial do ciclo vital, que vai desde o nascimento até aos 18 anos (OE, 2010a), encarando o binómio criança-família como beneficiário dos seus cuidados, assumindo a filosofia dos cuidados centrados na família, onde se reconhece a família como constante na vida da criança. De acordo com esta filosofia, os enfermeiros apoiam as famílias nos seus papéis de prestação natural de cuidados e de tomada de decisão, com base nos seus pontos fortes, e reconhecendo a sua experiência em cuidar dos filhos. Assim, cabe aos profissionais de enfermagem pediátrica apoiar, respeitar, encorajar e enfatizar potencialidades e competências da família, desenvolvendo uma parceria com os pais (Hockenberry e Wilson, 2014). O seu desígnio é assim, trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (hospital, comunidade, centro de saúde, escola, casa) no sentido de promover o mais elevado estado de saúde (OE, 2010a, 2011).

A etapa de vida adolescência, encontra-se na fase final desta etapa do ciclo de vida, mas por ter características próprias, é merecedora de destaque. Situada entre a infância e a adultícia, a adolescência não deve ser encarada como um simples momento de passagem, mas antes como um complexo processo de transição.

A palavra “adolescência” toma a sua origem no latim *adolescere*, que significa “crescer dentro da maturidade”, ou seja, tornar-se “homem” ou “mulher”,

através de um processo com mudanças pessoais intensas (Ferreira & Nelas, 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é uma etapa do ciclo vital, plena de vivências emocionais, marcada por mudanças físicas, psicossociais e cognitivas, onde se incluem indivíduos jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos (DGS, 2013). Os seus limites exatos são difíceis de delinear, com início biológico, num fenómeno denominado de puberdade, e término definido pela sociedade, na realização social de um adulto independente (Hockenberry e Wilson, 2014).

As teorias de desenvolvimento de Freud, Eriksson, e Piaget ajudam a compreender melhor as mudanças da adolescência. A nível físico, as grandes alterações corporais são o aparecimento de caracteres sexuais primários e secundários, maturação de órgãos, e um crescimento estatural pronunciado. Perante o aumento da capacidade física, inicia-se a sexualidade, a intimidade, ou seja, a maturidade sexual. Segundo Freud, o adolescente encontra-se na fase genital, onde os impulsos sexuais emergem através de relações fora da família de origem – pares (Papália, 2001). De fato, do ponto de vista social e afetivo, as relações mais significativas do jovem, passam da família para os pares, na procura da satisfação de necessidades como valorização, estima e protagonismo social (OE, 2010b). Para Eriksson, numa instabilidade física e emocional, causada pela alteração da imagem corporal, e pela multiplicidade de papéis (filho, aluno e amigo), o adolescente procura reforçar a sua autoconfiança, e autoestima, fora do contexto familiar. É essencial ao adolescente sentir-se integrado num grupo, pois só assim conseguirá assimilar a nova representação de si mesmo, o que contribui para a conquista de autonomia, construção de uma identidade própria, e adaptação às regras e conceitos da sociedade (Hockenberry e Wilson, 2014). Piaget, na sua teoria do desenvolvimento cognitivo, situa o adolescente, no estágio das operações formais. Ao nível do cérebro, dá-se o desenvolvimento das áreas responsáveis pela linguagem, pelo planeamento a longo prazo, pelo controlo das emoções, e pelo sentido de responsabilidade. O pensamento é abstrato, para lá do presente, sendo o adolescente capaz de lidar com situações hipotéticas e pensar sobre possibilidades, nomeadamente acerca das consequências das suas ações. Consegue assim, imaginar-se e projetar-se no futuro (Hockenberry e Wilson, 2014).

1.2 – Ser adolescente hoje: O jovem, as emoções e a adoção de comportamentos saudáveis

Como resultado da panóplia de mudanças - alteração da autoimagem, instabilidade nas relações com a família, novas relações afetivas com os pares, descoberta da sexualidade, interiorização de valores e conceitos da sociedade, e definição de um projeto no futuro - o jovem encontra-se emocionalmente fragilizado, acabando os seus comportamentos por revelar: insegurança, tensão e indecisão (Hockenberry e Wilson, 2014). Nesta fase de transição para a vida adulta o tempo é de conquista de autonomia, identidade, e liberdade, conseguida através de uma conduta exploratória que pode ser geradora de prejuízo, com repercussões negativas para a saúde, ou de vantagem, enquanto oportunidade de enriquecimento de potencialidades, para o adolescente (OE, 2010b). O prejuízo acontece quando o jovem, ao experimentar, testar e ensaiar (conduta exploratória), assume comportamentos de risco, quer pela necessidade de se afirmar, quer pela sua fragilidade emocional. A vantagem ou oportunidade surge quando o adolescente, ao mesmo tempo que experimenta e testa comportamentos, adquire uma identidade, um estilo de vida, tornando-se a adolescência num período crucial para desenvolvimento e integração de condutas, capazes de influenciar positivamente, o crescimento e desenvolvimento saudável (OE, 2010b).

Os problemas de saúde do jovem de hoje resultam precisamente, não de patologias, mas sim, dos seus comportamentos (de risco), estando descritos como: o consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas), os desequilíbrios alimentares (consumo alimentar/sedentarismo), as infeções por doenças sexualmente transmissíveis (VIH/Sida) e a parentalidade precoce (Matos 2012, Relatório do Estudo HBSC - Health Behaviour School Children; DGS, 2013).

Se os problemas de saúde dos adolescentes da atualidade resultam das suas condutas, então a modificação desses comportamentos (de risco) e/ou promoção de comportamentos saudáveis, é essencial, ao seu crescimento, e desenvolvimento pessoal e social. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil reconhece justamente, a importância de estimular a opção por comportamentos saudáveis, como forma de promover o desenvolvimento pessoal e social, e autodeterminação nas crianças e jovens (DGS, 2013). No

âmbito do atendimento ao jovem, assume-se como intervenção de Enfermagem a promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para prevenir a doença, assume lugar de destaque (OE, 2010a). Entenda-se por processo de promoção de comportamentos saudáveis, aquele que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlar a sua saúde, no sentido de a melhorar, e comporta temas como: a nutrição, a prática regular de exercício, a prevenção de consumos nocivos, a gestão de stress, e a adoção de medidas de segurança (OE, 2010b; DGS, 2013).

Com o avanço das novas tecnologias de informação na sociedade atual, informar, não é suficiente para provocar uma mudança, ou estimular para a adoção de um determinado comportamento. O desejo de mudança, ou motivação, para mudar ou adotar determinado comportamento de saúde, relaciona-se com o desenvolvimento saudável da autonomia, da responsabilidade, da autoconfiança, e da autoestima (OE, 2010b). Se entendermos os comportamentos de risco do adolescente como expectáveis, sendo a sua forma de ensaiar, experimentar e testar, então é imperativo capacitar o jovem, de modo a que adquira competências para enfrentar esses mesmos riscos, e transformá-los em oportunidades de crescimento e desenvolvimento. São as aquisições desenvolvimentais, o reforço da autoestima e autoconfiança, que irão permitir ao adolescente adaptar-se à nova realidade do mundo adulto, e escolher de modo responsável, incluindo adotar comportamentos saudáveis. É do escopo de ação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e da Família, a promoção da autoestima do adolescente, e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde (OE, 2010a).

Todos os comportamentos humanos, incluindo os comportamentos saudáveis, têm por base um processo de tomada de decisão, que no jovem vai ganhando consistência à medida que se torna mais autónomo e responsável, com o desenvolvimento da autoestima e da autoconfiança, que estimula uma conduta responsável em saúde. Este processo de tomada de decisão é sustentado por uma reflexão, um pensamento, sendo que para Diogo (2012) o pensamento humano está impregnado de emoções, refletindo-se tal, em cada ação/comportamento. Damásio (2001) refere que as emoções têm uma função

biológica de produzir uma reação específica (comportamento), para determinada situação, atuando como motor para ação. Segundo o mesmo autor, sem emoção não há razão, sendo as próprias emoções que validam das estratégias de tomada de decisão (Damásio, 1994). Assim, são as experiências emocionais do adolescente que determinam os seus comportamentos, e influenciam conseqüentemente a sua crescente aquisição de autonomia e confiança. Importa assim esclarecer um pouco mais o conceito de emoção.

A palavra “emoção” toma a sua origem no latim “emovere”, que significa “mover para”, “deslocar-se”, “movimentar-se” (Online Etymology Dictionary, 2013). Tal como a sua etimologia sugere são as emoções que nos mobilizam para qualquer tipo de ação, estando assim implicadas em todos os comportamentos. As emoções são para Goleman (2006) impulsos para agir, planos instintivos para lidar com a vida. Phaneuf (2005) refere-se às emoções como o motor das ações humanas, exercendo um grande papel na motivação. Também Vaz Serra (1999) se refere às emoções enquanto agentes de especial relevo na motivação humana, podendo influenciar aspetos como a personalidade, as relações sociais, o desempenho profissional, e a própria maneira de viver.

Fica assim demonstrado que as emoções encontram-se na base do pensamento, em relação direta com a tomada de decisão, e conseqüente com o comportamento do adolescente. Pode-se portanto afirmar que aquilo que o jovem sente, emoções e sentimentos, determina as suas escolhas, a sua maneira de viver, incluindo a adoção de comportamentos de saúde.

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

O problema e objeto de estudo que emergiram da exposição da temática foram a base para delinear objetivos, e projetar atividades, que permitissem a aquisição e treino de competências de EEESCJ, ao longo do período de estágio.

A temática da adoção de comportamentos saudáveis no adolescente implica inevitavelmente ter em conta os seus processos emocionais, pois as emoções estão na base da ação e da tomada de decisão, direcionando comportamentos e condutas. Assim o problema em estudo compreende a relação entre a fragilidade emocional, característica da adolescência, e a adoção de comportamentos saudáveis.

Ao longo do seu processo de maturação, na busca de identidade e autonomia, passando por desafios e confrontos constantes, muitas são as emoções vivenciadas pelo adolescente. A crescente perda de dependência dos pais, as alterações de imagem – a perda de um corpo infantil e a aceitação de um corpo adulto - a nova definição de si próprio, a renegociação da relação com a família e amigos (pares), o encontrar de um projeto de vida, são acontecimentos que acarretam mudanças, sobretudo a nível emocional e afetivo para o adolescente (Matos, 2008). A panóplia de emoções que vivencia, resultante das muitas mudanças, faz com que o adolescente se sinta emocionalmente fragilizado, e vulnerável, com maior propensão a ter comportamentos de risco. Tal fragilidade conduz o jovem a sentimentos de insegurança, confusão e baixa autoestima, com resultados expectáveis ao nível dos seus comportamentos. Deste modo, atenta-se que para promover comportamentos de saúde no jovem é necessário inevitavelmente considerar os seus processos emocionais, ou seja, as suas emoções.

O trabalho com as emoções na Enfermagem ganha sentido na conceção do cuidar humano de Watson, onde se refere ao “cuidar”, como a essência da prática de Enfermagem, e a experiência humana como aquela que diz respeito às emoções e sentimentos das pessoas, no processo de saúde e doença (Watson, 2002). São essas mesmas emoções e sentimentos do adolescente, que se encontram implicadas na adoção de um determinado comportamento, e que por isso são alvo do processo de cuidar. Ainda para a mesma autora, a

conceção do cuidar, refere-se à capacidade que os enfermeiros têm de detetar essas emoções, ou seja, de compreender a forma do outro “estar no Mundo”. Compreender a totalidade do jovem, é reconhecer as suas experiências emocionais, e tudo aquilo que determina o seu comportamento, ou seja o seu modo de estar no Mundo.

Demonstrada a sua relevância para o problema em estudo, irei agora referir-me à teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson, abordando os 4 conceitos do metaparadigma de Enfermagem – saúde, pessoa, ambiente e Enfermagem. Para Watson (2002), a *saúde* é um conceito de natureza subjetiva, mais do que a ausência de doença refere-se à unidade e harmonia entre mente, corpo e espírito. As grandes alterações a nível físico, cognitivo, e social, decorrentes da adolescência, fazem com que o jovem se sinta emocionalmente instável e inseguro, com uma maior ameaça ao seu bem-estar (físico, psíquico e emocional), através dos seus comportamentos (de risco). Se a emoção é o impulso para a ação, então os seus comportamentos, as suas escolhas de saúde, vão ser o espelho da capacidade de gerir tantas emoções, e de se adaptar a uma nova realidade. Segundo Watson (2002) a *pessoa* é um ser no Mundo, em crescimento, possuindo 3 esferas do ser – mente, corpo e alma. A pessoa é um ser espiritual, com um mundo interior (alma) que só ela viveu e experienciou. Assim, a pessoa só poder ser entendida, se for olhada e tratada como um todo, nunca separada de si própria (eu interior), e da sua relação com o outro, com a natureza e com o universo (Watson, 2002). O adolescente é um ser único, indivisível, envolvido num processo de conquista de autonomia, e identidade, destinado a autodeterminar-se, ou seja, a encontrar um sentido para a vida. Os seus comportamentos são intencionais, como modo de testar, experimentar, desenvolver competências, expressar potencialidades, e satisfazer necessidades (de afeto, protagonismo, segurança, e aceitação). As emoções, associadas ao seu “eu interior”, são o motor para enfrentar a vida, aquilo que o leva a ter esses mesmos comportamentos de risco ou oportunidade, e a tomar determinadas decisões. De acordo com Watson (2002), o *ambiente* da pessoa é vasto, com a existência de um ambiente interno, que inclui bem-estar mental e espiritual, e as crenças socioculturais da pessoa, e um ambiente externo, onde se encontram as variáveis do conforto, privacidade e segurança (Watson, 2002). O ambiente do adolescente é o

Mundo, a sociedade em geral. No entanto, a família/pessoa significativa, os professores e os pares, merecem destaque por serem aqueles com os quais o adolescente passa mais tempo, e estabelece relacionamentos determinantes para o seu desenvolvimento. Relativamente aos profissionais de saúde, onde se incluem os Enfermeiros, o seu contato com o adolescente acontece sobretudo numa situação de doença, pois por ser dos grupos etários mais saudáveis, a sua ida aos centros de saúde, acontece com menor frequência.

Por fim, os *cuidados de Enfermagem* são vistos por Watson (2002) como um processo que responde ao mundo interior da pessoa, de tal forma que o enfermeiro ajuda a pessoa a encontrar significado na sua existência, promovendo o autocontrolo, a escolha, e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença. Para a mesma autora, o grande objetivo da enfermagem é o de ajudar as pessoas a ganharem um grau elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma, o que vai gerar processos de autoconhecimento, autorrespeito, e autocuidado, que permite o crescimento na diversidade (Watson, 2002). O adolescente é um ser humano, que pela etapa de desenvolvimento em que se encontra, procura incessantemente, encontrar-se, afirmar-se, criar uma identidade própria, e determinar o seu papel no mundo. Para tal, testa e experimenta comportamentos, que o levem a definir-se, que lhe permitam conquistar autonomia, liberdade, e conseqüentemente responsabilidade.

A fragilidade emocional do jovem, associada aos seus expectáveis comportamentos exploratórios, resulta numa situação de risco para a saúde do adolescente. Assim, é imperativo capacitar o jovem, de modo a que adquira competências e capacidades, para enfrentar esses mesmos riscos, desafios e confrontos, por forma a transformá-los em oportunidades de crescimento e desenvolvimento (OE, 2010b). Capacitar é muito mais do que ter informação. É estar habilitado a usá-la e sentir-se competente para tomar decisões (Loureiro & Miranda, 2010). Será através das aquisições desenvolvimentais, como a autonomia, a responsabilidade, a autoconfiança e a autoestima, que o adolescente irá conseguir adaptar-se à nova realidade do mundo adulto, e escolher de modo responsável, incluindo adotar comportamentos saudáveis (OE, 2010b). A tomada de decisão responsável implica o desenvolvimento de competências para avaliar realisticamente as conseqüências de diversas ações

de acordo com os padrões éticos, a segurança, as normas sociais e o bem-estar pessoal e dos outros (DGS, 2014).

A Enfermagem, enquanto profissão no âmbito da saúde, que centra o seu exercício profissional numa relação interpessoal entre enfermeiro e pessoa/família/comunidade, numa relação terapêutica cujo objetivo é ajudar o outro a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde, tem um papel na capacitação do adolescente. Fica assim identificado o objeto de estudo, sendo a capacitação emocional do adolescente, para a adoção de comportamentos saudáveis. O termo “capacitação emocional” do adolescente apresenta-se como sinónimo de uma intervenção capaz de promover o crescimento e desenvolvimento do jovem, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada. Trata-se de estimular o “empowerment” do jovem, como forma de influenciar a sua tomada de decisão, e consequentemente a sua adoção por comportamentos saudáveis.

Capacitar emocionalmente o adolescente significa conhecer as suas experiências emocionais, respeitar a sua individualidade, reconhecer as suas capacidades, opiniões, sentimentos, competências, e crescente conquista de autonomia, tornando-o no protagonista da solução para os seus problemas, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde (OE, 2010b; Phaneuf, 2005). Phaneuf (2005) afirma que conhecer as emoções do outro, é ajudá-lo a tomar consciência das mesmas, e a partir desse conhecimento fazer emergir uma nova realidade, em que a pessoa se apercebe da sua maneira de ser, do seu sentir, e dos seus comportamentos/reações. A tomada de consciência das suas emoções e sentimentos conduz à autorrealização, através da autoaceitação. É no reconhecimento da sua essência (sentimentos e emoções), que o adolescente reforça a sua autoconfiança e autoestima, que o conduz à autonomia e à afirmação do seu ser (Watson, 2002). Phaneuf (2005) acrescenta que o desenvolvimento da autoestima acontece na base da aceitação e do respeito por nós próprios, através da introspeção para se conhecer a si próprio. Ajudar o jovem no seu processo de autoconhecimento, significa ajudá-lo a desenvolver competências para identificar emoções vividas, forças e limitações, e também a sua influência no comportamento (DGS, 2014). Numa relação de natureza aberta e colaborativa, o enfermeiro permite ao jovem revelar sentimentos, crenças, problemas e perspetivas, desejos, e

significados de experiências, fazendo com que reconheça, assimile e reflita acerca da sua situação. Esta relação deve ser cuidadosamente construída, num investimento não padronizado, conforme a singularidade de cada situação, e a individualidade de cada adolescente, respeitando os princípios éticos, do direito à privacidade, e à confidencialidade dos dados. Tal é fundamental para facilitar o diálogo e a confiança mútua, entre enfermeiro e adolescente (OE, 2010b).

A entrevista ao adolescente, com a utilização do acrónimo de HEADDSS - Home, Education, Activities, Drugs, Sexual Activity/Identify, Suicide/Depression, Security - pode ser um dos veículos a utilizar pelo enfermeiro, permitindo o conhecimento dos sistemas biopsicossociais do adolescente, contribuindo para o conhecimento e identificação precoce de situações de saúde/doença, e seus significados/impacto na vida (OE, 2010b). Durante toda a entrevista devem ser trabalhadas a motivação, os espaços e posturas favoráveis à expressão de valores e conhecimentos, e aos momentos de reflexão, elementos que favoreçam o controlo da própria vida, e a responsabilização e participação amplas nas decisões que lhe dizem respeito.

Em suma, nas intervenções de atendimento ao jovem cabe ao enfermeiro estimular a reflexão do adolescente acerca do seu “problema/situação/necessidade”, apoiando-o e motivando-o para fazer as suas próprias escolhas, em saúde, e mudanças de atitude (OE, 2010b). Um adolescente capaz de fazer um exercício de introspeção, e reconhecer as suas emoções e sentimentos, é um adolescente que se conhece, que conquista autonomia e responsabilidade, e que desenvolve a capacidade de afirmação do seu Ser. Este será certamente um jovem adulto capaz de tomar decisões mais adequadas e favoráveis sobre os seus comportamentos em saúde, e optar por um estilo de vida saudável. A Enfermagem detém um papel fulcral de apoio e motivação do jovem e família ao longo do seu processo de autoconhecimento, assegurando as condições que permitam às criança e adolescentes, a aquisição de competências e *empowerment*, no sentido do bem-estar, facilitando um desenvolvimento harmonioso e saudável.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Este capítulo faz referência ao percurso vivenciado em estágio, que decorreu ao longo de 18 semanas, em diferentes contextos da prática, desde o internamento hospitalar até aos cuidados de saúde primários. Longe da realidade hospitalar, por estar a exercer funções em cuidados de saúde primários, desde há 8 anos, o período de estágio em contexto hospitalar, apresentou-se-me como um desafio necessário, para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Esta experiência formativa foi sustentada por um projeto de estágio elaborado anteriormente, e prosseguiu com os seguintes objetivos gerais: 1) Desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e família/pessoa significativa; 2) Aquisição de conhecimentos e habilidades na resposta às necessidades do adolescente e família, nomeadamente no âmbito da capacitação emocional, para a adoção de comportamentos saudáveis. Como forma de organizar este meu percurso de estágio elaborei um documento, que denominei de Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice I), no qual constam os objetivos específicos, as atividades propostas, e os recursos a utilizar, em cada contexto da prática.

A metodologia mobilizada para atingir os objetivos propostos foi descritiva, reflexiva e analítica, face às situações observadas e vivenciadas em estágio e em cada interação de estágio. De acordo com esta metodologia, e enquanto linha de raciocínio orientadora, apresenta-se a Prática Reflexiva - que se refere à análise e reflexão das experiências da prática, sendo tal gerador de uma aprendizagem e transformação do saber. A Prática Reflexiva tem por base um processo reflexivo, que consiste numa tomada de consciência de influências e consequências da minha tomada de decisão, em situações complexas, conduzindo a um conhecimento, que proporciona novas formas de intervenção. A partir da análise e reflexão consciente de situações da prática, dá-se a construção de um “novo” conhecimento, que engloba o saber pessoal, onde estão presentes as experiências pessoais, e a conceção do processo de cuidados, e pelo saber que advém de estudos, investigações e modelos conceptuais. A capacidade reflexiva acerca do cuidado de Enfermagem é tida

como habilidade major a ser desenvolvida pelo enfermeiro, como forma de consolidar competências, refazer o caminho do pensamento e transformar as práticas.

A reflexão e análise de situações da prática concretiza-se nas atividades realizadas nos vários contextos da prática, que denominei de Diários de Aprendizagem (Apêndice XIII). Os “diários” são por norma documentos através dos quais o seu autor dá a conhecer situações, pensamentos, e sentimentos que para si tiveram significado. Os diários - de aprendizagem - acrescentam a ideia de que a partir da análise das experiências vividas, pode resultar uma aprendizagem. Para Latimer (2003) os diários de aprendizagem devem ser encarados como narrativas escritas, que permitem a perceção da realidade através da reflexão sobre a mesma, sendo que narrar facilita a compreensão da realidade, da relação entre as coisas, acontecendo a sua construção na reflexão. O mesmo autor considera ainda que os diários de aprendizagem ajudam a compreender decisões, limites, dificuldades sentidas, e potencialidades (Latimer, 2003). Referindo-se ao contexto de Enfermagem, José e outros (2011) identificam os diários de aprendizagem como uma estratégia para a mudança e a autoformação, no sentido do desenvolvimento pessoal e profissional. Trata-se pois, de um momento de reflexão da ação, através de um processo de construção pessoal. Muitas vezes no dia-a-dia da prestação de cuidados surgem inúmeras situações, causadoras de dúvidas, desconforto, mal-estar, ou que nos deixam simplesmente a pensar na nossa conduta. Refletir e tornar isso em escrita é um confronto com a realidade. É um modo de consciencialização do que aconteceu, de quais os meus sentimentos na situação, e da minha necessidade de agir de modo diferente. Segundo Sá-Chaves (2000), refletir sobre a prática assenta nos pressupostos da aprendizagem experiencial, e numa nova dimensão do conhecimento, pois força “o que já se sabe” a reconstruir-se, pela força criativa das dúvidas e efeito multidisciplinar das diferenças. Santos e Fernandes (2003) consideram que a pessoa que faz essa mesma reflexão da prática procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar, aumentando a capacidade de aprender a partir da prática, o que permite que o conhecimento e a experiência sejam fundamentados e sustentados por essa mesma prática.

Na busca de um novo olhar sobre as experiências vividas nos vários contextos da prática, procurei refletir acerca das situações mais significativas para o meu percurso de aquisição de competências de enfermeira especialista. Embora feitas no momento mentalmente, as reflexões quando passadas para o papel tomaram um sentido grandioso, de me fazer questionar, pesquisar, e conquistar conhecimento. Este “novo” conhecimento, que surgiu da reflexão de situações da prática, proporcionou a compreensão do meu modo de agir, dos meus sentimentos, capacidades e dificuldades, e isso veio tornar a minha prática mais sustentada e rigorosa cientificamente. Gibbs concebeu um “ciclo reflexivo” que ajuda a estruturar o pensamento no momento de refletir, e que demonstra que os pensamentos e sentimentos afetam a ação, e portanto o comportamento perante a situação (Gibbs, 1988). Assim, como forma de estruturar os diários de aprendizagem realizados, escolheu-se utilizar o ciclo reflexivo de Gibbs, seguindo as suas seis etapas: descrição da situação, percepção dos sentimentos e pensamentos, avaliação da situação, análise da situação, conclusão e plano de ação. A realização dos diários de aprendizagem ao longo das 18 semanas de estágio, nos diferentes contextos da prática de Enfermagem, permitiu-me adquirir um conhecimento experiencial, possibilitando o desenvolvimento de competências tão específicas quanto a especificidade das situações vivenciadas. Assim, e com recurso à metodologia referida, irei neste capítulo proceder à análise dos objetivos, experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas, com referência às competências EEESIP adquiridas em cada local de estágio. Opta-se por apresentar as experiências por contextos da prática, seguindo a cronologia do meu percurso de estágio, por sentir que deste modo fica mais clara a minha evolução, no desenvolvimento de conhecimentos, treino de habilidades, aprendizagem de técnicas, dificuldades sentidas e superadas, com vista à aquisição de competências de EEESIP.

3.1 – Experiência em Pediatria

A Unidade de Pediatria é um serviço onde são admitidas crianças/jovens e famílias, com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, doentes e com necessidade de internamento hospitalar, no âmbito das várias especialidades médicas – pediatria geral, hematologia, neurologia, doenças metabólicas, endocrinologia, e nefrologia. Neste mesmo serviço, funciona o hospital de dia, que recebe crianças/jovens e famílias em regime de ambulatório, que se deslocam para realizar tratamentos, terapêuticas e outras intervenções, que requerem a sua presença na Unidade de Pediatria por algumas horas. Pelo número de crianças e jovens que recebe diariamente, o hospital de dia requer a intervenção diária de uma enfermeira. O espaço físico do internamento de pediatria é constituído por: 8 quartos – 1 individual, e 7 duplos (com duas camas) - sala de atividades, sala de trabalho de enfermagem, gabinete da Enfermeira Chefe, sala reservada à farmácia, 4 gabinetes médicos, copa, casa de banho para as crianças/jovens e família, e outra para os profissionais de saúde, sala de tratamentos, e sala ocupada pelo Hospital de Dia. Os 8 quartos referidos encontram-se equipados com: camas (preparadas para receber desde lactentes, a adolescentes), banheiras, fraldários e armários. O quarto individual é na maioria dos casos ocupado por uma criança com necessidade de permanecer em isolamento ou por um adolescente, como forma de garantir a sua privacidade (aspeto essencial em termos éticos no atendimento ao jovem) e visando a promoção da autonomia, implicada no processo de construção de uma identidade, crucial para um crescimento saudável (OE, 2010b).

A sala de atividades conta com a presença diária de duas educadoras, e contém material lúdico (livros, jogos, puzzles), decorações apelativas, e televisão, sendo o local de eleição das crianças para brincar, conversar e tomar as refeições. Existe ainda uma sala polivalente onde se juntam as crianças/jovens de outros serviços, do departamento de pediatria, para atividades semanais programadas pelas educadoras, como a hora do conto, e a hora da música. Os palhaços da “Operação Nariz Vermelho” estão presentes uma vez por/semana no serviço, para animar crianças/jovens e famílias, com brincadeiras e música.

A Equipa de Enfermagem do serviço de Pediatria é constituída por: 14 enfermeiros, dos quais 5 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A organização de trabalho segue o método de distribuição individual de trabalho, ou seja, em cada turno são distribuídas as crianças/jovens internados pelos enfermeiros de serviço, embora exista a preocupação de manter os mesmos enfermeiros responsáveis pelas mesmas crianças e pelas famílias às quais realizam o acolhimento. Esta preocupação segue as linhas orientadoras do método de trabalho por enfermeiro de referência, considerado pela OE (2011) como imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contempla e promove a satisfação da criança/jovem. Na atividade inicial de estágio realizada de modo a facilitar a minha integração - Entrevista à Enfermeira de Referência (Apêndice IV), a enfermeira assume que o método de trabalho por enfermeiro de referência é aquele que traduz maiores ganhos para a criança/jovem e família.

Após uma apresentação sumária da Unidade de Pediatria, e do seu funcionamento, prossegue-se para a descrição e análise dos objetivos específicos delineados, que nortearam a minha experiência neste contexto de estágio, e que se encontram patentes no Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice I).

Como primeiro objetivo específico pretendia conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço, uma vez que exerço funções em cuidados de saúde primários desde há 8 anos, longe da realidade hospitalar. Tive pois a necessidade de me inteirar da dinâmica hospitalar pediátrica, como forma de aumentar a minha confiança e segurança para desenvolver o meu estágio, e adquirir capacidades para prestar cuidados especializados à criança/jovem e família hospitalizados. Para concretizar esse objetivo, procedi à consulta de manuais, normas e procedimentos do serviço, e realizei uma entrevista do tipo semiestruturada à enfermeira de referência (Apêndice IV), uma vez que a mesma era uma perita na área com 24 anos de experiência hospitalar pediátrica, e detentora do título EEESIP. Toda a sua vasta experiência e conhecimentos na área de Pediatria proporcionaram-se uma compreensão da prática de enfermagem hospitalar pediátrica, que me facilitou a adaptação a uma realidade para mim nova, e progredir na aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades de EEESIP.

A identificação das estratégias comunicacionais utilizadas pela equipa de enfermagem na promoção de uma relação de confiança com a criança/jovem foi outro dos objetivos delineados, considerando que o exercício profissional do EEESCJ é especificado a partir da filosofia de enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes (OE, 2011). Jean Watson (2002) encara o processo de cuidar em enfermagem como um processo relacional, demonstrando claramente que para um cuidar efetivo e intencional, é necessário que ocorra uma relação terapêutica, de ajuda, e de parceria. Na particularidade da Enfermagem Pediátrica cabe às enfermeiras terem relações significativas com as crianças e famílias, caracterizadas por uma comunicação aberta, onde tanto enfermeiros como família se empoderam (Hockenberry e Wilson, 2014). De facto, a comunicação em Enfermagem Pediátrica reveste-se de capital importância se concebermos a família como contexto da criança/jovem, onde os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, cuja operacionalização decorre dos relacionamentos estabelecidos, de natureza aberta e colaborativa, com a diáde e a equipa de enfermagem (OE, 2011).

Entendida a pertinência da comunicação para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, procurei observar e refletir com a enfermeira de referência sobre as práticas, considerando ainda a entrevista à enfermeira de referência (Apêndice IV) como atividade para conhecer as estratégias comunicacionais utilizadas pelos enfermeiros, na promoção de uma relação de confiança, bem como as barreiras/dificuldades encontradas na sua utilização. De salientar que a enfermeira de referência refere como principal estratégia comunicacional, para o desenvolvimento de uma relação de confiança, o brincar, e como maior barreira, a falta de recursos humanos, para dispor de tempo, para estar efetivamente com a criança/família. A atividade de brincar é reconhecida pela literatura, como um instrumento terapêutico primordial na enfermagem pediátrica, quando usado de modo intencional e sistemático, constituindo-se para Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo (2010), como um meio para construir uma relação de confiança entre profissional e criança, pois facilita a aproximação. Hockenberry e Wilson (2014) reforçam ao afirmarem que a comunicação é a linguagem universal das crianças, sendo que a brincadeira

terapêutica é utilizada para reduzir o trauma de uma doença e hospitalização, e para preparar as crianças para procedimentos terapêuticos.

Por forma a desenvolver competências comunicacionais e relacionais, delineei como objetivo mobilizar estratégias comunicacionais com as crianças/jovens e famílias internadas, respeitando a sua cultura e valores, salvaguardando princípios da confidencialidade, privacidade e sigilo. O desenvolvimento normal da linguagem e do pensamento oferece um quadro de referência para a comunicação com as crianças (Hockenberry e Wilson (2014). Tal significa que a enfermeira deve ter uma compreensão das características típicas dos estádio de desenvolvimento da criança – lactente, toddler, criança pré-escolar, criança escolar e adolescente – por forma a utilizar técnicas apropriadas, e sensíveis às suas capacidades e competências já adquiridas. Um lactente, por exemplo, incapaz de usar palavras utiliza e entende a comunicação não verbal e as emoções. No caso do adolescente, flutuando entre a infância e a vida adulta, em direção à maturidade, para uma comunicação efetiva é necessário escutar, respeitar a privacidade, evitar julgar ou criticar e encorajar a expressão de ideias e sentimentos (Hockenberry e Wilson, 2014). O Diário de Aprendizagem I (Apêndice XIV) relata uma das interações com uma jovem internada, fazendo referência à importância da comunicação verbal e não-verbal, no estabelecimento de uma relação de empatia e afeto. Ao cuidar das crianças/jovens e famílias, as enfermeiras demonstram afeto, compaixão e empatia pelos outros. Os aspetos afetivos abrangem o desenvolvimento de uma relação terapêutica com os clientes, uma vez que o afeto é percebido como um sinal de qualidade dos cuidados de enfermagem, que muitas vezes não está voltado para as necessidades “técnicas” da criança, mas sim para o estabelecimento de uma relação positiva (Hockenberry e Wilson, 2014). Uma comunicação efetiva com o jovem assume particular importância para o desenvolvimento de uma relação empática e de confiança, capaz de levá-lo a sentir-se à vontade para falar de si, das suas preocupações, inquietações, e experiências emocionais, que se encontram implicadas na tomada de decisão, processo que se vai consolidando à medida que o adolescente conquista autonomia e responsabilidade. Phaneuf (2005) afirma que todos os sentimentos e emoções constituem uma via útil em matéria de cuidados, para ir ao encontro da pessoa e compreender o que ela sente, o que significa que

conhecer as experiências emocionais dos jovens, é uma forma de os conhecer, de comunicar de forma autêntica, e de gerar uma relação com valor terapêutico efetivo. Assim, com o objetivo de facilitar uma comunicação expressiva de emoções, dos jovens/família internados, desenvolvi a atividade – Diários Emocionais dos Jovens Internados (Apêndice III). Esta atividade consistiu na criação de momentos dinâmicos com os jovens, em que lhes solicitei que refletissem acerca das suas experiências emocionais e identificassem sentimentos e emoções. As emoções/sentimentos referidos revelam como a hospitalização pode constituir um momento perturbador e de desequilíbrio, uma vez que afastados das suas rotinas, dos seus amigos, familiares, e tudo aquilo que lhes transmite segurança e confiança, os jovens sentem-se presos (sem possibilidade de conduta exploratória), confusos, sozinhos, tristes, desanimados, ansiosos por regressar a casa e preocupados com as “faltas” escolares. Nas muitas interações que mantive com os jovens, foi possível estabelecer uma relação de proximidade, confiança e parceria, facilitadora de uma comunicação expressiva de emoções que me permitiu conhecer a sua essência – necessidades, expectativas, maneira de ser, e definir estratégias/intervenções como por exemplo reforço da autoestima ou promovendo o bem-estar.

A elaboração do Dossier Temático – O Adolescente Hospitalizado (Apêndice II), foi uma atividade essencial para a colaboração com a equipa na prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situações de internamento, no sentido da promoção do seu crescimento e desenvolvimento. Uma vez que exerço funções em cuidados de saúde primários, a pesquisa de bibliografia acerca da temática do adolescente hospitalizado proporcionou o aprofundar e atualizar de conhecimentos imprescindíveis para responder com segurança e competência às situações de cuidados, e participar ativamente nas intervenções, tendo em conta a parceria e o empoderamento do cliente pediátrico. Assim, através da exploração de experiências positivas, resultantes de interações empáticas, procurou-se diminuir a ansiedade do cliente que o contexto hospitalar confere, e tomar o período de internamento como um momento de aprendizagem ao nível do autocuidado, implicados no processo de aquisição de autoconfiança, autonomia, e responsabilidade, contribuindo para um crescimento harmonioso.

Em suma, o período de estágio em contexto de Pediatria proporcionou-me a vivência de muitas situações de cuidados, que resultou no desenvolvimento de competências de EEESCJ, para prestar cuidados à criança/jovem e família internados com vista a um desenvolvimento e crescimento saudável.

3.2 – Experiência na Unidade de Adolescentes

A unidade de adolescentes é um serviço de internamento hospitalar que admite jovens e suas famílias entre os 8 e os 18 anos em situação de doença. Os jovens constituem um grupo etário com características e necessidades específicas, e considerando que a carta da criança hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1998) refere que as crianças devem ser admitidas em serviços por grupos etários para beneficiarem de atividades educativas adaptadas à idade, tal é garantido pela Unidade de Internamento de Adolescentes. A presença dos pais/pessoa significativa durante o internamento dos adolescentes é permitida durante 24h/dia, seguindo o preconizado pela carta da criança hospitalizada, onde se refere que a criança hospitalizada tem direito a ter pais ou substitutos junto dela, dia e noite, qualquer que seja a idade ou estado (IAC, 1998). No espaço físico da Unidade há a destacar a existência de 4 quartos: 1 de isolamento, 2 duplos e 2 triplos – sala de trabalho de enfermagem, sala de tratamentos, gabinete da Enfermeira-Chefe e o “Espaço Jovem”. Esta última sala é um espaço dedicado aos jovens, onde a decoração apelativa, os jogos, a televisão, os livros, a música e o computador, tornam este, o local de eleição para os adolescentes internados passarem a maior parte do seu tempo, incluindo onde fazem as suas refeições e permanecem com os seus familiares. O espaço jovem é dinamizado pela equipa de enfermagem com sessões de educação para a saúde dirigidas aos jovens, no sentido de promover a ocupação dos tempos livres, mas também a aquisição de conhecimentos e/ou esclarecimento de dúvidas, por forma a estimular o “empowerment” e crescente responsabilidade dos adolescentes, nas escolhas em saúde.

Como primeiro objetivo específico para este contexto pretendia conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço, o que me permitiu ter um maior conhecimento da realidade de um internamento hospitalar de adolescentes, no

sentido de uma mais eficaz adaptação, essencial ao desenvolvimento de competências e habilidades de EEESCJ, concretizado também através da leitura de manuais e normas de procedimentos do serviço e do acompanhar da enfermeira de referência na prestação de cuidados. A adolescência é uma etapa do ciclo de vida pautada por transformações físicas, psicossocioculturais, cognitivas e emocionais, onde o adolescente envolvido num processo de aquisição de autonomia e responsabilidade, e construção de uma identidade própria, procura determinar-se. Fragilizado emocionalmente e vulnerável, pela situação de doença e hospitalização, e pelas mudanças inerentes ao seu estágio, o adolescente vê-se ainda confrontado com a aquisição de competências e capacidades, essenciais no processo de transição para a adultícia. Atendendo a tal especificidade, ao longo do estágio procurei colaborar com a equipa, na prestação de cuidados ao jovem/família em situação de internamento, tendo em conta as alterações da autoimagem, inerentes à adolescência e/ou ao processo de doença e a importância da promoção do auto cuidado e da autoestima, enquanto estratégias para a capacitação do jovem para um desenvolvimento saudável. O diário de aprendizagem II (Apêndice XIV) refere-se precisamente à interação mantida com uma jovem, onde a sua fragilidade emocional, geradora de mal-estar, resultou num comportamento de agressividade, demonstrando claramente que as experiências emocionais do adolescente determinaram a sua conduta/comportamento. Para uma comunicação efetiva com os jovens/famílias, inerente ao processo relacional de cuidados, foram adotadas estratégias comunicacionais adequadas à sua etapa de desenvolvimento, no respeito pelos princípios da autonomia, confidencialidade, privacidade e sigilo, garantindo o reconhecimento da sua individualidade e estimulando a responsabilidade pela sua tomada de decisão em saúde. Uma das estratégias comunicacionais e relacionais utilizadas para estabelecer uma relação de confiança, que favoreça a vinculação, permitindo que o adolescente seja capaz de falar acerca dos seus sentimentos e expectativas, foi a realização da atividade - Entrevista ao Adolescente, utilizando o acrónimo de HEEADSSS. (Apêndice V). A entrevista constitui uma parte essencial no atendimento de Enfermagem ao adolescente, pois permite recolher informação e estabelecer canais de comunicação para o futuro. Utilizou-se como guião o acrónimo de

HEEADSSS - Home, Education/Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexual Activity/Identity, Suicide/Depression e Safety – que permitiu recolher informações de forma estruturada, de acordo com as áreas de maior relevância para o adolescente (OE, 2010b). Constituindo-se como uma oportunidade de trabalho com uma jovem de 16 anos, a entrevista foi uma forma de conhecer o seu estado de saúde, o seu estilo de vida, ao mesmo tempo que permitiu identificar problemas, preocupações e necessidades. Para Phaneuf (2005) ir ao encontro da pessoa, tendo em vista estabelecer com ela uma relação significativa, supõe primeiro tomar conhecimento, construir dela uma imagem mais precisa, isto é conhecer a sua maneira de ser, de sentir e de se comportar. Nesta entrevista à jovem, foi perceptível o desenvolvimento da capacidade do pensamento abstrato (capacidade para se imaginar no futuro), a preocupação com problemas filosóficos (interesse pelo budismo), o apreciar dos poderes intelectuais, a tendência à experiência interior, a difícil relação com os pais (em particular com o pai), o esforço pela emancipação (jovem já no mercado de trabalho) e a tendência para a introspeção. Todas estas são, segundo Hockenberry e Wilson (2014), características de uma jovem, inserida na etapa de desenvolvimento adolescência intermédia (entre os 15-17 anos). Durante toda a entrevista procurou-se uma postura favorável à expressão de emoções, trabalhando com a jovem a sua capacidade de pensar acerca dos seus próprios pensamentos, e de refletir acerca dos seus estados emocionais e comportamentos. Segundo Hockenberry e Wilson (2014), a capacidade do adolescente conseguir perspetivar-se, considerando escolhas, comportamentos e resultados experienciados, aumenta significativamente a sua oportunidade de aprender comportamentos promotores de saúde. A promoção de comportamentos de saúde no adolescente é definida como estratégia crucial pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), como forma de contribuir para desenvolvimento harmonioso dos jovens. Se concebermos a adolescência como uma etapa de vida onde o jovem, constrói uma identidade através de uma conduta exploratória, experimenta e testa comportamentos, então capacitá-lo para que escolha de modo responsável e adote comportamentos de saúde, é fundamental para o seu bem-estar, e desenvolvimento saudável. Esta capacitação passa por ajudar o jovem a sentir-se habilitado e competente, para utilizar os conhecimentos/informações que vai

adquirindo, na sua tomada de decisão. A promoção de comportamentos saudáveis encontra-se implicada com os processos emocionais dos jovens, pois a emoção encontra-se na base do pensamento humano, funcionando como o motor para a ação, com um papel fundamental na validação dos processos de tomada de decisão e consequentemente na adoção de comportamentos (Damásio, 1994; Diogo, 2012). Perante os pressupostos referidos, que demonstram a relação existente entre as experiências emocionais do jovem e a adoção de comportamentos de saúde, foi realizada uma sessão de educação para a saúde (Apêndice VII) dirigida aos adolescentes internados, subordinada ao tema das emoções. Esta atividade foi planeada com o intuito de estabelecer uma relação dinâmica com os jovens, geradora de sentimentos de pertença/vinculação, e de uma comunicação aberta, que facilite a aquisição de conhecimentos relativos à saúde. Como objetivo principal da sessão pretendia-se refletir com os adolescentes acerca das emoções, abordando questões como: a importância e função das emoções, a presença de emoções no dia-a-dia, as emoções básicas, as estratégias para lidar com emoções negativas, e o reconhecimento “próprias emoções” e das emoções dos outros. Falar de emoções com os jovens significou conhecer as suas experiências emocionais, os seus sentimentos, e ao mesmo tempo ajudá-los a tomar consciência da existência de várias emoções (positivas e negativas) ao longo do dia, permitindo assim que se conheçam melhor. A partir desse autoconhecimento, podem aceitar-se, reforçar a sua autoestima, e adquirir competências e capacidades, que lhes permitam decidir com responsabilidade relativamente à sua saúde, nomeadamente optar por comportamentos saudáveis. Nesta atividade salienta-se ainda o feedback positivo e a participação ativa dos jovens, enquanto elementos que contribuem para uma aprendizagem efetiva.

Reconhecendo a especificidade dos cuidados prestados em resposta às necessidades da etapa de desenvolvimento do jovem, e no sentido de assegurar uma continuidade de cuidados, elaborou-se o poster - Locais de Atendimento ao Jovem na Comunidade (Apêndice VI). Os jovens e famílias internados, regressarão ao domicílio e à comunidade brevemente, e por do seu crescimento e desenvolvimento novas necessidades, dúvidas e problemas irão surgir, ao mesmo tempo que competências e capacidades vão sendo

adquiridas. Deste modo, é essencial acompanhar o jovem ao longo do seu percurso de aquisição de competências, de modo a que se sinta apoiado e motivado, para fazer as escolhas adequadas em saúde. Com esta atividade procurou-se dar a conhecer ao jovem a existência de vários locais na comunidade onde se pode deslocar, e de linhas telefónicas de fácil acesso, onde profissionais de saúde especializados no atendimento ao adolescente se encontram disponíveis para escutar, apoiar, esclarecer, informar, e ajudar. Desta forma, pretendeu-se capacitar o jovem para que escolha de forma livre, informada e ponderada, promovendo mais uma vez a sua autoestima, e também a sua autodeterminação nas escolhas de saúde, tomando o internamento hospitalar como uma oportunidade de aprendizagem. Reconhece-se assim que um jovem com mais conhecimentos é um adolescente mais empoderado, com maior capacidade para responder a situações de risco e desafios, optando por comportamentos saudáveis.

Reconhecendo a especificidade dos cuidados prestados aos jovens e famílias, resultante das necessidades e exigências inerentes à sua etapa de desenvolvimento, a experiência do internamento de adolescentes permitiu-me desenvolver conhecimentos e habilidades de EEESCJ, no âmbito da prestação de cuidados aos jovens e famílias hospitalizados, considerando a promoção do seu desenvolvimento e crescimento, com vista à maximização do seu potencial de saúde. Assim, foram treinadas e adquiridas competências ao nível das estratégias comunicacionais adequadas ao jovem/família, da promoção da autoestima do adolescente, e do reforço da tomada de decisão responsável.

3.3 – Experiência em Urgência Pediátrica

O serviço de urgência pediátrico é uma unidade de atendimento a crianças/jovens e famílias, em situação de urgência. O espaço físico é composto pelas várias salas: sala de triagem, sala de reanimação, gabinetes de atendimento médico, sala de pequena cirurgia, sala de tratamentos e sala de aerossóis. Existe ainda a sala de observação (SO) com 6 camas, onde ficam internadas as crianças em situação crítica para vigilância do seu estado de saúde, com posterior internamento em serviços de pediatria, ou alta para o domicílio. Por forma a concretizar o objetivo, conhecer a dinâmica

organizacional e estrutural do serviço, realizou-se consulta de normas, manuais e procedimentos do serviço, aumentando assim os meus conhecimentos acerca do funcionamento da unidade, permitindo uma mais rápida adaptação ao espaço.

As crianças/jovens e famílias entram no serviço de urgência através da sala de triagem, onde o primeiro contato é realizado por enfermeiros, que procedem à triagem do episódio de urgência. Os enfermeiros realizam um resumo do motivo da vinda à urgência e avaliam, se necessário, alguns sinais vitais da criança, como a temperatura corporal, a tensão arterial, a saturação de oxigênio, a frequência respiratória, a frequência cardíaca, e a dor. É ainda colhida informação acerca do historial clínico relevante da criança. A avaliação da dor é feita utilizando diferentes escalas da dor, de acordo com a idade da criança, recorrendo-se à Escala de Edin (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) até um ano de idade, à Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) do 1 aos 3 anos, à Escala de Faces de Wong e Baker (a partir dos 3 anos), ou à Escala Numérica (a partir dos 6 anos), tal como o recomendado pela norma de orientação da DGS acerca da avaliação da dor na criança (DGS, 2010). Perante os dados colhidos, os enfermeiros fazem uma avaliação da situação, com base nos critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde para os 3 tipos de urgências – situação de emergência, situação urgente e situação não urgente - descritos no manual de triagem e determinam a prioridade no atendimento.

A sala de observação é o local onde os enfermeiros prestam cuidados às crianças e jovens que ficam internadas pela sua situação clínica, sendo a sua vigilância permanente, uma vez que a sua sala de trabalho é envidraçada e disposta de frente para o “open space” onde se encontram as camas. Embora dispostas numa área aberta, todas as camas distam de um espaço entre si, separadas fisicamente por cortinas de correr, como forma de assegurar privacidade às crianças/jovens e famílias internados. No entanto, nalguns momentos do estágio, pude aperceber-me de situações em que a falta de privacidade relativamente ao “som” foi constrangedora, em particular para os adolescentes internados. Uma dessas situações é referenciada no Diário de Aprendizagem IV (Apêndice XIII), numa interação mantida com uma adolescente internada por etilismo e consumo de canabinóides. No

atendimento ao jovem, o direito à privacidade está diretamente relacionado com a relação interpessoal que se estabelece entre enfermeiro e adolescente, de forma a facilitar o estabelecimento de um diálogo e confiança mútua entre ambos. O adolescente tem pois o direito de ser atendido individualmente, num local privado, onde seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando assim a responsabilidade pela sua própria saúde (OE, 2010b).

Ao longo do período de estágio neste contexto procurei colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações emergentes, acompanhando a enfermeira de referência nos cuidados, e refletindo posteriormente acerca da prática. As reflexões com maior contributo para o desenvolvimento de competências de EEESCJ, e com relevância para o meu objeto de estudo, encontram-se nos Diários de Aprendizagem III e IV (Apêndice XIII). Na primeira reflexão – Diário de Aprendizagem III - refiro-me à interação mantida com uma jovem internada na sala de observações, em que a situação de morte de um familiar próximo (avô) fez despertar questões, revelando necessidades, e sentimentos relativamente à morte. Para a identificação do problema/necessidade foi essencial estabelecer uma relação de parceria com a adolescente, que facilitasse uma comunicação expressiva de emoções e sentimentos. Para tal, foram utilizadas estratégias como a empatia, o respeito e a autenticidade, asseguradas através de uma comunicação sensível. Nessa comunicação com a jovem, foram mobilizadas estratégias de comunicação adequadas à sua etapa de desenvolvimento, com respeito pela sua cultura e valores, salvaguardando princípios da confidencialidade, privacidade e sigilo. Foi assim possível delinear um processo de cuidados, que potencializasse na jovem uma sensação de bem-estar, e tranquilidade, fortalecendo as suas forças e capacidades pessoais, por forma a ajudá-la a lidar com perdas futuras, incluindo situações de morte. Para tal, foi essencial fornecer informações, esclarecer dúvidas e transmitir mensagens positivas, num ambiente afetuoso e seguro, contribuindo para o seu desenvolvimento, em especial ao nível emocional. Abreu & Azevedo (2012) refere que se um indivíduo tem conhecimento do que se aproxima, e se possui competências para lidar com a situação, mais facilmente será capaz de vivenciá-la de modo saudável. A segunda reflexão – Diário de Aprendizagem IV – refere-se à situação de uma jovem internada, também na sala de

observações, por etilismo e consumo de canabinóides. Considerado como um problema de saúde da atualidade nos jovens, com repercussões negativas para o seu desenvolvimento e crescimento, o consumo de substâncias nocivas (álcool e tabaco/drogas) deve ser entendido como o resultado de um comportamento de risco, enquadrado na conduta exploratória expectável da adolescência. Esta conduta, que pode traduzir-se em prejuízo ou em oportunidade para o desenvolvimento do jovem, deve ser compreendida como um teste e uma validação de comportamentos, fundamental na construção de uma identidade própria e na conquista de autonomia, aquisições essenciais na adolescência para uma transição saudável. Para Fonseca (2012) o consumo de álcool, e a experimentação do tabaco nos jovens pode ser entendido como um sinal de emancipação, o desejo de reconhecimento de uma mudança de estatuto, ou a necessidade de ser aceite no grupo. Muitas das condutas de risco nos adolescentes, não são mais do que a sua forma de ensaiar, experimentar e testar, encontrando-se na linha da descoberta e da avaliação das capacidades já adquiridas (Fonseca, 2012). Embora traga consigo a possibilidade de prejuízo, com repercussões negativas para a saúde e o bem-estar do jovem, como é exemplo a situação referida, a conduta exploratória do adolescente deve também ser entendida como uma oportunidade para o enriquecimento de potencialidades, uma vez que a adolescência é um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos, capazes de influenciar um crescimento e desenvolvimento saudável (OE, 2010b). Na interação referida pretendeu-se criar uma oportunidade relacional com a jovem, no sentido de a ajudar a desenvolver competências para compreender melhor o mundo que a rodeia, enfrentar riscos, assumir responsabilidades, e participar ativamente na sua saúde. Assim, no respeito pela sua individualidade, pela sua crescente conquista de autonomia, e pelos seus silêncios, estabeleceram-se intervenções promotoras de uma reflexão e tomada de consciência do comportamento de risco assumido, e das consequências para a sua saúde. Watson (2002) refere que é na tomada de consciência e no reconhecimento da sua essência, que a pessoa reforça a sua autoestima e autoconfiança, que conduz à autonomia, fundamental para o desenvolvimento saudável do adolescente. Tornar-se uma pessoa autónoma e autorregulada é umas tarefas psicossociais do adolescente, sendo que a

autonomia inclui componentes emocionais e comportamentais, encontrando-se os últimos relacionados com a capacidade de tomar decisões independentes e segui-las (Hockenberry e Wilson, 2014). Assim, os cuidados planeados foram no sentido proporcionar conhecimentos relativamente à saúde, reforçando uma tomada de decisão informada e promovendo a aquisição de autonomia. Os processos de tomada de decisão, que estão na base da escolha da adoção de comportamentos saudáveis, ganham consistência à medida que a autonomia e a responsabilidade vão sendo conquistadas pelo jovem (OE, 2010b). A presença da adolescente num serviço de saúde assumiu-se como uma oportunidade para a sua capacitação, conseguida através da promoção da sua autoestima, que reforça a autonomia e a sua autodeterminação nas escolhas em saúde. A hospitalização é sempre considerada como um elemento perturbador, um momento de tensão, tendo sido por isso essencial comunicar com a jovem utilizando técnicas apropriadas à sua idade e estágio de desenvolvimento, e culturalmente sensíveis, por forma a estabelecer uma parceria de cuidar promotora da otimização da sua saúde.

No seguimento do diário de aprendizagem referido, e lembrando que os últimos dados da DGS (2013), revelam que os problemas de saúde dos jovens da atualidade, resultam das repercussões de padrões de condutas, incluindo o consumo de substâncias nocivas como o tabaco, tornou-se pertinente desenvolver conhecimentos e capacidades que permitissem uma abordagem efetiva ao problema do tabagismo na adolescência. Para tal, considerou-se de particular importância participar no 1º Encontro Nacional de Boas Práticas de Prevenção e Controlo do Tabagismo, organizado pela Direção Geral de Saúde (Apêndice VIII). A associação do tabagismo com a noção de maturidade ou de comportamento maduro, as pressões dos colegas que encaram o fumo como algo popular, e o uso do fumo como saída para pressões escolares e sociais, são fatores válidos para os adolescentes começarem a fumar (Hockenberry e Wilson, 2014). Uma vez estabelecido o comportamento de fumar, este produz reforço suficiente para sustentar a prática, o que significa que a prevenção é o melhor investimento. Um dos programas de saúde prioritários do atual Plano Nacional de Saúde (2012-2016), é precisamente o Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo, sendo um dos seus eixos estratégicos, a prevenção da iniciação do consumo de tabaco nos jovens (DGS, 2013). Neste

Encontro foram apresentados vários projetos em desenvolvimento, que integram escolas e instituições de saúde, dirigidos a jovens entre os 12 e os 25 anos, no sentido de implementar ações de prevenção e controlo do tabagismo, onde se incluem, ações de sensibilização a pais/encarregados de educação, e à comunidade escolar em geral (alunos, docentes e não-docentes). O ambiente social, incluindo família, pares e escolas, contribuem de forma única para a saúde de um adolescente, pois fornecem oportunidades, modelos e apoio, para o seu desenvolvimento (Hockenberry e Wilson, 2014). Assim, a promoção eficaz da saúde, onde se inclui a prevenção do consumo de tabaco, exige o apoio de muitos indivíduos e instituições que afetam a vida dos adolescentes, sendo importante trabalhar com os jovens, e seus contextos sociais e ambientais, como os pais, e a comunidade escolar. Os projetos apresentados valorizam a aquisição de conhecimentos e o reforço de competências, para uma adequada autogestão da saúde, sendo que na promoção de saúde, pretende-se ajudar os jovens a adquirir poder (incluindo, conhecimento e competências), autoridade, e oportunidades de fazer escolhas que aumentem a expressão positiva da sua saúde (Hockenberry e Wilson, 2014).

3.4 – Experiência em Cuidados Intensivos de Pediatria

A Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria é um serviço de internamento hospitalar para crianças/jovens e famílias em situação crítica, com necessidade de cuidados especiais. O seu funcionamento e organização expande-se por 3 áreas de interação e trabalho - sala de trabalho para os profissionais de saúde, 1 quarto de isolamento, 1 quarto com 3 camas, 1 “open space” com 5 camas, sendo que a privacidade das crianças/jovens e famílias internadas é garantida através da utilização de cortinas. A sala de trabalho localiza-se no centro dos vários quartos, para uma observação e monitorização constante de todas as crianças/jovens e famílias.

Para concretizar o primeiro objetivo traçado para este contexto de estágio, conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço, procedi à consulta de manuais, normas e procedimentos do serviço e acompanhei a enfermeira de referência na prestação de cuidados. Ao longo dos muitos momentos de colaboração com a equipa na prestação de cuidados, procurei criar

oportunidades relacionais e de comunicação com as crianças/jovens e famílias internados, que me permitissem compreender o impacto do processo de doença e hospitalização, reconhecendo as suas necessidades/dificuldades e também as suas forças/capacidades. De forma intencional para captar essas mesmas oportunidades comunicacionais, foi essencial comunicar de modo eficaz com a criança/jovem e família, mobilizando estratégias de comunicação adequadas, com respeito pela sua cultura e valores, salvaguardando princípios da confidencialidade, privacidade e sigilo. As crianças em ventilação mecânica com entubação orotraqueal encontravam-se com a comunicação verbal limitada, pelo que foi necessário encontrar estratégias de comunicação eficazes, como a comunicação não-verbal, reconhecendo gestos, apertos de mão, toque, expressão facial, linguagem corporal e acenos de cabeça.

Muitas das crianças/jovens internadas eram portadoras de doença crónica, estando internadas por agudização de quadro clínico, ou sintomas. Nos momentos de relação dinâmica com crianças/jovens e famílias foi importante apreender as suas experiências/vivência com doença crónica, permitindo entender assim o momento singular das suas vidas. Para Santos, Ferrão, Figueiredo e Santos (2011), no caso da criança/jovem, a doença crónica, pela necessidade de hospitalizações frequentes, perturba o relacionamento social e o rendimento académico, modificando permanentemente a sua vida e requerendo uma constante adaptação. Assim, numa relação terapêutica intencional com crianças/jovens e famílias, pautada pelo envolvimento, parceria, capacitação e negociação de cuidados, como o preconizado pelos referenciais de pediatria, procurei facilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades para uma adaptação adequada à doença.

Numa era de rápido desenvolvimento científico e tecnológico, a unidade de cuidados intensivos apresentou-se-me como um local repleto de dispositivos e alarmes sonoros, que auxiliam nos cuidados prestados à criança/jovem em situação crítica. No entanto, essa panóplia de dispositivos pode ao mesmo tempo tornar o ambiente do serviço intimidante, se pensarmos que nele se encontram crianças doentes, hospitalizadas, longe do seu contexto familiar e de segurança. Assim, para minimizar o impacto da dureza do ambiente tecnológico na criança/jovem e família, foi fundamental desenvolver habilidades, durante o acompanhamento da enfermeira de referência na

prestação de cuidados, favorecedoras de um ambiente propício à relação de ajuda, onde se inclui o afeto, o carinho e a partilha. Para Diogo (2012), as crianças/jovens que vivenciam uma situação de doença e hospitalização, e suas famílias, beneficiam de contextos relacionais com uma tonalidade afetiva que promovam as suas forças, resistências e adaptação à situação, tal como o seu bem-estar e desenvolvimento. A mesma autora realça ainda que a promoção de um ambiente seguro e afetivo, caracterizado por elementos e mensagens humano-afetivas nas interações, é percebido como seguro e familiar, para os clientes (Diogo, 2012). Uma das situações da prática, merecedora de análise e reflexão encontra-se no Diário de Aprendizagem VI (Apêndice XIII) e remete-nos precisamente para uma interação entre enfermeiros, pais, criança e palhaços, onde um ambiente de brincadeira proporcionou uma experiência emocional positiva para a criança, favorecendo a comunicação, e o desenvolvimento de uma relação empática e de ajuda. O toddler J. de 18 meses, referido na situação, encontrava-se num processo de doença oncológica, que exigia uma prestação de cuidados específica e complexa, atendendo à especificidade da sua situação clínica, e às necessidades inerentes à etapa do ciclo de vida e desenvolvimento. A abordagem delineada pretendia responder de forma global às suas necessidades, promovendo o bem-estar, através de momentos de brincadeira, distração e afeto. Watson (2009) realça que num ambiente onde prevalece a tecnologia, como era o caso do quarto de isolamento de J., é necessário que os enfermeiros estejam conscientes da necessidade de ligação com o outro, mediante demonstrações de compaixão, carinho e sensibilidade sincera. Diogo (2012) reforça ao referir que na abordagem ao cliente pediátrico, devem existir momentos exclusivamente para dar carinho, colo ou para uma brincadeira. Na situação particular de J., fez-se uma pausa nos procedimentos dolorosos, necessários aos seus tratamentos, para que pudesse usufruir plenamente do momento de brincadeira com os palhaços.

Outra situação de prestação de cuidados alvo de reflexão refere-se ao desenvolvimento de competências de EEESCJ para promover o bem-estar físico e psicológico, da criança e jovem, nomeadamente através da utilização de medidas farmacológicas e terapias não farmacológicas na gestão da dor. No Diário de Aprendizagem V (Apêndice XIII), analisei e refleti acerca da interação

mantida com F. e família, adolescente de 14 anos em situação de doença crónica com verbalização de dor. Nesta interação, foi importante reconhecer a comunicação verbal e não-verbal de F., que permitiu identificar dor e mal-estar, considerando-se que ao reconhecer a individualidade da dor na criança, na sua percepção e na sua manifestação, os enfermeiros prestam cuidados diferenciados, ajudando a criança a lidar com a situação da dor (OE, 2013). A Direção Geral de Saúde (DGS, 2003) instituiu a dor como 5º sinal vital, estabelecendo como boa prática a sua avaliação, sendo que no caso de F., a avaliação da dor foi feita com recurso a uma escala numérica. As medidas não farmacológicas são um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em complemento dos analgésicos (como foi o caso de F.), aumentando o sentimento de controlo da dor e promovendo uma maior autonomia da criança (OE, 2013). As medidas não-farmacológica (massagem e aplicação de calor) foram escolhidas tendo em conta a preferência de F. e a sua história da dor, através de uma partilha de conhecimentos com a família. Importa ainda referir o “toque”, enquanto elemento facilitador de uma relação empática com o jovem F, favorecendo uma comunicação expressiva de emoções, pois tal como refere Roxo (2008) existem benefícios do toque para a relação, tais como: segurança, compreensão, sinceridade, preocupação, respeito, apoio, tranquilização, encorajamento, desejo de ajudar e de se envolver.

3.5 – Experiência em Neonatologia

A Neonatologia é um serviço de internamento hospitalar, incluído no departamento de Pediatria, com uma equipa multiprofissional, com competências para cuidar de recém-nascidos (crianças dos 0-28 dias de vida) e famílias, em processo de doença. Os recém-nascidos (RN) internados provêm dos diferentes serviços: urgência pediátrica, cuidados intensivos pediátricos, e obstetria. Em termos organizativos esta unidade divide-se em três secções: Cuidados Intensivos, Cuidados Intermédios, e Sala de Pré-Saída. A sala de Cuidados Intensivos alberga oito incubadoras, ocupadas por recém-nascidos/família em situação crítica, como os prematuros (nascidos antes das 37 semanas gestacionais), e os nascidos com baixo peso (peso inferior a 2500gr), que pela sua fragilidade e instabilidade necessitam de cuidados

especiais, como manter a temperatura corporal, oxigenoterapia, fototerapia, ventilação mecânica, monitorização cardiorrespiratória, alimentação por via parentérica, entre outros cuidados. Como forma de favorecer o processo de vinculação entre RN e família, os pais são encorajados a participar, sempre que o desejarem e a situação clínica o permitir, nos cuidados de higiene e conforto do bebé, como a troca da fralda e a mudança de posição. Quando a situação clínica dos recém-nascidos se encontra mais estável, com melhoras significativas, são transferidos para a sala de Cuidados Intermédios. Nesta sala existem 10 berços e o envolvimento dos pais/pessoa significativa em todos os cuidados realizados ao recém-nascido - higiene, conforto e alimentação - é igualmente incentivado, como crescente aquisição de autonomia e desenvolvimento de competências parentais. Importa referir que o envolvimento dos pais/família nos cuidados ao recém-nascido é preconizado como forma de desenvolver uma parentalidade positiva, numa relação de parceria, no respeito pelos seus sentimentos, inseguranças, necessidades e decisão de participar ou não.

Por fim, a sala de Pré-Saída, tal como o nome indica é a última sala por onde passam bebés e pais antes da ida/regresso a casa. Constituído por 4 berços, este é o espaço onde são proporcionados os últimos ensinamentos, orientações e esclarecimentos aos pais, validando capacidades e habilidades adquiridas, antes da alta hospitalar. Numa relação de parceria com os pais são esclarecidas dúvidas e supervisionados os cuidados prestados aos recém-nascidos, que são agora realizados de forma totalmente autónoma pelos pais. Antes do momento da alta é realizado o “teste do ovo”, que consiste em colocar o recém-nascido na cadeira de transporte trazida pelos pais, numa inclinação adequada ao controlo na cabeça, monitorizando durante 1 hora os parâmetros cardíacos, respiratórios e de saturação de oxigénio. Pode estar presente num desses momentos, e desenvolver competências de EEESIP ao nível da promoção da segurança e saúde do recém-nascido (Apêndice XIII – Diário de Aprendizagem VII).

Amplamente estudado, o leite materno é a melhor opção para a nutrição do lactente, com vantagens para o RN (benefícios imunológicos e nutrientes em quantidade adequada) e para a mãe/pais (recuperação pós-parto, higiénico, económico) (Hockenberry e Wilson, 2014). Como forma de promover a

amamentação na unidade, é disponibilizada uma sala adequada e uma bomba elétrica para que as mães impossibilitadas de amamentar diretamente o seu bebê, possam extrair leite materno. Posteriormente o leite é armazenado no frigorífico, em biberons etiquetados com o nome da recém-nascido e data da extração, numa sala denominada de “copa de leites”. No momento da alimentação, quer seja por sonda ou por tetina, o leite materno é aquecido e administrado ao recém-nascido, quando possível e o desejarem pelos pais/pessoas significativas. O momento da alimentação tem uma componente emocional muito forte, pelo facto de se aconchegar o RN junto ao corpo dos pais, com benefícios psicológicos como a promoção de uma ligação estreita (Hockenberry e Wilson, 2014).

As competências de EEESIP que desenvolvi neste contexto de estágio relacionam-se com a prestação de cuidados ao recém-nascido doente, e família. Comecei por conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço, através da leitura e consulta de manuais, normas e procedimentos do serviço, e do acompanhamento da Enfermeira de referência durante a prestação de cuidados. Na colaboração com a equipa, na prestação de cuidados ao recém-nascido doente e família/pessoa significativa, considerando a especificidade das exigências inerentes à fase do ciclo vital, procurei promover o desenvolvimento de uma parentalidade positiva, estimular a vinculação precoce, numa parceria de cuidar com pais, que favorecesse o potencial de desenvolvimento da criança. Nesta abordagem foi essencial comunicar com a família/pessoa significativa, no respeito pela sua cultura e valores, por forma a estabelecer uma relação dinâmica, facilitadora da expressão de emoções, dificuldades e necessidades sentidas, e identificação de capacidades/competências adquiridas. Assumindo os pais/pessoa significativa como principais cuidadores do RN, procurei sempre que a situação clínica o permitia, incentivar o seu envolvimento nos cuidados de higiene e conforto ao RN, por forma a facilitar a aprendizagem de habilidades/competências e treino de capacidades relativas à saúde e segurança do RN.

Uma das situações da prática merecedora de reflexão encontra-se presente no Diário de Aprendizagem VII (Apêndice XIII). Nesta situação descrevo, analiso e reflito acerca da minha intervenção no momento da alta do recém-nascido e pais, tendo sido de extrema relevância para a minha aprendizagem enquanto

futura EEESCJ, ter acompanhado a díade e contribuído para um regresso a casa em segurança. Conhecer a especificidade dos cuidados ao recém-nascido, em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento, foi fundamental para estabelecer uma relação de proximidade e parceria com os pais, ajudando-os na vivência de uma parentalidade saudável. A relação foi sendo construída, com o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, como forma de aumentar a sua confiança, no sentido de desenvolverem competências parentais, para um desempenho com segurança dos cuidados ao seu filho. Enquanto os pais adquiriam autonomia nos cuidados ao RN procurou-se escutá-los e observá-los, por forma a conhecer as suas dificuldades/inseguranças, identificar as suas forças/capacidades e transmitir informações/orientações sobre os principais cuidados ao RN, como cuidados ao umbigo, técnica do banho, amamentação, posição para dormir, realização de diagnóstico precoce e vigilância infantil. Esta foi sem dúvida uma situação que me permitiu desenvolver conhecimentos, capacidades e competências de EEESCJ para trabalhar com os pais, numa parceria de cuidar promotora de saúde, no sentido do desenvolvimento de uma parentalidade positiva, que culmine na aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança do recém-nascido, por parte dos pais/pessoas significativas.

3.6 - Experiência em Unidade de Saúde Familiar

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida, no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de saúde infantil e juvenil em Cuidados de Saúde Primários (CSP) (DGS, 2013).

A Unidade de Saúde Familiar é uma unidade de saúde dos CSP onde profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, desempenham funções com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde às famílias residentes na área geográfica de abrangência. A equipa de Enfermagem é constituída por 10 enfermeiras e presta cuidados de forma global, seguindo a organização de trabalho pelo método de enfermeiro de família, onde cada enfermeira presta cuidados a um conjunto de famílias, ao longo de todo o ciclo de vida. Desta

forma, a enfermeira de família tem a possibilidade de acompanhar uma mesma criança/família ao longo de todo o seu desenvolvimento e crescimento, desde o recém-nascido até à adolescência. A filosofia do cuidado centrado na família, adotada pela enfermagem pediátrica, vai ao encontro do método de organização de trabalho referido, pois tal como indica Cardoso (2010) os cuidados centrados na família, baseiam-se no pressuposto de que para além da criança, a família é também alvo dos cuidados, procurando-se manter e reforçar os papéis e laços da família com a criança.

O período de estágio neste contexto da prática iniciou-se com a consulta de normas, manuais e procedimentos, nomeadamente do plano de ação, do regulamento interno e de procedimentos relativos à saúde infantil e juvenil, como forma de tomar conhecimento da dinâmica organizacional e estrutural da unidade de saúde familiar. De seguida, aproveitando todas as oportunidades de interação, procurou-se colaborar com a equipa na prestação de cuidados às crianças/jovens e famílias, em resposta às necessidades do ciclo de vida e do seu desenvolvimento. Nesta perspetiva, foi essencial comunicar com crianças e famílias, mobilizando estratégias de comunicação adequadas, considerando a sua etapa de desenvolvimento, no respeito pela sua cultura e valores, por forma a estabelecer uma relação ajuda, baseada na parceria de cuidados. O acompanhamento da enfermeira de referência na prestação de cuidados, em particular em Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, proporcionou a aquisição de conhecimentos e competências, no que respeita à avaliação e promoção do desenvolvimento infantil. As consultas são realizadas em idades-chave, conforme o preconizado pela DGS (2013), sendo que a primeira consulta de vida acontece, sempre que possível, em visita domiciliária ao recém-nascido e família, sendo essa uma estratégia considerada pela OE (2010b) a valorizar desde o nascimento e ao longo de todo o processo de desenvolvimento da criança. Em todas as consultas o foco de intervenção dirigiu-se para a promoção do crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, utilizando-se como instrumento de avaliação a Escala Modificada de Mary-Sheridon e proporcionando-se orientação antecipatória às famílias, como forma de capacitar os pais, na prestação de cuidados à criança. No que respeita ao nível da participação e integração dos pais nos cuidados à criança/jovem, a OE (2011) considera que é necessário que se capacite e

disponibilize o suporte necessário para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos filhos. Considerou-se assim uma mais-valia facilitar a aquisição de conhecimentos aos pais, com contributos para a maximização do desenvolvimento infantil, através da elaboração de um folheto acerca da diversificação alimentar dos 4 aos 12 meses (Apêndice XI). Uma alimentação saudável, equilibrada em termos qualitativos e quantitativos, na infância contribui para um bom estado de saúde e conseqüentemente para um bom desenvolvimento, prevenindo diversas situações patológicas. Entre os 4 e os 6 meses de vida o aparelho digestivo do bebé amadureceu o suficiente para digerir nutrientes mais complexos do que o leite, iniciando-se a diversificação alimentar (OE, 2010b). A família é o principal contexto da criança/jovem, sendo os pais/pessoa significativa os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos (OE, 2011). Considerando tais pressupostos, a realização do folheto dirigido aos pais, permitiu partilhar conhecimentos, capacitando-os e envolvendo-os nos cuidados à criança, com reforço da relação de parceria. A atualização do Plano Nacional de Vacinação foi outra das ações valorizadas durante as consultas, contribuindo tal como é referido pela OE (2010b) para que o processo de desenvolvimento ocorra de uma forma saudável, uma vez que a imunização ao conferir proteção imunológica contra determinadas doenças infecciosas promove a integridade física e psicológica da criança.

As consultas de Saúde Juvenil iniciam-se aos 12 anos, com a realização do Exame Global de Saúde, conforme o preconizado pela DGS e foram consideradas como oportunidades relacionais com os jovens e famílias, facilitadoras da promoção da autoestima do adolescente e autodeterminação das suas escolhas em saúde, contribuindo para um desenvolvimento e crescimento saudável. A adolescência é uma etapa do ciclo de vida pautada por mudanças físicas, cognitivas, sociais e emocionais, com conquista de liberdade, autonomia e identidade. Tais aquisições irão permitir ao jovem adaptar-se à nova realidade do mundo adulto e tornar-se num adulto responsável, autónomo, capaz de tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade (OE, 2010b). O processo de construção de uma identidade, fundamental no adolescente, acontece a par do desenvolvimento da sua autoestima e autoconfiança, como forma de colmatar as necessidades de estima, afeto e reconhecimento, geradoras de uma autoaceitação e de um

sentimento de competência (Phaneuf, 2005). Será ainda importante considerar que o desenvolvimento da autoconfiança no jovem encontra-se relacionado com a sua motivação para adotar comportamentos saudáveis, que assumem lugar de destaque nas intervenções de enfermagem no âmbito do atendimento ao adolescente, pelo facto de se saber que a adolescência é um período crucial no desenvolvimento, e integração de condutas e comportamentos, que influenciam a saúde no futuro (OE, 2010b). Marcada pela curiosidade, a adolescência é um período onde os seres humanos se encontram mais recetivos a receber informações acerca de si próprios, apurando-se o processo de tomada de decisão (WHO, 2002), sendo por isso o momento ideal para promover uma tomada de decisão responsável, que gere comportamentos saudáveis. A promoção de comportamentos de saúde no jovem quer para melhor a saúde, quer para prevenir a doença é ainda mais essencial, se considerarmos que os seus problemas de saúde resultam de comportamentos “de risco” (OE, 2010b). Segundo a OMS (2002), a maior ameaça à saúde e bem-estar dos jovens, surge das condutas que adotam, numa mistura complexa entre fatores de risco e práticas prejudiciais, que os coloca em perigo. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil reconhece justamente, a importância de estimular a opção por comportamentos saudáveis, como forma de promover o desenvolvimento pessoal e social, e a autodeterminação nas crianças e jovens (DGS, 2013). Assim, torna-se fundamental ajudar o jovem no processo de aquisição de uma autoestima e autoconfiança saudável, para que adquira capacidades e competências para, enfrentar riscos, escolher adotar comportamentos saudáveis, e ser progressivamente mais independente e autónomo. As consultas proporcionaram momentos de grande proximidade com os jovens, estabelecendo-se uma relação dinâmica, onde procurei reforçar uma imagem corporal positiva e facilitar a expressão de emoções. Tal intervenção é essencial no atendimento ao adolescente, uma vez que a panóplia de mudanças - alteração da autoimagem, instabilidade nas relações com a família, novas relações afetivas com os pares, descoberta da sexualidade, interiorização de valores e conceitos da sociedade, e definição de um projeto no futuro – que o jovem enfrenta, tornam-no emocionalmente fragilizado, acabando os seus comportamentos por revelar: insegurança, tensão e indecisão (Hockenberry e Wilson, 2014). Para Brazelton (2006), as

emoções são os arquitetos, os dirigentes e organizadores da nossa mente, ou seja, têm um papel determinante nos pensamentos, influenciando desta forma os comportamentos. Particularmente nos jovens, a instabilidade emocional a que estão sujeitos, torna-os suscetíveis a terem comportamentos geradores de risco, com prejuízo para a sua saúde, e desenvolvimento. No entanto, estes comportamentos integram a conduta exploratória normal da adolescência, sendo a única forma que o jovem tem de testar, experimentar e ensaiar, comportamentos e condutas, para adquirir autonomia e construir uma identidade própria. Assim, será importante ajudar o jovem a vivenciar tantas emoções, desenvolvendo potencialidades e fortalecendo a sua autoestima, para que seja capaz de enfrentar riscos, e escolher adotar comportamentos de saúde. Reconhecida a importância da temática das emoções, na adoção de comportamentos saudáveis no jovem e considerando que muitas enfermeiras da unidade referiram sentir necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, realizou-se uma ação de formação para a equipa de enfermagem, intitulada “Capacitação emocional do jovem – intervenções de enfermagem na adoção de comportamentos saudáveis” (Apêndice IX). Os profissionais de saúde desempenham um importante papel de suporte aos jovens, ajudando-os a manterem-se saudáveis, e a completarem o seu percurso até a adultícia, através da aquisição de conhecimentos, habilidades e confiança (OMS, 2002). O Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010 reconhece tal pressuposto, referindo a necessidade de uma boa prática na intervenção em aos jovens, destacando-se para tal, a preparação técnica e pedagógica dos profissionais (DGS, 2014). A ação de formação foi assim uma forma de partilhar conhecimentos com as enfermeiras, fomentando o seu interesse pela temática, com vista a uma prestação de cuidados de qualidade e sensível à etapa de desenvolvimento do jovem. Deste modo, foram desenvolvidas e treinadas competências de EEESCJ, nomeadamente na sensibilização de profissionais para a importância de trabalhar com o jovem e família, no sentido de facilitar a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Outra atividade realizada no âmbito do desenvolvimento de competências para uma prestação de cuidados especializados ao jovem foi a visita ao Aparece - Espaço Jovem (Apêndice XII). O Aparece é um serviço de saúde dedicado exclusivamente ao atendimento do adolescente, dos 12 aos 24 anos, de

acesso livre e desburocratizado, constituído por uma equipa multidisciplinar, onde se incluem enfermeiras. Segundo a OE (2010b) o adolescente tem direito a ser atendido individualmente, num espaço próprio, no respeito pelos princípios éticos, de autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo. Os serviços de saúde com atendimento ao jovem devem ser sensíveis à etapa de desenvolvimento dos seus clientes, possuindo determinadas características para que os cuidados prestados tenham contributos efetivos para um desenvolvimento harmonioso do adolescente. Para os jovens, um serviço de saúde deve ser acolhedor, situado num local adequado, acessível, com um horário flexível e gratuito. O respeito pela privacidade e confidencialidade de informações é essencial para os adolescentes, recusando a necessidade de serem acompanhados por uma identidade parental. Quanto à equipa de saúde os jovens esperam ser respeitados, que não façam julgamentos, que os ajudem a resolver problemas, sem necessidade de regressar noutro dia, ou de se dirigirem a outro local. A OMS defende pois a existência de “Serviços de Saúde Amigos dos Adolescentes”, que devem ser acessíveis, equitativos, adequados, aceites por todos, compreensíveis, efetivos e eficientes (OMS, 2002). O Aparece pretende ser um “serviço de saúde amigo do jovem”, ou seja, um espaço onde todos os adolescentes podem recorrer livremente, sempre que necessitarem de resolver um problema/situação que lhes provoque mal-estar, esclarecer dúvidas ou obter informações, sem necessidade de agendamento, pagamento ou inscrição. A visita ao Aparece contribuiu assim para a aquisição de conhecimentos e habilidades para trabalhar com o jovem, no sentido de ajudá-lo na sua transição para a vida adulta. Esta atividade permitiu pois o desenvolvimento de competências de EEESCJ, através do reconhecimento de situações que afetam negativamente a vida ou a qualidade de vida do jovem, da necessidade de melhorar a acessibilidade dos jovens aos serviços de saúde e da importância de aproveitar todas as oportunidades de vida do jovem a um ser serviço de saúde para trabalhar adoção de comportamentos potenciadores de saúde, pois tal como refere que a OE (2010b), a presença dos adolescentes nos serviços de saúde constitui uma oportunidade ímpar para promover a sua saúde.

A adolescência é dos períodos mais saudáveis do ser humano, em comparação com outros grupos etários, resultando tal fato numa escassa

procura de serviços de saúde, por parte dos jovens (OE, 2010b). Sendo a escola o principal contexto do adolescente, considerou-se uma oportunidade de contatar com o jovem no seu “habitat natural”, assistir a uma sessão de teatro-debate dirigida a alunos do 10º, 11º e 12º ano, dedicada ao tema dos afetos e da sexualidade, que tomou lugar numa escola secundária (Apêndice X). A sessão de teatro-debate, organizada pela unidade de saúde familiar e pela equipa de saúde escolar, consistiu na dramatização de várias situações do dia-a-dia dos adolescentes, pelo grupo USINA, abordando temas como o início de uma relação amorosa, as doenças sexualmente transmissíveis, ou a gravidez não planeada, com posterior discussão e debate de ideias com os jovens/alunos. Ao longo deste momento dinâmico, a intervenção e participação dos jovens revelou que o tema que lhes era sensível, permitindo conhecer as suas inquietações, expectativas, emoções, sentimentos e principais dúvidas.

A sexualidade, presente no ser humano desde o nascimento, encontra-se ligada ao seu desenvolvimento, constituindo um dos elementos da personalidade. Na adolescência, perante o aparecimento de caracteres sexuais primários e secundários, e a maturação de órgãos, inicia-se a intimidade, ou seja, a maturação sexual. O corpo do jovem muda, e ele aprende a lidar, a aceitar e a fazer uso dele. Essa maturação biológica, que corresponde à transição para a vida adulta é acompanhada de conflitos de sentimentos, de atitudes e práticas sociais relacionadas com o desenvolvimento da sexualidade. A formação da identidade na adolescência envolve pois o desenvolvimento de uma identidade sexual (Hockenberry e Wilson, 2014). Considerando que dois dos problemas de saúde dos jovens, originados pelos seus comportamentos de risco, são as infeções sexualmente transmissíveis, e a parentalidade precoce, então dialogar com os adolescentes acerca de situações no âmbito da sexualidade e dos afetos, é uma forma de os ajudar a lidar com pressões e expectativas que esta fase acarreta, alertando-os para as várias situações de risco possíveis, e empoderando-os para uma tomada de decisão consciente e informada. A Escola enquanto espaço seguro e saudável, facilita a adoção de comportamentos saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa. Além disso a escola, por possuir um ambiente de excelência para a promoção da saúde, tem uma influência decisiva nos comportamentos das crianças e dos

jovens, e portanto no seu desenvolvimento acadêmico e emocional (DGS, 2014). Assim, a escola desempenha um papel crucial na melhoria da educação, da saúde e do bem-estar das crianças e jovens, com contributos para o seu desenvolvimento, destacando-se por ser o local de eleição para realizar promoção da saúde e prevenção da doença, como é exemplo a sessão de teatro-debate referida. A promoção da saúde e do bem-estar assenta no desenvolvimento de competências sociais e emocionais, no aumento de conhecimentos e na redução de comportamentos de risco (DGS, 2014). O Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2014) refere assim que numa perspetiva holística de intervenção em Saúde na Escola é de extrema importância investir no desenvolvimento de competências sociais e emocionais ao longo do percurso escolar, pois ele é o pilar da capacitação, do *empowerment* e da responsabilização, que conduz à aquisição de comportamentos saudáveis. Na promoção do desenvolvimento dessas mesmas competências, encontra-se implicado um processo através do qual as crianças e jovens adquirem conhecimentos, atitudes e capacidades, que aplicam eficazmente na tomada de decisão responsável (DGS, 2014).

Por fim, importa referir que a presença na sessão de teatro-debate proporcionou momentos de proximidade e empatia com os jovens, que permitiram ter um maior conhecimento e compreensão sobre as suas vivências, experiências, opiniões, comportamento, problemas e modo de perspetivar o “mundo”. Esta atividade foi pois um momento de grande aprendizagem, proporcionando o desenvolvimento de competências de EEESCJ no âmbito do atendimento ao jovem, em particular na comunicação com o adolescente, na promoção do seu desenvolvimento e crescimento harmonioso, e progressiva autonomização para as escolhas em saúde.

4 – PROJETOS FUTUROS

A temática, o adolescente e a adoção de comportamentos saudáveis foi sempre uma das áreas de eleição ao longo do meu percurso profissional em cuidados de saúde primários, sentido por isso a necessidade de aprofundar conhecimentos e adquirir competências, para uma prestação de cuidados sensíveis ao adolescente, que o ajudam nas suas escolhas por comportamentos de saúde. No meu local de trabalho os adolescentes são muitas vezes conduzidos para uma consulta de saúde sexual e reprodutiva, parecendo-me tal redutor para tão importante fase do ciclo de vida. Assim, ao longo deste percurso procurei atualizar conhecimentos e treinar técnicas comunicacionais e relacionais, por forma a melhorar o meu atendimento aos jovens. Na prática do meu dia-a-dia denoto que os jovens recorrem pouco ao Centro de Saúde, mas considero que tal paradigma pode mudar. A adolescência é considerada uma etapa do desenvolvimento estratégica para promover a adoção de comportamentos de saúde, pois é onde se reúnem esforços para a construção de uma identidade própria, com identificação de um estilo de vida, sendo portanto o momento certo para adquirir comportamentos e atitudes saudáveis. Da minha prática diária, constatei que as informações dadas aos jovens sobre comportamentos saudáveis, através de folhetos ou em consultas de enfermagem, eram insuficientes para que os adolescentes decidissem adotar ou modificar determinado comportamento pondo em risco a sua saúde futura, ou mesmo originando mal-estar físico ou emocional. Considero agora, que evitar ou prevenir comportamentos “de risco” no adolescente, é extramente difícil, pois isso faz parte da sua conduta exploratória, da sua maneira de agir, do seu viver impulsivo e emocionalmente “agitado”. É através dos comportamentos de risco, que o jovem experimenta e testa as suas atitudes, como se estivesse a aprender a comportar-se, a descobrir-se, e a encontrar o “seu” caminho. A intervenção necessária implica o reforço da autoconfiança e autoestima do jovem, para que este possa ser capaz de escolher, e tomar decisões com conhecimento, e de modo responsável. É essencial capacitar o adolescente, para que tome consciência de si, dos seus comportamentos, atitudes e sentimentos, e como tal influencia a sua saúde e bem-estar. As vivências emocionais dos jovens encontram-se

associadas aos seus comportamentos pois perante todas as transformações a que está sujeito, nesta etapa do ciclo de vida, é esperado que se sinta emocionalmente fragilizado, refletindo-se tal nos seus comportamentos impulsivos, e até mesmo “de risco”. Uma vez que as emoções são o impulso para a ação, determinando a adoção de um comportamento, e se a adolescência é uma fase do desenvolvimento plena de vivências emocionais, então, será plausível considerar intervenções de EEESIP que promovam a capacitação emocional do jovem, ou seja ações que ajudem o jovem a gerir as muitas experiências emocionais, podendo assim escolher de modo livre, informado e consciente, e adotar comportamentos saudáveis.

Será meu desígnio, transpor todas as aprendizagens do período de estágio, todos os conhecimentos das aulas e das pesquisas, todas as competências e habilidades adquiridas, para o meu dia-a-dia, e tornar a minha prática mais especializada com suporte na evidência científica. Na busca pela qualidade dos cuidados prestados, o caminho percorrido constitui uma oportunidade de reflexão da minha prática, de forma a melhorar o meu exercício profissional.

Trabalhar mais de perto com os jovens nas escolas, o seu principal contexto, iniciar o desenvolvimento de uma consulta de enfermagem direcionada para o adolescente, projetar o centro de saúde para o exterior como um local “amigo”, e onde o jovem é bem-vindo, são algumas intervenções que considero fazerem agora sentido colocar em prática. Por fim, será também uma mais-valia motivar e capacitar os restantes elementos da equipa de enfermagem para praticarem cuidados sensíveis ao adolescente, ou seja, cuidados que visem a sua capacitação emocional, facilitando a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, com contributos para o seu desenvolvimento e bem-estar.

5 – CONCLUSÃO

No final deste percurso de 18 semanas de estágio, considero ter atingido os objetivos a que me propus, na aquisição de competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista, e Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, com contributos para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e para uma futura prática de nível avançado, especializada e baseada na evidência. Assim, este relatório de estágio corresponde ao culminar da etapa de estágio, delineada previamente através de um projeto de estágio, e com o objeto de estudo - capacitação emocional do adolescente, visando a adoção de comportamentos saudáveis. Os principais problemas de saúde dos jovens da atualidade, causadores de mal-estar físico, psíquico e social, com compromisso para o seu crescimento e desenvolvimento, foram identificados como sendo: as doenças sexualmente transmissíveis, a parentalidade precoce, os distúrbios alimentares e os consumos nocivos de substâncias. Tais problemas resultam da adoção de determinados comportamentos/conduas, uma vez que a fragilidade e a instabilidade emocional, proveniente das transformações físico-psicossociais, e desenvolvimentos de tarefas inerentes à adolescência, tornam os jovens mais propícios ao risco. Capacitar emocionalmente o adolescente significa ajudá-lo no seu processo de autoconhecimento, a reconhecer competências e capacidades, que lhe permita enfrentar riscos, e lidar positivamente com todas as emoções subjacentes a esta etapa do ciclo de vida. Este empoderamento do jovem é essencial ao desenvolvimento da sua autoestima, autonomia e responsabilidade, propiciando a sua autodeterminação para a adoção de comportamentos de saúde. A capacitação emocional encontra assim sentido no atendimento ao jovem, como forma de promover um desenvolvimento e crescimento harmonioso e saudável.

O espaço de intervenção do EEESCJ é vasto, visando a promoção do mais elevado estado de saúde da criança/jovem, utilizando para tal um modelo de cuidados centrados na família. Nesta perspetiva, nos vários contextos da prática, procurou-se promover a expressão saudável do desenvolvimento da criança/jovem e família, ao longo de todas as idades, adquirindo capacidades e competências de EEESCJ, nomeadamente no âmbito dos cuidados ao recém-nascido/criança/jovem e família, doente/hospitalizado ou saudável. Nesta

aquisição de habilidades para uma prestação de cuidados de nível avançado e como forma de colmatar os objetivos a que me propus inicialmente, foi essencial desenvolver diferentes atividades tidas como experiências gratificantes, e de aprendizagem, nos vários locais de estágio. Na Unidade de Pediatria realço a elaboração de um Dossier Temático sobre o Adolescente hospitalizado, que permitiu atualizar e aprofundar conhecimentos, e a realização de Diários Emocionais dos Jovens Internados, com treino e aquisição de habilidades para uma comunicação sensível e adequada ao estágio de desenvolvimento, promotora da expressão de emoções e sentimentos. Na unidade de internamento de adolescentes destaco a sessão de educação para a saúde realizada acerca da temática das “emoções”, que proporcionou a aquisição de competências para o desenvolvimento de uma relação dinâmica e de parceria com os jovens, com transmissão de conhecimentos relativos ao bem-estar físico e emocional. Na unidade de urgência pediátrica destaco a experiência de prestar cuidados a uma adolescente numa situação de abuso de consumo de álcool, com posterior reflexão em diário de aprendizagem, permitindo desenvolver competências ao nível da capacitação do jovem para uma tomada de decisão responsável. Na unidade de cuidados intensivos pediátricos foi possível adquirir conhecimentos e habilidades relativamente às medidas de avaliação do bem-estar, gestão da dor e terapias não-farmacológicas utilizadas para o alívio da dor no cliente pediátrico. Na unidade de Neonatologia destaco a experiência de acompanhar uma família no momento da alta, alvo de reflexão também em diário de aprendizagem, pelos contributos para o desenvolvimento de capacidades ao nível da avaliação do desenvolvimento da parentalidade e na transmissão de orientações antecipatórias às famílias, com vista à maximização do potencial de desenvolvimento infantil. Na unidade de saúde familiar realço a realização de uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem, que possibilitou a sensibilização para temática da capacitação emocional do adolescente na adoção de comportamentos saudáveis, e a realização de consultas de vigilância, que possibilitaram o desenvolvimento de competências e habilidades no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e da comunicação com criança e família. Em suma, as atividades desenvolvidas permitiram a aquisição de conhecimentos, competências, capacidades e

habilidades para uma futura prestação de cuidados especializados, numa abordagem holística à criança/jovem e família saudável ou doente, visando a maximização do seu potencial de saúde, e em particular ao adolescente numa atitude de empowerment para responder às exigências de um mundo em constante mutação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, M., Azevedo, A. I. M. (2012). “O Adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição?”. *Revista Adolescência & Saúde*. Rio de Janeiro. Volume 9. Número 3. 21-28.

Brazelton, T. B. (2006). *A criança e o seu mundo*. Lisboa: Editorial Presença.

Cardoso, A. C. A. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Dissertação de mestrado. Apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. Disponível em [www.http://repositorio-aberto.up.pt](http://repositorio-aberto.up.pt).

Carta da criança hospitalizada / Instituto de Apoio à Criança (1998). *Humanização dos serviços de atendimento à criança*. Lisboa: IAC. ISBN 972-8003-14-5.

Damásio, A. (1994). *O erro de Descartes*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Damásio, A. (2001). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção, e a Neurobiologia do Sentir*. Mem Martins: Publicações Europa América.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Direção Geral de Saúde (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2010). *Orientação da Direção Geral de Saúde nº14/2010*. Consultado a 14/01/2014. Disponível em www.dgs.pt.

Direção Geral de Saúde (2013a). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 14/08/2013. Disponível em www.dgs.pt.

Direção Geral de Saúde (2013b). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 18/5/2014. Disponível em www.dgs.pt.

Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). "Adolescências... Adolescentes...". *Revista Millenium*. Volume nº32. 141-162.

Fonseca, H. (2012). *Compreender os Adolescentes Um desafio para Pais e Educadores*. 6ª Edição. Barcarena: Editorial Presença.

Gibbs G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Further Education Unit - Oxford Polytechnic.

Goleman, D. (2006). *Inteligência Emocional*. Espanha: Sabádo.

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência. ISBN: 987-989-748-004-1.

José, H., Cruz, F., Vieira, C., Mendes, M. & Vaz, M. (2011). Diários de Aprendizagem e Capacidade Reflexiva em Enfermagem. In *Atas e Comunicações da XI Conferência Ibero-americana de Educação em Enfermagem*. Coimbra.

Latimer, J. (2003). *Investigação qualitativa avançada para a Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde, dos Fundamentos à Ação*. Coimbra: Almedina.

Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira M., Ramiro, L., ... Diniz, J. A. (2012). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana / Universidade Técnica de Lisboa. ISBN 978-989-95849-5-2.

Matos, M. G., Spence, S., Dadds, M., Barrett, P., Gonçalves, A., Simões, C., ... Lebre, P. (2008). *Comunicação, Gestão de conflitos e Saúde na Escola*. 4ª Edição. Lisboa: Edições FMH.

Moniz, J. M. N. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa*. Loures: Lusociência.

Online Etymology Dictionary, acessado a 1/8/2013, disponível em <http://www.etymonline.com>.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-95849-5-2.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acessado a 30/03/2013, e disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. Acessado a 1/8/2013, e disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-23-3.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services – An Agenda for a Change*. Geneva: WHO. Consultado a 18 de Dezembro 2013. Disponível em <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

Papalia, D.E., Olds, S.W., & Felfman, R.D. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.

Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos): Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento Pediátrico. *Pensar Enfermagem*. Volume 14. 24-38.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Portugal, Alto Comissariado da Saúde (2009) – *Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. ISBN 978-989-96263-0-0.

Roxo, J. R. S. (2008). O Toque na prática clínica. *Revista Referência*. Vol. 16.77-89.

Sá-Chaves, I. (2000). *Portfólios Reflexivos, Estratégias de Formação e de Supervisão*. Aveiro: Universidade de Aveiro. ISBN: 9789727892945.

Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*. Vol. 11. 59-62.

Santos, S., Santos, E., Ferrão, A., & Figueiredo, C. (2011). Impacto da doença crónica na adolescência. *Revista Nascer e Crescer*. Vol. 20. Número 1. 16-19.

Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Guia Orientador das Atividades de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Ano letivo 2013/2014 – 2º Ano, 1º Semestre

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Autor:

Joana Luísa de Jesus Cardigos Coelho
(n.º4912)

Docente Orientador:

Professora Paula Diogo

Lisboa

2013

Índice

| | Pág. |
|--|------|
| 1. NOTA INTRODUTÓRIA | 3 |
| 2. ENQUADRAMENTO | 6 |
| 3. OBJETIVOS GERAIS | 13 |
| 4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS, E ATIVIDADES POR CAMPO DE ESTÁGIO | 11 |
| 4.1 – Pediatria | 12 |
| 4.2 – Internamento de Adolescentes | 14 |
| 4.3 - Urgência Pediátrica | 16 |
| 4.4 - Cuidados Intensivos Pediátricos | 17 |
| 4.5 – Neonatologia | 19 |
| 4.6 – Unidade de Saúde Familiar | 20 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 21 |

1. Nota Introdutória

O presente documento surge no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Unidade Curricular de Estágio com Relatório, e representa um guia orientador das atividades desenvolvidas nos vários contextos de estágio, delineadas a partir do projeto de estágio, e com base no diagnóstico de situação realizado no contexto, através de reunião com Enfermeiras chefes e de referência.

A Ciência de Enfermagem detém atualmente um conjunto de conhecimentos, conceitos e teorias que fundamentam a sua prática. Os conceitos mais significativos estão presentes no denominado meta paradigma de Enfermagem, sendo eles: o ambiente, a pessoa, a saúde, e o cuidar. Para Jean Watson, teórica de Enfermagem cujo pensamento, se insere no atual paradigma unitário-transformista, o cuidar ou os cuidados de Enfermagem, centram-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa/família/comunidade, sendo que somente através das relações interpessoais pode o cuidar humano ser demonstrado e praticado com eficácia. Ainda para a mesma autora, o cuidar é a essência da prática de Enfermagem, o seu ideal moral, e não pode ser separado das emoções humanas (Watson, 2002).

A adolescência é uma etapa do ciclo de vida plena de vivências emocionais, marcada por mudanças físicas, psicossociais e cognitivas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a etapa de vida adolescência, corresponde ao período que vai desde a infância, até à adultícia, incluindo indivíduos jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos (Direção Geral de Saúde, 2013).

As teorias de desenvolvimento de Freud, Eriksson, Piaget e Kholberg caracterizam a adolescência, segundo alterações a nível físico, psicológico, social e cognitivo, com procura de autonomia, liberdade e identidade. A fragilidade emocional do jovem, associada à adolescência, surge da alteração da autoimagem, da instabilidade nas relações com a família, das novas relações afetivas com os pares, da descoberta da sexualidade, da

interiorização de valores e conceitos da sociedade, e da definição de um projeto no futuro (Papália, 2001; Wong, 2011).

Ao longo do seu desenvolvimento, o jovem experimenta, testa e ensaia, vários comportamentos e condutas, na busca de uma identidade, com o propósito de se tornar num adulto autónomo e responsável. É deste modo que a adolescência é considerada uma fase crucial no desenvolvimento de comportamentos, pois ao construir a sua identidade, o adolescente está a assumir um estilo de vida. No entanto, a sua conduta exploratória torna-o exposto ao risco, sendo que são os comportamentos de risco do jovem que provocam os seus problemas de saúde, conforme provam estudos atuais (Matos 2012, Relatório do Estudo HBSC - Health Behaviour School Children; Direção Geral de Saúde, 2013).

O pensamento humano, intrincado intimamente com os nossos comportamentos, têm por base as emoções, que atuam como motor para a ação, desempenhando, um papel fundamental na validação dos processos de tomada de decisão (Damásio, 1994; Diogo, 2012). Uma vez que são os comportamentos (de risco) do adolescente que despoletam os seus problemas de saúde, então a promoção de comportamentos saudáveis encontra-se identificada como intervenção de saúde necessária ao jovem, relacionando-se diretamente com seus processos emocionais, pois aquilo que sente – emoções - vai determinar a maneira como se comporta. O atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil reconhece a importância de estimular a opção por comportamentos saudáveis, como forma de promover o desenvolvimento pessoal e social, e a autodeterminação nas crianças e jovens (Direção Geral de Saúde, 2013). Também o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, através da utilização de um modelo concetual centrado na criança e na família, trabalhando em parceria para promover o mais elevado estado de saúde possível, tem como área de particular interesse a promoção da autoestima do adolescente, e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Assim, enquanto futura Enfermeira especialista, a exercer funções em Cuidados de Saúde Primários, e considerando a importância da temática da promoção da saúde no adolescente, o período de estágio tem como finalidade o desenvolvimento de competências e habilidades, que permitam prestar

cuidados de nível avançado, com segurança e competência, à criança/jovem e família, e também iniciar a implementação de uma consulta de atendimento ao adolescente, no meu local de trabalho, por forma a trabalhar com o jovem as suas competências emocionais, para a adoção de comportamentos saudáveis. Este guia orientador espelha de uma forma sucinta o desempenho nos diferentes contextos clínicos onde decorreu a experiência formativa, e encontra-se organizado sob a forma de capítulos: introdução, enquadramento teórico, objetivos gerais para o período de estágio, e objetivos específicos para cada campo de estágio, bem como as atividades desenvolvidas em cada local. Os objetivos específicos são apresentados em forma de tabela, conjuntamente com as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, e os recursos que utilizei para a realização das mesmas.

2. Enquadramento

A adolescência é um tempo de risco, e de oportunidade, inevitável.

Risco, pela vulnerabilidade associada às alterações físicas, cognitivas, sociais e emocionais, normais da adolescência, e pelos desafios e confrontos com o Mundo que rodeia o jovem – pais, pares, professores e profissionais de saúde. Oportunidade, por ser um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos, capazes de influenciar um crescimento e desenvolvimento saudável. Trata-se de uma fase de transição para a vida adulta, marcada pela conduta exploratória do adolescente, na conquista de autonomia, identidade, e liberdade, podendo a mesma ser geradora de prejuízo (repercussões negativas na saúde) ou de vantagem (enriquecimento de potencialidades) (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Os problemas de saúde do jovem resultam precisamente, não de patologias, mas sim, dos seus comportamentos de risco (conduta exploratória), encontrando-se descritos pela Direção Geral de Saúde: consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas), desequilíbrios alimentares (consumo alimentar/sedentarismo), infeções por doenças sexualmente transmissíveis (VIH/Sida) e parentalidade precoce (Direção Geral de Saúde, 2013).

Se os problemas de saúde dos adolescentes da atualidade são o resultado das suas condutas, então a modificação desses comportamentos (de risco), e/ou a promoção de comportamentos saudáveis, é essencial para um crescimento, e desenvolvimento pessoal e social, adequado. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil reconhece a importância de estimular a opção por comportamentos saudáveis, como forma de promover o desenvolvimento pessoal e social, e a autodeterminação nas crianças e jovens (Direção Geral de Saúde, 2013). Nas intervenções de Enfermagem, no âmbito do atendimento ao jovem, a promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para prevenir a doença, assume também lugar de destaque (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). A promoção de comportamentos saudáveis assume-se como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlar a sua saúde, no sentido de a melhorar, e comporta temas como: a nutrição, a prática regular de exercício, a prevenção de

consumos nocivos, a gestão de stress, e a adoção de medidas de segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2010b; Direção Geral de Saúde, 2013).

Se entendermos que os comportamentos de risco são expectáveis no adolescente, sendo a sua forma de ensaiar, experimentar e testar, então é imperativo capacitar o jovem, de modo a que adquira competências para enfrentar esses mesmos riscos, e transformá-los em oportunidades de crescimento e desenvolvimento. No entanto, com o avanço das tecnologias de informação da sociedade atual, informar, não é suficiente para provocar uma mudança, ou estimular para a adoção de um determinado comportamento. O desejo de mudança, ou motivação, para mudar ou adotar determinado comportamento de saúde, relaciona-se com o desenvolvimento saudável da autonomia, da responsabilidade, da autoconfiança, e da autoestima. São estas as aquisições desenvolvimentais, que irão permitir ao adolescente adaptar-se à nova realidade do mundo adulto, e escolher de modo responsável, incluindo adotar comportamentos saudáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Uma das áreas de particular interesse para o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e da Família, é a promoção da autoestima do adolescente, e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Para todos os comportamentos humanos está implícito um processo de tomada de decisão, que no jovem vai ganhando consistência à medida que se torna mais autónomo e responsável, com reforço da autoestima e da autoconfiança. Este processo de tomada de decisão tem por base as emoções vivenciadas, uma vez que para Damásio (1994) sem emoção não há razão, sendo que são as próprias emoções que validam as estratégias de tomada de decisão. Considera-se assim, que as experiências emocionais do adolescente determinam os seus comportamentos, que conseqüentemente influenciam a sua crescente aquisição de autonomia e confiança. As experiências emocionais do adolescente merecem assim destaque, pois a crescente perda de dependência dos pais, as alterações de imagem – perda de um corpo infantil e aceitação de um corpo adulto -, a nova definição de si próprio, a renegociação da relação com a família e amigos (pares), o encontrar de um projeto de vida, são acontecimentos na vida do jovem, que acarretam mudanças, sobretudo a nível emocional e afetivo (Matos, 2008).

Considerando que a etapa de vida adolescência é rica em emoções, e que as mesmas influenciam os comportamentos dos jovens, então a capacitação emocional do adolescente é tida como uma intervenção capaz de promover o desenvolvimento da autoestima e da autoconfiança, com vista à autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada. Trata-se de estimular o “empowerment” do jovem, como forma de influenciar a sua tomada de decisão, e conseqüentemente a sua adoção por comportamentos saudáveis. A Enfermagem, enquanto profissão no âmbito da saúde, que centra o seu exercício profissional numa relação interpessoal entre enfermeiro e pessoa/família/comunidade, numa relação terapêutica, cujo objetivo é ajudar o outro a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde, pode ter um papel nessa mesma capacitação do adolescente.

Jean Watson, uma das teóricas cujo pensamento se integra no atual paradigma unitário-transformista, considera o cuidar como a essência da Enfermagem, e a experiência humana como aquela que diz respeito às emoções e sentimentos das pessoas, no processo de saúde e doença (Watson, 2002). São essas mesmas emoções e sentimentos do adolescente, que se encontram implicadas na adoção de um determinado comportamento, e que por isso são alvo do processo de cuidar. Ainda para a mesma autora, a conceção do cuidar, refere-se à capacidade que os enfermeiros têm de detetar essas emoções, ou seja, de compreender a forma do outro “estar no Mundo” (Diogo, 2012). Compreender a totalidade do jovem, é reconhecer as suas experiências emocionais, e tudo aquilo que determina o seu comportamento, ou seja o seu modo de estar no Mundo. Considerando o metaparadigma de Enfermagem, que inclui os elementos chave da disciplina de Enfermagem, Watson refere-se ao *cuidar* como aquele que promove a saúde e o crescimento individual, à *pessoa* como um ser no “Mundo” em constante crescimento, à *saúde* como a harmonia entre mente, corpo e espírito, e ao *ambiente* do cuidar como aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si (Tomey & Alligood, 2002). O jovem é um ser no Mundo, que se encontra em desenvolvimento e crescimento, determinado a criar uma identidade, desenvolver a sua autonomia, e tornar-se num adulto responsável. A sua saúde, que diz respeito ao bem-estar total - físico e psicossocial – encontra-

se, relacionada com os seus comportamentos, que têm por base as suas muitas experiências emocionais. No atendimento ao jovem e família, os cuidados de enfermagem facilitam o desenvolvimento e crescimento adequado, englobando a promoção de comportamentos saudáveis e consequentemente, a capacitação emocional do adolescente.

Capacitar emocionalmente o adolescente significa conhecer as suas experiências emocionais, respeitar a sua individualidade, reconhecer as suas capacidades, opiniões, sentimentos, competências, e crescente conquista de autonomia, tornando-o no protagonista da solução para os seus problemas, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010b; Phaneuf, 2005). O que se pretende é que o adolescente reflita sobre o seu “problema/situação/necessidade” identificada, sentindo-se apoiado e motivado para fazer as suas próprias escolhas e mudanças de atitude (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Para Phaneuf (2005) conhecer as emoções do outro, é ajudá-lo a tomar consciência das mesmas, e a partir desse conhecimento fazer emergir uma nova realidade, em que a pessoa se apercebe da sua maneira de ser, do seu sentir, e dos seus comportamentos/reações. A tomada de consciência das suas emoções e sentimentos conduz à autorrealização, através da autoaceitação (Watson, 2002). Assim, é no reconhecimento da sua essência (sentimentos e emoções), que o adolescente reforça a sua autoconfiança e autoestima, que o conduz à autonomia e à afirmação do seu ser.

O enfermeiro ao estabelecer uma relação de natureza aberta e colaborativa, com o jovem, leva-o a revelar sentimentos, crenças, problemas e perspetivas, desejos, e significados de experiências, fazendo com que reconheça, assimile e reflita acerca da sua situação. Esta relação deve ser cuidadosamente construída, num investimento não padronizado, conforme a singularidade de cada situação, respeitando os princípios éticos - direito à privacidade, e à confidencialidade de dados. Tal é fundamental, para facilitar o diálogo e a confiança mútua, entre enfermeiro e jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

A entrevista ao adolescente, com a utilização do acrónimo de HEADSS - Home, Education, Activities, Drugs, Sexual Activity/Identify, Suicide/Depression, Secutity - pode ser um dos veículos a utilizar pelo enfermeiro, permitindo o conhecimento dos sistemas biopsicossociais do adolescente, contribuindo para

o conhecimento e identificação precoce de situações de saúde/doença, e seus significados/impacto na vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Durante toda a entrevista devem ser trabalhadas a motivação, os espaços e posturas favoráveis à expressão de valores e conhecimentos, e aos momentos de reflexão, elementos que favoreçam o controlo da própria vida, e a responsabilização e participação amplas nas decisões que lhe dizem respeito (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Um adolescente capaz de fazer um exercício de introspeção, e reconhecer as suas emoções e sentimentos, é um adolescente que se conhece, que conquista autonomia e responsabilidade, e que desenvolve a capacidade de afirmação do seu ser. Este será certamente um jovem adulto capaz de tomar decisões corretas acerca dos seus comportamentos em saúde, e optar por um estilo de vida saudável. A Enfermagem detém um papel fulcral no apoio e motivação do jovem e família ao longo do seu processo de autoconhecimento, facilitando um desenvolvimento harmonioso.

3. Objetivos Gerais

Ao longo do período de estágio de 18 semanas, integrei várias unidades e serviços hospitalares, que denominei de campos de estágio, sendo eles: Internamento de Pediatria, Internamento de Adolescentes, Urgência Pediátrica, Cuidados Intensivos Pediátricos, Neonatologia, e Unidade de Saúde Familiar.

Defini como objetivos gerais, transversais aos vários campos de estágio:

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família;
- ✓ Aquisição de conhecimentos e habilidades na resposta às necessidades do adolescente e família, nomeadamente no âmbito da capacitação emocional, para a adoção de comportamentos saudáveis.

4. Objetivos Específicos e Respetivas Atividades

Para uma mais fácil compreensão, neste capítulo encontram-se esquematizados em quadros, os objetivos específicos, as atividades desenvolvidas, e os recursos utilizados, para os vários campos de estágio já referidos.

4.1 – Unidade de Pediatria

| Objetivos Específicos | Atividades | Recursos |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta de manuais, normas e procedimentos do serviço; ▪ Entrevista à Enfermeira de referência. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuais, normas e procedimentos do serviço; ▪ Guia de orientação das atividades de estágio. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as estratégias comunicacionais utilizadas pela equipa de enfermagem na promoção de uma relação de confiança com o adolescente. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista à Enfermeira de referência; ▪ Observação e reflexão com a Enfermeira de referência acerca das práticas. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de Entrevista; ▪ Guia de orientação das atividades de estágio. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicar com o Jovem e família, mobilizando estratégias de comunicação adequadas, respeitando a sua cultura e valores, salvaguardando princípios da confidencialidade, privacidade e sigilo; ▪ Facilitar a comunicação expressiva de emoções. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar momentos de expressão emocional na relação com o jovem, através da escrita e análise, de “diários emocionais”. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Diários emocionais” relatados pelos jovens; |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar com a equipa, na prestação de cuidados à criança e jovem/família, em situações de internamento, no sentido da promoção do seu crescimento e desenvolvimento. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação da prestação de cuidados do Enfermeiro de referência, e do Enfermeiro do Hospital de Dia; ▪ Realização de diário de aprendizagem sobre situação significativa, relacionada com as emoções do adolescente hospitalizado. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ciclo Reflexivo de Gibbs; ▪ Consulta de manuais relevantes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Guias orientadores de boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; ✓ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; ✓ Princípios Orientadores – Saúde dos Adolescentes da Direção Geral de Saúde; |

4.1 – Unidade de Pediatria (continuação)

| Objetivos Específicos | Atividades | Recursos |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Participar nos cuidados à criança e jovem hospitalizados tendo em conta a parceria e o <i>empowerment</i> do cliente pediátrico. | <ul style="list-style-type: none">▪ Acompanhar a Enfermeira de referência nos cuidados e refletir sobre as situações da prática;▪ Elaboração de dossier temático sobre, o cuidar ao adolescente hospitalizado e com doença crónica;▪ Elaboração de fichas de leitura da pesquisa bibliográfica consultada. | <ul style="list-style-type: none">▪ Ciclo Reflexivo de Gibbs;▪ Base de dados internacionais para pesquisa de artigos relevantes;▪ Consulta de manuais relevantes:<ul style="list-style-type: none">✓ Guias orientadores de boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;✓ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;✓ Princípios orientadores – Saúde dos adolescentes da Direção Geral de Saúde; |

4.2 – Internamento de Adolescentes

| Objetivos Específicos | Atividades | Recursos |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta de manuais, normas e procedimentos do serviço; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuais, normas e procedimentos do serviço; ▪ Guia de orientação das atividades de estágio; |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar com a equipa, na prestação de cuidados à criança e jovem/família, em situações de internamento, no sentido da promoção do seu crescimento e desenvolvimento; ▪ Participar nos cuidados ao adolescente hospitalizado, tendo em conta as alterações da autoimagem, e a promoção da autoestima e do autocuidado; ▪ Comunicar com o Jovem e família, mobilizando estratégias de comunicação adequadas, com respeito pelos princípios da confidencialidade, privacidade e sigilo. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação da prestação de cuidados da Enfermeira orientadora; ▪ Acompanhar a Enfermeira de referência nos cuidados e refletir sobre as situações da prática; ▪ Realização de diário de aprendizagem sobre situação significativa, relacionada com as emoções no adolescente hospitalizado; ▪ Elaboração de fichas de leitura da pesquisa bibliográfica consultada. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guia de orientação das atividades de estágio; ▪ Base de dados internacionais para pesquisa de artigos relevantes; ▪ Consulta de manuais relevantes; ▪ Ciclo Reflexivo de Gibbs. |

4.2 – Internamento de Adolescentes (continuação)

| Objetivos Específicos | Atividades | Recursos |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Refletir com os adolescentes acerca da adoção de comportamentos saudáveis; ▪ Facilitar a comunicação expressiva de emoções; ▪ Proporcionar sentimentos de pertença/vinculação e relação dinâmica, entre pares. ▪ Promover a autoestima do adolescente, e a autodeterminação nas escolhas de saúde; ▪ Facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde na criança e no jovem. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de entrevista, ao adolescente hospitalizado utilizando o acrónimo de HEEADSSS; ▪ Realização de sessão de educação para a saúde, com reflexão acerca do tema – emoções e comportamentos humanos; ▪ Elaboração de poster, com os recursos de atendimento ao jovem na comunidade. ▪ Acompanhar a Enfermeira orientadora nos cuidados e refletir sobre as situações da prática; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de entrevista, recorrendo ao acrónimo de HEEADSSS; ▪ Consulta de manuais relevantes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; ✓ Guias Orientadores de Boas Práticas em Saúde Infantil e Juvenil, da Ordem dos Enfermeiros; ✓ Princípios orientadores Saúde dos Adolescentes da Direção Geral de Saúde; ▪ Pesquisa sobre recursos de atendimento ao adolescente na comunidade. |

4.2 – Urgência Pediátrica

| Objetivos Específicos | Atividades | Recursos |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta de manuais, normas e procedimentos do serviço; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuais, normas e procedimentos do serviço; ▪ Guia de orientação das atividades de estágio; |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar com a equipa, na prestação de cuidados à criança/jovem e família, em situações emergentes; ▪ Comunicar com a criança/jovem e família, mobilizando estratégias de comunicação adequadas, com respeito pela sua cultura e valores, salvaguardando princípios da confidencialidade, privacidade e sigilo ▪ Reconhecer as estratégias utilizadas pelos adolescentes na regulação das suas emoções, em situações emergentes; ▪ Facilitar a comunicação expressiva de emoções, por parte dos adolescentes; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação da prestação de cuidados da Enfermeira de referência; ▪ Acompanhamento da Enfermeira de referência nos cuidados e reflexão sobre situações da prática; ▪ Realização de diário de aprendizagem acerca de situação significativa – O adolescente, a vivência da morte e luto; ▪ Elaboração de fichas de leitura da pesquisa bibliográfica consultada. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guia de orientação das atividades de estágio; ▪ Guião de observação; ▪ Base de dados internacionais para pesquisa de artigos relevantes; ▪ Consulta de manuais relevantes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; ✓ Guia Orientador de Boas Práticas em Saúde Infantil e Juvenil, da Ordem dos Enfermeiros; ✓ Princípios Orientadores Saúde do Adolescentes da Direção Geral de Saúde ▪ Ciclo Reflexivo de Gibbs. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a autoestima do adolescente, e a autodeterminação nas escolhas de saúde; ▪ Facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde na criança e no jovem. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento da Enfermeira de referência nos cuidados e reflexão sobre situações da prática; ▪ Participação no 1º Encontro Nacional de Boas Práticas em Prevenção e Controlo do Tabagismo – “Jovens e tabaco, como intervir?” | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta de manuais relevantes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; ✓ Guia Orientador de Boas Práticas em Saúde Infantil e Juvenil, da Ordem dos Enfermeiros; ✓ Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo; ✓ Norma orientadora da Direção Geral de Saúde. |

4.3 – Cuidados Intensivos Pediátricos

| Objetivos Específicos | Atividades | Recursos |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta de manuais, normas e procedimentos do serviço; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuais, normas e procedimentos do serviço; ▪ Guia de orientação das atividades de estágio; |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar com a equipa, na prestação de cuidados à criança/jovem e família, em risco eminente de vida; ▪ Comunicar com a criança/jovem e família, mobilizando estratégias de comunicação adequadas, com respeito pela sua cultura e valores, salvaguardando princípios da confidencialidade, privacidade e sigilo; ▪ Criar oportunidades relacionais e de comunicação com as crianças/jovens e famílias, que permitam compreender o impacto, do processo de doença e hospitalização, reconhecendo necessidades e forças/capacidades; ▪ Proporcionar momentos de relação dinâmica com crianças/jovens e famílias, facilitadoras da aquisição de conhecimentos e habilidades para uma adaptação adequada à doença/incapacidade; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação da prestação de cuidados da Enfermeira de referência; ▪ Acompanhamento da Enfermeira de referência nos cuidados e reflexão sobre situações da prática; ▪ Realização de diário de aprendizagem acerca de situação significativa; ▪ Elaboração de fichas de leitura da pesquisa bibliográfica consultada. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guia de orientação das atividades de estágio; ▪ Base de dados internacionais para pesquisa de artigos relevantes; ▪ Ciclo Reflexivo de Gibbs. ▪ Consulta de manuais relevantes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; ✓ Guias Orientadores de Boas Práticas em Saúde Infantil e Juvenil, da Ordem dos Enfermeiros; ✓ Guia Orientador de boa prática – “Estratégias não-farmacológicas no controlo da dor”, da Ordem dos Enfermeiros; ✓ Princípios orientadores Saúde dos Adolescentes da Direção Geral de Saúde. |

4.3 – Cuidados Intensivos Pediátricos (Continuação)

| Objetivos Específicos | Atividades | Recursos |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover o bem-estar físico, e psicológico, da criança e jovem, nomeadamente através da utilização de medidas farmacológicas, e terapias não farmacológicas na gestão da dor; ▪ Reforçar a imagem corporal positiva do jovem/adolescente; ▪ Facilitar a comunicação expressiva de emoções no jovem/adolescente e família; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação da prestação de cuidados da Enfermeira de referência; ▪ Acompanhamento da Enfermeira de referência nos cuidados e reflexão sobre situações da prática; ▪ Realização de diário de aprendizagem acerca de situação significativa; ▪ Elaboração de fichas de leitura da pesquisa bibliográfica consultada. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guia de orientação das atividades de estágio; ▪ Base de dados internacionais para pesquisa de artigos relevantes; ▪ Ciclo Reflexivo de Gibbs. ▪ Consulta de manuais relevantes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; ✓ Guias Orientadores de Boas Práticas em Saúde Infantil e Juvenil, da Ordem dos Enfermeiros; ✓ Guia Orientador de boa prática – “Estratégias não-farmacológicas no controlo da dor”, da Ordem dos Enfermeiros; ✓ Princípios orientadores Saúde dos Adolescentes da Direção Geral de Saúde. |

4.4 – Neonatologia

| Objetivos Específicos | Atividades | Recursos |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta de manuais, normas e procedimentos do serviço; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuais, normas e procedimentos do serviço; ▪ Guia de orientação das atividades de estágio; |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar com a equipa, na prestação de cuidados ao recém-nascido doente e família/pessoa significativa; ▪ Comunicar com a família/pessoa significativa, no respeito pela sua cultura e valores; ▪ Estabelecer relação dinâmica com a família, facilitadora da expressão de emoções, dificuldades e necessidades sentidas; ▪ Promover momentos de parceria com a família, facilitadores da aprendizagem de habilidades, relativos à saúde e segurança do recém-nascido; ▪ Proporcionar envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, como forma de reforçar a vinculação. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação da prestação de cuidados da Enfermeira de referência; ▪ Acompanhamento da Enfermeira de referência nos cuidados e reflexão sobre situações da prática; ▪ Realização de diário de aprendizagem acerca de situação significativa; ▪ Elaboração de fichas de leitura da pesquisa bibliográfica consultada. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guia de orientação das atividades de estágio; ▪ Base de dados internacionais para pesquisa de artigos relevantes; ▪ Ciclo Reflexivo de Gibbs; ▪ Consulta de manuais relevantes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; ✓ Guias Orientadores de Boas Práticas em Saúde Infantil e Juvenil, da Ordem dos Enfermeiros; |

4.5 – Unidade de Saúde Familiar

| Objetivos Específicos | Atividades | Recursos |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta de manuais, normas e procedimentos do serviço; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuais, normas e procedimentos do serviço; ▪ Guia de orientação das atividades de estágio; |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar com a equipa, na prestação de cuidados à criança/jovem e família, em resposta às necessidades do ciclo de vida, e do seu desenvolvimento; ▪ Comunicar com a criança/jovem e família, mobilizando estratégias de comunicação adequadas, com respeito pela sua cultura e valores, salvaguardando princípios da confidencialidade, privacidade e sigilo; ▪ Criar oportunidades relacionais com as crianças/jovens e famílias, facilitadoras da promoção da autoestima do adolescente, e autodeterminação das escolhas em saúde; ▪ Promover o crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, considerando a maximização do seu potencial; ▪ Proporcionar momentos de relação dinâmica com os jovens e famílias, que permitam a comunicação expressiva de emoções. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação da prestação de cuidados da Enfermeira de referência; ▪ Acompanhamento da Enfermeira de referência nos cuidados e reflexão sobre situações da prática; ▪ Elaboração de fichas de leitura da pesquisa bibliográfica consultada; ▪ Visita ao APARECE – espaço de atendimento ao jovem; ▪ Realização de ação de formação à equipa de enfermagem sobre o tema: Intervenções de enfermagem - capacitação emocional do adolescente, para a adoção de comportamentos saudáveis; ▪ Elaboração de panfleto sobre diversificação alimentar no 1º ano de vida; ▪ Participação na sessão de teatro-debate na Escola. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guia de orientação das atividades de estágio; ▪ Base de dados internacionais para pesquisa de artigos relevantes; ▪ Ciclo Reflexivo de Gibbs; ▪ Guião de Entrevista; ▪ Consulta de manuais relevantes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; ✓ Guias Orientadores de Boas Práticas em Saúde Infantil e Juvenil, da Ordem dos Enfermeiros; ✓ Princípios orientadores Saúde dos Adolescentes da DGS; ✓ Ata Pediátrica sobre alimentação no 1º ano de vida, da Sociedade Portuguesa de Pediatria |

5. Referências Bibliográficas

- Damáσιο, A. (1994). *O erro de Decartes*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. Loures: Lusociência
- Direção Geral de Saúde (1996). *Saúde em Portugal: Uma estratégia no virar no século*. Orientações para 1997. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*, Vol. II – Orientações Estratégicas. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 14/08/2013. Disponível em www.dgs.pt
- Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira M., Ramiro, L., ... Diniz, J. A. (2012). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana / Universidade Técnica de Lisboa. ISBN 978-989-95849-5-2
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento n.º 123/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido a 30/03/2013. Obtido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-95849-5-2
- Papalia, D.E., Olds, S.W., Felfman, R.D. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência

APÊNDICE II

Dossier Temático – O adolescente hospitalizado

DOSSIER TEMÁTICO – O ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

Enquadramento

A adolescência é uma etapa do ciclo de vida plena de vivências emocionais, marcada por mudanças físicas, psicossociais e cognitivas, como a alteração da autoimagem, a instabilidade nas relações com a família, as novas relações afetivas com os pares, a descoberta da sexualidade, a interiorização de valores e conceitos da sociedade, e a definição de um projeto no futuro (Papália, 2001; Hockenberry, 2011). Perante tal instabilidade emocional, e associando à conduta exploratória característica da adolescência, o jovem encontra-se mais exposto ao risco, sendo que os seus problemas de saúde resultam sobretudo de comportamentos de risco, e não da patologia em si (Matos 2012, Relatório do Estudo HBSC - Health Behaviour School Children; Direção Geral de Saúde, 1996, 2004).

Se os problemas de saúde dos adolescentes resultam dos seus comportamentos, é essencial que tomem consciência dos mesmos, para que possam modificar essas condutas, ou optem por outras, que não prejudiquem a sua saúde, e conseqüentemente o seu desenvolvimento. O atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil reconhece precisamente a importância de estimular a opção por comportamentos saudáveis nos jovens, como forma de promover o desenvolvimento pessoal e social (Direção Geral de Saúde, 2013).

A conduta exploratória assumida pelos jovens, através de comportamentos de risco, é a sua forma de conquistar autonomia, responsabilidade e criar uma identidade própria (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A promoção da autonomia, da responsabilidade, da autoconfiança e da autoestima, fazem parte das grandes aquisições no desenvolvimento do adolescente, que lhe permite adquirir competências e habilidades para lidar com os riscos, enfrentar os desafios e as dificuldades, e optar por comportamentos potenciadores de um desenvolvimento e crescimento saudável. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem assume como uma das áreas de particular interesse, a promoção da autoestima do adolescente, e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, a e b, 2010).

A adolescência é considerada como a etapa do ciclo de vida essencial ao desenvolvimento e aquisição de comportamentos de saúde, constituindo a presença dos adolescentes nos serviços de saúde uma oportunidade ímpar para potenciar competências, que lhes permitam enfrentar desafios, assumir responsabilidades, e participar ativamente em tudo que lhe diz respeito, incluindo a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros b, 2010). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem desenvolve uma relação de parceria com o jovem e família, em qualquer contexto em que ele se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível, ajudando a tornar-se num adulto autónomo, responsável, capaz de tomar decisões, incluindo no que respeita à sua saúde, e de desenvolver afetos e integrar-se na sociedade (Ordem dos Enfermeiros a, 2010).

O internamento hospitalar do jovem e família, embora reconhecido como momento de destabilização na sua vida, pode constituir-se também numa oportunidade de educação para o jovem, no sentido em que pode promover novas experiências em relação à doença, aperfeiçoar o autodomínio, que reforça a tomada de decisão, e que aumenta a sua independência e a sua autoconfiança (Barroqueiro,1996). No sentido de ajudar o adolescente no seu processo de aquisição de autonomia, é necessário conhecê-lo verdadeiramente, o que implica compreender as suas expectativas, necessidades físicas, emocionais e sociais, sentimentos e emoções, sendo essencial criar momentos de expressão, no sentido de reduzir a ansiedade do momento – hospitalização, processo de doença crónica – e aumentar a confiança, que por sua vez desenvolve a autonomia.

A carta da criança hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1998) afirma que toda a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família. Torna-se assim essencial deter conhecimentos e habilidades para uma abordagem efetiva ao adolescente e família, recorrendo à evidência científica, como forma de fundamentar a tomada de decisão e de desenvolver boas práticas. Neste sentido, a elaboração de um dossier temático acerca da problemática do adolescente hospitalizado foi uma atividade desenvolvida no estágio na Unidade de Pediatria, com o intuito de desenvolver competências e alargar conhecimentos, para uma prestação de cuidados ao adolescente, de nível especializado.

Planeamento

Considerando a presença de vários adolescentes na Unidade de Pediatria, e tendo em conta importância que o internamento hospitalar assume na vida de uma jovem e família, nomeadamente no desenvolvimento da sua autonomia, tornou-se oportuno pesquisar e refletir acerca da temática – o adolescente hospitalizado.

Com o objetivo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, foi assim realizado, ao longo do estágio na unidade de Pediatria, um dossier temático, subordinado ao tema – O adolescente hospitalizado. O dossier temático constitui-se como uma ferramenta que serve para reunir vários documentos, de diferentes fontes, que se referem a um mesmo tema, de modo a tornar mais fácil a sua consulta, pela equipa de saúde.

Execução

Para a elaboração do dossier temático, foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados SciELO Portugal, e selecionados 6 artigos de acordo com a temática, pertinência, e atualidade (data de publicação). Após leitura, foi elaborado um resumo de cada artigo, para uma mais fácil consulta, e compreensão dos mesmos. O dossier temático divide-se pelos seguintes capítulos: introdução, resumo dos artigos, artigos em texto integral, conclusão, e listagem de fontes selecionadas. Para que possa ser consultado pelos vários elementos da equipa de Enfermagem, e outros técnicos de saúde, e acrescentado com outros artigos da temática, considerados revelantes, o dossier temático ficou disponível no serviço de Pediatria.

Avaliação

No âmbito do estágio na unidade de pediatria, a elaboração do dossier temático sobre o adolescente hospitalizado assumiu-se pela necessidade sentida em aprofundar conhecimentos nesta área. Exercendo funções em cuidados de saúde primários, a realidade do contexto hospitalar encontra-se um pouco distante do meu dia-a-dia, pelo que se tornou imprescindível atualizar e aprofundar conhecimentos, para poder responder com segurança e competência, às situações vividas, com vista à satisfação das necessidades identificadas e situações de maior complexidade, dos

jovens e famílias. Através da elaboração do presente dossier temático foi possível alargar conhecimentos, recorrendo a evidência científica atual, como forma de desenvolver competências específicas de enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ao proporcionar o desenvolvimento do autoconhecimento sobre a temática do adolescente hospitalizado, tornou a minha prática mais especializada, e baseada em conhecimentos sólidos e válidos.

A ampliação de conhecimentos na temática do adolescente hospitalizado permitiu-me desenvolver habilidades para trabalhar em parceria com o jovem e família, utilizando técnicas de comunicação adequadas, providenciando cuidados promotores de ganhos em saúde.

Considerando o meu objeto de estudo - capacitar emocionalmente o jovem para a adoção de comportamentos saudáveis - atento que a realização deste dossier temático proporcionou-me ainda o desenvolvimento de capacidades para prestar cuidados ao jovem/família de maior complexidade, tendo em conta a estimulação do seu empowerment, o reforço da autoestima e da autoconfiança, promovendo a autodeterminação nas suas escolhas em saúde.

Referências Bibliográficas

Barroqueiro (1995), M. C. M. G., *Experiência de hospitalização no adolescente: uma abordagem fenomenológica*. Dissertação de Mestrado acedida em 2/10/2013. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/220>.

Carta da criança hospitalizada / Instituto de Apoio à Criança (1998). *Humanização dos serviços de atendimento à criança*. Lisboa: IAC. ISBN 972-8003-14-5

Direção Geral de Saúde (1996). *Saúde em Portugal: Uma estratégia no virar no século*. Orientações para 1997. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*, Vol. II – Orientações Estratégicas. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 14/08/2013. Disponível em www.dgs.pt

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

Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira M., Ramiro, L., ... Diniz, J. A. (2012). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana / Universidade Técnica de Lisboa. ISBN 978-989-95849-5-2

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento n.º 123/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido a 30/03/2013. Obtido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticiasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. ISBN: 978-989-95849-5-2

Papalia, D.E., Olds, S.W., & Felfman, R.D. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa. Editora McGraw-Hill de Portugal.



Dossier Temático

O adolescente hospitalizado

Elaborado por: Joana Coelho

Aluna ESEL da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

| | Págs. |
|--------------------------------------|--------------|
| Índice | |
| 1. Introdução | 3 |
| 2. Artigos selecionados | 5 |
| 3. Conclusão | 9 |
| 5. Referências Bibliográficas | 11 |

Anexos

Anexo 1 – Artigo “Adolescents with chronic condition: challenges living, challenges treating.”

Anexo 2 – Artigo “Autonomia do cuidado na perspectiva de viver saudável do adolescente.”

Anexo 3 – Artigo “Crianças e Adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças?”

Anexo 4 – Artigo “Impacto da doença crônica na adolescência.”

Anexo 5 – Artigo “Intervenção do Enfermeiro junto do adolescente/família hospitalizado.”

Anexo 6 – Artigo “O Adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição.”

1. Introdução

A adolescência é uma etapa do ciclo de vida marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, emocionais, afetivas, cognitivas e sociais, vivenciadas num determinado contexto cultural. A OMS (Organização Mundial de Saúde) atribui a designação de adolescentes e jovens, aos indivíduos que têm entre os 10 e 19 anos, e entre os 15 e 24 anos, respetivamente (DGS, 2013). Mais do que a passagem da infância para a vida adulta, a adolescência é um processo de transição dinâmico, com características próprias. O desenvolvimento efetivo do adolescente exige a conquista de autonomia, e busca de uma identidade, com crescente capacidade para tomar decisões e assumir responsabilidades, nomeadamente no que respeita à sua saúde. O progressivo aperfeiçoar dos processos de tomada de decisão, a definição de “si próprio”, e a consciência de si (do self), faz com que adolescência seja um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a sua saúde no futuro.

A presença do adolescente nos serviços de saúde constitui uma oportunidade para potenciar as competências desenvolvimentais até aí adquiridas, pois são elas que lhe permitem compreender melhor o mundo que o rodeia, assumir responsabilidades, e participar ativamente em tudo que lhe diz respeito. O reconhecimento da autonomia no adolescente desenvolve a sua autoconfiança, e autoestima, o que estimula a crescente responsabilização pela sua própria saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). Os grandes acontecimentos decorrentes da adolescência – alterações da imagem, crescente independência dos pais, nova definição de si próprio, renegociação da relação com a família e amigos (pares), definição de um projeto de vida - acarretam mudanças, sobretudo a nível emocional e afetivo, fazendo com que os adolescentes se sintam inseguros e emocionalmente instáveis. A experiência da hospitalização, e de um processo de doença, torna o adolescente ainda mais fragilizado. Segundo Barroqueiro (1996), para o adolescente a hospitalização pode constituir um maior desequilíbrio para a sua vida, pelo facto de este se encontrar numa fase “turbulenta” do seu desenvolvimento, marcada por transformações e instabilidade emocional.

Afastados dos amigos (pares), da escola, da família, num ambiente que lhe é estranho, desprovido das suas rotinas diárias, o adolescente experimenta sentimentos de solidão, e de frustração. De acordo com Barroqueiro (1996), o hospital é para a maioria dos adolescentes um local desconhecido, com pessoas estranhas, onde existe dor, sofrimento e rotinas muito diferentes do seu ambiente familiar. No entanto, a hospitalização pode constituir uma oportunidade de educação para o adolescente, no sentido em que pode promover novas experiências em relação à doença, aperfeiçoar o autodomínio, que reforça a tomada de decisão, que aumenta a independência e a autoconfiança do adolescente (Barroqueiro, 1996).

O processo de tomada de decisão no adolescente ganha consistência com a aquisição de autonomia, independência, responsabilidade e autoconfiança. Uma das linhas de intervenção do novo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) remete-nos precisamente para a promoção do desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. O Enfermeiro é o profissional de saúde com competências para trabalhar em parceria com a criança e jovem/família, no sentido de promover o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), e portanto com um papel preponderante no desenvolvimento saudável da sua autonomia, responsabilidade, e autoestima.

Neste dossier temático procurei reunir científicos relevantes relacionados sobre a problemática do adolescente hospitalizado, nomeadamente acerca das intervenções de enfermagem, o impacto da doença crónica, a autonomia no autocuidado e os desafios de viver e tratar, a doença crónica.

2. Artigos Seleccionados

Neste segundo capítulo apresentam-se os artigos seleccionados, que se encontram anexo, após pesquisa bibliográfica em bases de dados, e revistas de Enfermagem.

Artigo 1- *“Adolescents with chronic condition: challenges living, challenges treating.”*
(Anexo 1)

Fonte: Thelancet.com, Vol. 369, Abril, 2007

Resumo: O adolescente hospitalizado e/ou com doença crónica não deixa de ser “adolescente”, com todas as características inerentes ao seu grupo etário, nomeadamente no que diz respeito à conduta exploratória, instabilidade e fragilidade. Os últimos estudos na área apoiam que o adolescente com doença crónica encontra-se duplamente em desvantagem: sendo atraído por comportamentos de risco, à semelhança dos seus pares “saudáveis”, apresenta ainda um potencial elevado para as consequências adversas que possam advir desses mesmos comportamentos. Para melhorar a qualidade de vida dos jovens com doença crónica, é necessário identificar estratégias de aquisição de competências sociais e emocionais, que promovam o desenvolvimento da sua autonomia.

Artigo 2 – *“Autonomia do cuidado na perspectiva de viver saudável do adolescente.”*
(Anexo 2)

Fonte: Revista de Enfermagem de Referência, Série III, nº 4 – Julho 2011

Resumo: Artigo de investigação que revela um estudo realizado com o objetivo de compreender o significado da “autonomia no cuidado”, para o adolescente, e sua relação com a perspectiva de um viver saudável. Da análise de entrevistas a adolescentes, pais, professores e enfermeiros, surgiram 9 categorias de classificação, tomando-se como foco de atenção a categoria de “o adolescente expressa a necessidade de ajuda na construção da autonomia, para o autocuidado”. Esta revela que ao longo do processo de construção da autonomia, o adolescente experimenta inúmeras emoções e sentimentos, nalguns casos contraditórios. Embora empenhado em conquistar a sua autonomia, o adolescente apercebe-se da

forte dependência que tem para se “auto-cuidar”, em relação à família, que assume o papel de protetora, educadora, orientadora, e cuidadora. Perante a sua responsabilidade no cuidar, cabe ao enfermeiro intervir no desenvolvimento da autonomia do adolescente para o autocuidado, no decurso do processo de promoção e educação para a saúde.

Artigo 3 – *“Crianças e Adolescentes com doença crónica: convivendo com mudança.”* (Anexo 3)

Fonte: Revista Latino Americana de Enfermagem, pp.552-560, Julho-Agosto 2002 (www.eerp.usp.br/rlaenf)

Resumo: Artigo de investigação que apresenta um estudo realizado com o objetivo de compreender a dimensão do impacto que a doença crónica tem na vida das crianças/jovens, dando voz às suas vivências singulares. As crianças/jovens com doença crónica vêm as suas rotinas diárias alteradas por internamentos hospitalares frequentes, devido a exames ou tratamentos, com impacto também na sua escolarização. Considerando que as crianças/jovens com doença crónica experienciam muitas emoções e sentimentos ao longo do seu processo de saúde-doença, torna-se fundamental ao profissional de saúde reconhecer a existência dessas mesmas sensações, e incorporá-las nos seus planos de cuidados, numa intervenção efetiva. A criança/jovem deve ter um papel ativo, no sentido de estimular as suas potencialidades, treinar a autonomia e a independência, e como forma de recuperar a “normalidade”, e de manter um crescimento e desenvolvimento saudável.

Artigo 4 – *“Impacto da doença crónica na adolescência.”* (Anexo 4)

Fonte: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia - Nascer e Crescer, Vol XX, nº1, 2011

Resumo: Artigo que apresenta investigação realizada a jovens com doença crónica, seguidos numa consulta de adolescentes, com o objetivo de avaliar se a doença crónica influencia a adoção de comportamentos de risco, nomeadamente, relações sexuais desprotegidas, consumo de drogas, tabaco e álcool. A doença crónica perturba a vida do adolescente, e requer uma constante adaptação, no entanto um

jovem com doença crónica continua a ser um adolescente, com todas as implicações inerentes ao seu estágio. As alterações biopsicossociais da adolescência podem ter repercussões na doença crónica, e esta por sua vez pode influenciar o comportamento social e sexual do jovem. Assim, para além de abordar as questões referentes à doença crónica, o profissional de saúde deve trabalhar com o adolescente a temática da prevenção e da promoção de comportamentos saudáveis.

Artigo 5 – *“Intervenção do Enfermeiro junto do adolescente/família hospitalizado.”*
(Anexo 5)

Fonte: Revista ENFormação – Revista da Associação Científica de Enfermeiros do Centro Hospitalar Lisboa Central, nº11, p. 14-17, 2011
(<http://hdl.handle.net/10400.17/786>)

Resumo: A hospitalização do adolescente pode constituir uma situação de desequilíbrio, numa fase do ciclo de vida por si só marcada por grandes transformações, e instabilidade. Verifica-se uma interrupção das rotinas diárias, podendo o adolescente desenvolver sentimentos de frustração, ansiedade e preocupação, pelo afastamento social (escola e amigos) e pelo “desconhecido” (hospital). A intervenção do enfermeiro junto do jovem e família, hospitalizado, deve ser envolta em humanização, de um modo holístico e individualizado. Ao cuidar do adolescente hospitalizado o enfermeiro deve ir ao encontro do jovem, das suas necessidades, sentimentos, emoções, criando oportunidades de expressão, das mesmas. A experiência da hospitalização deve ser encarada como uma oportunidade educacional capaz de promover novas experiências relativamente à doença, ao hospital e profissionais de saúde, favorecendo o autodomínio, e fomentando a autonomia e a autoconfiança no adolescente.

Artigo 6 – *“O Adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição.”* (Anexo 6)

Fonte: Revista Adolescência e Saúde, Vol.9, n.3, p.21-28, Julho – Setembro 2012

Resumo: Este artigo remete-nos para um estudo realizado com o objetivo de identificar os sentimentos e necessidades sentidas pelos jovens durante

hospitalização, e conhecer a sua percepção acerca de uma Unidade de Adolescentes. A adolescência é considerada como uma fase de transição, para a vida adulta, marcada por mudanças físicas, psicossociais e cognitivas. Recorrendo à teoria de Meleis, considera-se que o adolescente hospitalizado encontra-se numa situação de tripla transição: desenvolvimental, saúde-doença e situacional. As transições saúde-doença e situacional são apontadas pelos jovens como os aspetos mais negativos da hospitalização, enquanto os aspetos mais positivos são a equipa de saúde e o espaço/conforto. Os cuidados de Enfermagem devem ajudar o adolescente a explorar a transição por meio das suas expectativas e experiências, numa relação pautada pela parceria.

3. Conclusão

No âmbito do exercício profissional de Enfermagem, a intervenção ao jovem e família no seu percurso normal de transformação e transição, que é a adolescência, tem como objetivo o desenvolvimento e crescimento saudável do adolescente, ajudando a tornar-se num adulto autónomo, responsável, capaz de tomar decisões, incluindo no que respeita à sua saúde, desenvolver afetos, aprender a gerir o seu mundo emocional e integrar-se na sociedade, de forma adaptativa. A promoção da autonomia, da responsabilidade, da autoconfiança e da autoestima, fazem parte das grandes aquisições no desenvolvimento do adolescente, uma vez que o jovem ao sentir-se confiante, terá mais motivação para assumir responsabilidades e tomar decisões, e assim conquistar a sua autonomia.

A hospitalização é um momento de destabilização para o adolescente, considerando, os dilemas, as tarefas e aquisições, esperadas nesta etapa do ciclo de vida. No entanto, o internamento pode tornar-se num momento de novas experiências relativamente à doença, à hospitalização, ou seja, numa oportunidade de desenvolvimento e crescimento, onde o adolescente passa duma condição passiva para uma atitude ativa, com o desenvolvimento de capacidades e potencialidades, nomeadamente da sua autonomia. Para ajudar o adolescente no seu processo de aquisição de autonomia, importa ir ao seu encontro, escutá-lo, e conhecê-lo verdadeiramente. Identificar e compreender as suas expectativas, necessidades físicas, emocionais e sociais, sentimentos e emoções, é essencial para criar momentos de expressão, no sentido de reduzir a ansiedade do momento – hospitalização, processo de doença crónica – e aumentar a confiança, que por sua vez desenvolve a autonomia. O adolescente hospitalizado vivencia uma situação de tripla transição – a do seu desenvolvimento (transição para a vida adulta), a do processo de saúde-doença, e a do internamento hospitalar. O conhecimento das experiências anteriores de doença e internamento, contribui para ajudar o adolescente a identificar suportes pessoais e externos, conferindo-lhe alguma vantagem na exploração da transição.

Por fim, importa lembrar que o jovem hospitalizado e/ou com doença crónica não deixa de ser “adolescente”, com todas as implicações inerentes ao seu grupo etário,

onde a promoção da saúde é essencial na prevenção de comportamentos de risco. O apoio da família e dos pares, através de interações positivas, é de extrema importância para o adolescente, nomeadamente no desenvolvimento da sua autonomia para o autocuidado, perante as mudanças nas rotinas diárias que a doença crónica e/ou hospitalização podem trazer. O uso das novas tecnologias, em particular da internet pode trazer ao adolescente benefícios no que concerne à comunicação com outros adolescentes, fornecendo-lhe um maior conhecimento, o que estimula a sua autonomia.

4. Referências Bibliográficas

Barroqueiro, M. C. M. G. (1996). *Experiência de hospitalização no adolescente*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada na Universidade Católica Portuguesa, consultada em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/2202>

Direção Geral de Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 14/08/2013. Disponível em www.dgs.pt

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. ISBN: 978-989-95849-5-2

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento n.º 123/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido a 30/03/2013. Obtido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Anexos

Adolescent Health 5



Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating

Susan M Sawyer, Sarah Drew, Michele S Yeo, Maria T Britto

In this review, we aim to focus attention on the interaction between adolescents with chronic conditions and the health systems that support them. At least 12% of adolescents live with a chronic condition. Some conditions are characterised by increasing incidence (eg, diabetes) or improving survival rates (eg, cystic fibrosis), while others are concerning because of differentially poorer outcomes in adolescents in comparison to both children and adults (eg cancer). Growing evidence suggests that young people with chronic conditions are doubly disadvantaged—engaging in risky behaviours to at least similar if not higher rates as healthy peers, while having the potential for greater adverse health outcomes from these behaviours. In addition to efforts at improving survival, in order to improve their life chances, we need to better understand how the social and emotional outcomes of young people with a chronic disease can be improved, and better support young people's emerging capacity for self-management.

Increasing appreciation of the growing burden of chronic illness in adults is based on estimations that at least 80% of heart disease, stroke, and type 2 diabetes could be avoided through the combination of healthy diet, regular physical activity, and refraining from use of tobacco. This appreciation has led to integrated policy responses that focus on prevention, such as the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health,¹ together with calls for innovative, cost-effective models of care in adults with chronic disease that focus on self-management.² However, children and adolescents with chronic disease have been remarkably absent from this discourse. Most chronic conditions of childhood, unlike those of adults, are not preventable by lifestyle changes, but there is every reason to suppose that the socially-mediated co-morbidities experienced by adolescents with chronic conditions can be modified.

Numbers of young people with chronic conditions are growing. Improvements in survival typify many previously fatal conditions of childhood, such as cystic fibrosis, congenital heart disease, and spina bifida. Increasing incidence in adolescence is a feature of other conditions such as diabetes, mental disorder, HIV/AIDS, and cancer. Not only is cancer in young people on the rise, but also improvements in outcomes in adolescents and young adults for this disease lag behind advances that have been achieved for children and older adults.^{3,4}

The health issues of adolescents with chronic conditions are reported to be “linked to the illness they suffer from, to adolescence in general, and to psychosocial problems generated by the interaction between the illness, the adolescent and his immediate environment”.⁵ Certainly, many health professionals report that managing the complexity and range of health concerns in adolescents is more challenging than for other age groups.⁶⁻⁹

In this review, we aim to focus attention on the interaction between adolescents with chronic conditions and the health systems that support them. Following a description

of the epidemiological challenges of measuring chronic conditions in adolescents, we review the value of measuring health and developmental burdens, and investigate the benefits and challenges of self-management support in adolescents with chronic conditions. We wish to bring attention to what is common in young people's journey through adolescence with different chronic conditions, by contrast with the many disease-driven divisions that characterise much current practice, policy, and research.

Challenges in definition and epidemiology

The shortage of age-specific epidemiological data is one factor limiting more focused policy and planning considerations for adolescents with chronic conditions. Many surveys and reports of chronic disease fail to recognise adolescence as a developmental stage by grouping adolescents with children (0–14 years) or with adults (15–34 years).^{10,11}

When adolescence is recognised, the choice of lower and upper age limits is variable. This inconsistency limits national, let alone international, comparability. For example, even within the USA, where health surveys of relevance to adolescents are most advanced, the National

Lancet 2007; 369: 1481–89

Published Online

March 27, 2007

DOI:10.1016/S0140-6736(07)60370-5

See Online/Comment

DOI:10.1016/S0140-6736(07)60370-5

See [Perspectives](#) page 1423This is the fifth in a [Series](#) of six papers about adolescent health

Centre for Adolescent Health, Royal Children's Hospital, Parkville 3052, Melbourne, Victoria, Australia

(Prof S M Sawyer MD,

S Drew PhD, M S Yeo MBBS);

Department of Paediatrics, University of Melbourne,

Victoria, Australia (S M Sawyer,

S Drew, M S Yeo); and

Cincinnati Children's Hospital Medical Centre, Cincinnati,

Ohio, USA (M T Britto MD)

Correspondence to: Prof Susan Sawyer

susan.sawyer@rch.org.au

Search strategy and selection criteria

We searched MEDLINE (2000–06) and the Cochrane Library (any age or date) using the search terms “chronic illness”, “adolescence” or “adolescents” (“adol*”), “risk factors”, “psychosocial outcomes”, “self-management”, “self-efficacy”, “adherence”, “compliance”, and randomised controlled trial interventions in various combinations. No language restriction was used. Key references published before this period were identified through scrutiny of commonly cited papers and review articles that showed particular insight into the area of psychosocial wellbeing for young people with chronic conditions.

Health Interview Schedule Child Health Supplement defines adolescents as individuals aged 10–17 years, the National Health and Nutrition Examination Survey as those aged 12–17 years, the National Adolescent Hospital Discharge Survey groups 15–24-year-olds together, whereas the National Longitudinal Study of Adolescent Health explores the causes of health-related behaviours of adolescents in school grades 7 through 12, who range in age from 12 years to 20 years.

Prevalence data have typically been derived from one of three sources: checklists of medical disorders or disease types (eg, diabetes) have been used to identify chronic illness; functional status assessment has been used to identify chronic conditions that cause impairment in basic functions (eg, vision, hearing, activities of daily living); and limitation in socially defined roles (eg, schooling) has identified children with disabilities.¹²

Sources of data will affect prevalence results. For example, reports from doctors and parents differ as to the presence of a chronic condition,¹³ whereas doctors' and adolescents' reports differ in relation to the importance of physical symptoms.¹⁴ Comparison of parents' and adolescents' report suggests greater congruence between parents with older (age 15–17 years) rather than younger (age 12–14 years) adolescents¹⁵ and less similarity between parents and adolescents for reports of mental health and behavioural needs.^{15,16}

Checklists commonly vary between surveys and include only the most common conditions. With few exceptions (such as asthma and allergy), most individual chronic conditions of adolescence are uncommon but together comprise a substantial proportion (31%) of all US children.¹⁷ Many less common conditions, such as

achondroplasia, are likely to cause major limitations in daily activities, which further highlights the importance of accurate ascertainment.¹⁸ Importantly, checklists identify children with several chronic conditions who have increased morbidity across a range of measures.¹⁹ However, many checklists do not include mental, behavioural, or cognitive disorders, resulting in an underestimation of chronic conditions in adolescence. The extent of co-morbidity makes this omission relevant, especially in older adolescents, in view of the relatively large contribution of mental illness to their burden of disease and the complex ways that mental disorder can affect the experience and expression of chronic disease.^{10,20}

The limitations of disease-specific checklists have produced interest in generic or non-categorical approaches. These approaches are predicated on the many similarities in the lived experiences of young people with different chronic conditions, with many of the consequences being independent of a specific disease or disorder.²¹ Stein and colleagues²² proposed a framework based on three definitional concepts that must coexist for a child or adolescent to be classified as having a chronic condition (panel 1).

A similar non-categorical approach has been used to define children and young people with special health-care needs as those who “have or are at increased risk for a chronic physical, developmental, behavioural or emotional condition and who also require health and related services of a type or amount beyond that required by children generally”.²³ This definition identified 12% of people younger than 18 years in the USA with a chronic condition, with an additional 6% having a presumed need for increased services.

Prevalence of special needs increases from childhood through adolescence (figure),^{24,25} but we have remarkably little understanding of how the functional needs of the young change across childhood, through adolescence, and into adulthood, let alone how young people respond to such changes or how they can best be supported. To improve consistency in age criteria and approaches to prevalence estimates, including mental health and behavioural comorbidities, would focus policy efforts on adolescents with chronic disease, and provide a valuable platform from which clinical interventions could be more rigorously tested.

Effect of chronic conditions: disease-specific or generic understandings?

A large amount of disease-specific published work describes the effect of individual diseases and disabilities on adolescents and their families, whether framed in terms of adjustment or coping, comorbid depression and anxiety, or more recently, in terms of health-risk behaviours. Appreciation of the similarities and differences between specific diseases and groups of disorders could inform practice and policy. However, the traditional separation of health-care research, practice, and policy in relation to

Panel 1: Definition of generic or non-categorical chronic health conditions²²

Chronic health conditions are defined as disorders that:

- Have a biological, psychological, or cognitive basis;
- Have lasted or are expected to last for at least 1 year; and
- Produce one or more of the following sequelae:
 - (a) Limitation of function, activities, or social role in comparison with healthy peers in the general areas of physical, cognitive, emotional, and social growth and development
 - (b) Dependency on one of the following to compensate for or minimise limitation of function, activities, or social role:
 - (i) Medications
 - (ii) Special diet
 - (iii) Medical technology
 - (iv) Assistive device
 - (v) Personal assistance
 - (c) Need for medical care or related services, psychological services, or educational services over and above the usual for the child's age, or for special ongoing treatment, interventions, or accommodations at home or in school

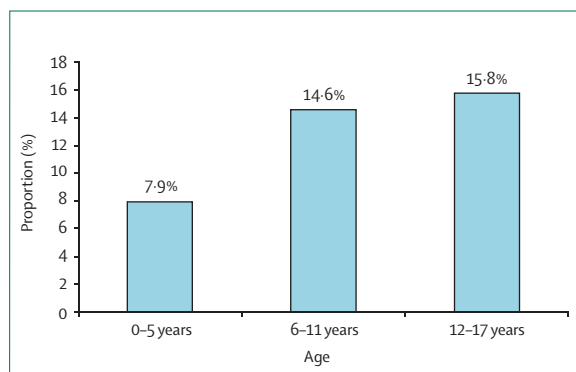


Figure: Prevalence of children with special health-care needs by age²⁵

individual chronic physical diseases, and the common separation of these conditions from mental and behavioural disorders and disability, has effectively downplayed our understanding of young people with such problems. The difficulty of this approach is that the extent of chronic disease in this age group is unclear and underappreciated. More widely, these traditional separations have reduced our appreciation of how different groups of conditions can differentially affect young people. For example, results of a study of the relation between medically attended chronic conditions and functionally defined disability showed that functional disability was most common in children with learning-behavioural conditions (88%), followed by those with neurodevelopmental conditions (61%) and physical conditions (32%).²⁶

Increasing acknowledgment that chronic conditions affect a young person's global developmental processes has led to increased measurement of co-morbid conditions, psychosocial adjustment, and quality of life. However, cross-referencing is strikingly uncommon between studies of different disorders and groups of disorders. For example, remarkably little cross-referencing has taken place between publications on diabetes and cystic fibrosis, even though both are severe, lifelong disorders that necessitate daily medication, regular personal monitoring, and medical review. Although this tendency is consistent with the disease-specific orientation of clinical services, the risk of this approach is that we fail to capitalise on understanding the common challenges for adolescents, parents, and clinicians—and equally fail to capitalise on efficiencies of scale that could facilitate systems and supports that transcend traditional clinical groupings. For example, experience from peer support groups emphasises the extent to which many problems and issues are shared by young people with different chronic diseases.²⁷

Much previous research has emphasised that adolescents with chronic conditions are an at-risk group, although the assumptions underlying the nature of these risks have changed with time.²⁸ Attempts to identify the degree to which physical and psychosocial wellbeing might be compromised fall broadly into two categories:

studies that focus predominantly on risk factors and risk-taking behaviours, and those focusing more broadly on health-related quality of life.

Health-related quality of life

The past 20 years has seen an explosion of studies of health-related quality of life in people with chronic conditions, reflecting a widening of focus from biomedical outcomes to include psychological and social dimensions of health. Measurement of health-related quality of life in young people with chronic conditions is still at an early stage of development^{29,30} with issues relating to proxy reporting by parents and clinicians still unresolved. Parents and their children often differ in their assessments of function, behaviour, and quality of life.^{30,31} In particular, young people report higher rates of physical health and better quality of life than do their parents.³²⁻³⁴ These discrepancies are not consistently accounted for by proxy characteristics such as sex, socioeconomic status, or cognitive ability. Appreciation of age-related understandings about health and illness as well as age-related notions of quality of life are urged.³⁰ Importantly, the mother's health also seems to affect her ratings of her child's health—the worse the mother reports her own health, the lower her assessment of her child's health.^{35,36}

However, whether in relation to decision-making about choice of treatment, measurement of outcomes of clinical trials, or comparison of results across studies, differing assessments of quality of life are problematic. Eiser³⁰ suggests focusing on areas in which parents and young people are likely to make more dependable assessments. For example, whereas parents might be best placed to comment on the effect of illness on family and sibling relationships, adolescents will be better placed to comment on experience of symptoms, peer relations, and worries about the future. Children's perceptions will change with time, emphasising the importance of measures for quality of life that accommodate usual changes that would be expected to occur during childhood and adolescence.^{30,37}

The choice of generic versus disease-specific instruments is as relevant for adolescents with chronic conditions as other populations. Generic measures facilitate comparison between adolescents with different conditions and comparison with population norms. That a study of obese children and adolescents showed lower health-related quality of life than in young people of a similar age who had cancer shows the power of this approach.³⁸ Disease-specific measures can more sensitively measure differential effects of specific aspects of a disease or its treatment which might, for example, facilitate comparison of outcomes between children and adolescents, and between adolescents and adults.

How are these measures being used? In a systematic review of the measurement of health-related quality of life in clinical trials in patients aged up to 20 years, Clarke and Eiser³⁹ found little evidence that these measures are

routinely used in clinical trials, identifying only 18 published trials using standardised instruments. Few studies have compared health-related quality of life across adolescents with different disorders (eg, asthma, epilepsy, attention deficit hyperactive disorder) or groups of disorders (eg, physical, behavioural). Even fewer have determined changes in this factor over time as a function of disease stability (where age and maturational effects could be explored) or instability (where interactions of changing health status and age could be assessed and explanatory mechanisms could be investigated).^{40,41}

Risky behaviours

Poor adherence to treatment is commonly viewed by doctors and parents as risky behaviour in adolescents with chronic illness.⁴² While worse health outcomes can result from poor adherence, the question of how to promote better adherence with treatment is increasingly conceptualised within the notion of self-management, rather than of risk behaviours.⁴³

Although experimental behaviours such as sexual activity and substance use can be understood as a normal part of teenage development, they have historically been viewed differently in young people with chronic conditions. Suris and Parera²⁸ stated that for a long time chronic conditions were assumed to serve as a protective factor in young people, restricting opportunities for enacting risky behaviours. A recent summation of published work has changed this understanding, suggesting that “young people with a chronic condition are not less likely to undertake risk behaviours than their healthy peers”.⁵ Others are more emphatic, suggesting that that they are “as likely or more likely to undertake risky behaviours than their healthy peers”.²⁸

Methodological limitations are a feature of many studies of psychosocial outcomes in adolescents with chronic conditions.⁴⁴ In addition to small sample size, absence of appropriate population-based representation, omission of control groups, and lack of standardised measures of severity of illness and outcome are common. With this caveat, Valencia and colleagues⁴⁵ reviewed two decades of publications on risky behaviours in adolescents with chronic conditions. They prioritised studies that took a non-categorical approach to sample inclusion. Focusing on sexual health, higher rates of sexual activity are reported by young people with chronic conditions than healthy peers.⁴⁶⁻⁴⁹ Additionally, lack of knowledge and reduced use of contraception was also described in these young people.⁵⁰ Unsurprisingly, more sexually transmitted infections were reported.^{45,47} The visibility of the condition did not seem to affect rates of sexual activity.⁴⁵

Findings about substance use in young people with chronic conditions are inconsistent. Tobacco use is at least as common in young people with asthma and diabetes as in healthy peers.^{51,52} Alcohol is thought to be the substance most frequently used by young people with chronic conditions, with little variation by diagnosis.^{53,54} Rates of

use of other substances (eg, marijuana) and delinquent behaviour seem to be lower in young people with chronic conditions than in comparison groups^{54,55} although these behaviours have been less frequently studied and data are again inconsistent.^{5,28} One explanation might be that, as in adults, self-reporting of risky behaviours by adolescents is less reliable in clinically recruited samples compared with population-based studies, underscoring the importance of using objective measures (eg, urinary cotinine) in clinical studies when possible.^{56,57}

In summary, growing evidence suggests that adolescents with chronic conditions are likely to engage in risky behaviour to at least similar if not higher rates as healthy peers. However, a worrying feature of such behaviours in chronic illness is the increased potential for adverse health outcomes. For example, adolescents with asthma and cystic fibrosis who are exposed to tobacco are at increased risk of pulmonary deterioration;⁵⁸ those with sickle-cell disease are at increased risk of acute chest syndrome.⁵⁹ Tobacco use accelerates the development of cardiovascular disease in individuals with diabetes and lupus.⁶⁰⁻⁶² Alcohol use potentiates the hepatotoxicity of methotrexate, which is used to treat various autoimmune diseases.⁶³ Many conditions and therapeutic regimens necessitate careful planning to maximise pregnancy outcomes;⁶⁴⁻⁶⁶ unprotected sexual intercourse in adolescents with these conditions thus carries additional risks.

Young people with chronic conditions are thus doubly disadvantaged by an increased prevalence of risky behaviours and increased risk to health from these behaviours. At the very least, a stronger focus on preventive efforts seems to be needed. In a health-care system where health professionals report less confidence and competence in dealing with adolescents than with other age groups,⁶⁻⁹ investment in generic training about adolescent development and health-care needs is clearly necessary. However, competencies related to specific diseases are also needed. For example, young people with spina bifida and cystic fibrosis report inadequate information about general and disease-specific issues of sexual health.^{66,67}

Social and emotional resilience

A chronic health condition in adolescence can represent a major psychosocial burden. Initial stresses associated with diagnosis, ongoing stresses from treatments and social disruption, social stigma and marginalisation, and changes in plans and expectations about the future can be a substantial challenge to social and emotional wellbeing.^{68,69} Although many young people adjust well to the challenge of a chronic condition, psychological comorbidity in US samples is estimated at about 20%, twice that of healthy young people (panel 2).^{71,72}

The nature of the relation between chronic illness and mental health conditions remains unclear. Vessey⁷² suggests that the disruption of social roles by chronic

disease is especially important, rather than particular aspects of individual disorders. This idea is consistent with those of social capital theorists, who increasingly stress the value of social connectedness and support on health and wellbeing.^{73,74}

Beyond consideration of risk factors, more recent work has focused on the emerging notion of social and emotional resilience in young people with chronic conditions to explain why many negotiate adolescence in productive and effective ways, despite the risks they face.⁷⁵⁻⁷⁷ However, many important questions are unanswered. Does having a chronic illness affect the social and emotional resilience of young people? Might some protective factors (eg, family, peers) have a different capacity to influence young people with chronic conditions than in healthy adolescents? And how might educational and health systems facilitate greater social support for these young people?

Quality health care

Despite having more frequent contact with health-care services than do healthy young people,⁷⁸ adolescents with chronic conditions receive suboptimal general and preventive care. In the USA, the National Ambulatory Medical Care Survey queries doctors about their counselling of adolescents about tobacco use. Asthma is the only chronic condition with adequate sample size to analyse the effect of the condition on counselling rates. In the 1991 and 1996 surveys, notwithstanding the greater risk of smoking in young people with asthma, counselling took place in only 4.2% of visits.⁷⁹ In this survey, primary-care providers were more likely to report counselling than specialists.

As early as the 1970s, youth with chronic conditions were found to receive suboptimum preventive care.^{79,80} Reports of preventive service delivery in adolescents with chronic conditions are sparse, with data derived mainly from clinical samples. Apart from within specialised adolescent health units, broader screening of health-risk behaviours and mental health in adolescent inpatients is uncommon.⁸¹ Immunisation rates of children with spina bifida are worse than in the general population.⁸² Findings of a population-based study of adolescents with cystic fibrosis and sickle-cell disease showed that despite the

greater attributable risk of tobacco smoking in both these groups, only 27% of those with cystic fibrosis and 37% of those with sickle-cell disease reported discussion of tobacco use.⁸³ Similarly, despite greater sexual and reproductive health complications in adolescents with spina bifida, only 39% of youth with spina bifida and 30% of their parents reported they had ever discussed aspects of sexuality with a doctor.⁶⁶ Perhaps not surprisingly, 95% of these young people and 59% of their parents reported inadequate knowledge about sexual and reproductive health.

How can the health-care system best serve the needs of adolescents with chronic conditions? Defining and measuring quality of care for adolescents is more complex than for adults for several reasons. The most prevalent chronic conditions in childhood tend to be mild, whereas more severe diseases tend to be rare. This small segment of the population is most likely to be affected by variations in quality of care, yet most sampling strategies are unlikely to capture them well.^{79,84} Mangione-Smith and McGlynn⁸⁴ provide a framework for addressing quality of care in children and adolescents. First, developmental considerations must be taken into account in determining outcomes of care for adolescents. Extensive variation exists in normal adolescent development, and to ascertain when development has been adversely affected by disease is difficult. Second, developmental outcomes of care received earlier in childhood may not manifest themselves until adolescence. Third, many adolescents receive care outside of traditional health-care systems, such as schools and family planning centres. These services will not be represented in payor or institutional record systems. Finally, as described, many studies of health-related quality of life or other family-based outcomes have relied on proxy reporting. Developing measures of quality of care for adolescents with chronic conditions is a challenging but critical undertaking for this burgeoning area of measurement.

Comprehensive system-based models, such as the chronic care model developed by Wagner and colleagues,⁸⁵ have shown value in improving outcomes for children and adults with various chronic conditions. The key elements of the model include the community (including resources and policies), the health-care system and its design, support for family and self-management, decision support, and clinical information systems. The model is postulated to improve outcomes by improving interactions between a “prepared proactive practice team” and an “informed, activated patient.”⁸⁵ Analyses of elements of the chronic care model and of disease management programmes in general reveal that strong institutional leadership, support for quality improvement, presence of adequate information technology, and external incentives are important at the organisational level.⁸⁶⁻⁸⁸ A meta-analysis that investigated specific aspects of the chronic care model showed that interventions related to self-management support and delivery system

Panel 2: Young people's descriptions of the effect of a chronic condition in adolescence^{43,70}

- “Whenever I had epileptic fits, I would get angry all the time, frustrated” (16-year-old boy)
- “My management is probably medium right now. Not the best it could be, but not the lowest either. I get sick of doing all the things I have to do” (15-year-old boy)
- “I really only have one friend that I can talk to as he has the same thing as me” (17-year-old girl)
- “I’m managing well, but I feel that I don’t have a social life at all” (17-year-old girl)
- “I feel confident I can do what I want” (15-year-old girl)

design were the most powerful in improving quality of life and clinical outcomes.⁸⁹

To date, interventions have tended to focus on one or a few conditions, usually those that require day-to-day management by patients, such as diabetes or depression. System-based interventions in paediatrics have shown improvements in process and outcomes of care for asthma⁹⁰ and some process outcomes for attention deficit hyperactivity disorder.⁹¹ While some studies included adolescents, the unit of analysis was typically the practice, so it is not possible to examine differential effects among adolescents.

Self-management

For adolescents with disorders that need daily attention (ie, adherence with recommended treatments), the individual's and family's ability to manage the condition is crucial. The notion of transition to adult health care is implicitly based on the need to help actualise young people's emerging capacity for self-management. However, rather than self-management, much of the focus of work on this transition has been to explicitly support young people in the physical transfer from paediatric to adult-oriented health-care services.⁹² The shortage of adult expertise in caring for survivors of childhood conditions (eg, congenital heart disease) is now being recognised and rectified in the developed world, but will increasingly affect the developing world as they too experience improved survival of young people with chronic conditions. In the absence of appropriate primary care or specialised adult services, adolescents with complex chronic conditions risk dropping out of health care altogether, with dire health consequences.

A key tenant of self-management support is education and coaching in problem-solving, in addition to more traditional information-giving and technical skills training.⁹³ The ability to self-manage, at least among adults and parents of children with chronic conditions, is correlated with self-efficacy, that is, confidence in one's ability to implement the necessary behavioural changes. Unfortunately, although adolescents have been participants in many of the paediatric and adult trials of self-management support, age-specific analyses have not been done. Developmental considerations in adolescence, including the transition from the parent having primary responsibility for care to the adolescent assuming that responsibility, are likely to require modification of approaches to achieve the best results.⁴³

The largest numbers of studies of self-management support have focused on patients with asthma and diabetes. A systematic review of 36 randomised controlled trials for asthma that included some combination of knowledge provision, self-monitoring, regular practice review, and a written action plan, determined that these interventions reduced unscheduled health-care use (including hospital admission), enhanced quality of life, and reduced numbers of missed school or work days.

Most patients in these trials were adults; a hand review of abstracts from that review revealed no stratification of outcomes by age.⁹⁴ Similarly, a meta-analysis assessed 32 randomised controlled trials that enrolled only children and adolescents with asthma and used interventions designed to enhance knowledge, skills, and feelings of self-control. The pooled effect of the interventions was increased lung function and self-efficacy and decreased school absences, days with restricted activity, and unscheduled use of health-care services.⁹⁵ 15 trials enrolled adolescents, but none stratified by age. By contrast with the efficacy of self-management support interventions, studies that included only knowledge-based education,⁹⁶ written management plans,⁹⁷ or psychological treatment⁹⁸ generally showed no significant effect.

In epilepsy, self-management has been conceptualised as medication management (behaviours to manage medications), strategies to control seizures and their consequences (behaviours to manage seizures), and techniques to manage situations arising from having epilepsy (behaviours to manage life).⁹⁹ A systematic review of self-management interventions is underway within the Cochrane Collaboration¹⁰⁰ and might provide the opportunity to investigate outcomes for children and adolescents separately.

Diabetes is perhaps the most obvious model of a common condition that requires daily medication and lifestyle (diet and exercise) management, with evidence that intensive treatment reduces complications in adolescents.¹⁰¹ A Cochrane review of self-management education for adults showed sustained, clinically important improvements in metabolic control and complication rates.¹⁰² Gage and colleagues systematically reviewed studies of education, psychological, self-management, or combined interventions in adolescents with type 1 diabetes.¹⁰³ Although these studies typically did not include sufficient follow-up to ascertain the effect of specific interventions on physical complications, almost all 62 studies reported at least one positive outcome. Incorporating parents into interventions generally had a positive effect. The authors noted, however, that none of the studies directly addressed the transition from parentally-controlled diabetes management to independent management by the adolescent.

Implications and future directions

Despite these developments, more consistent and rigorous monitoring of health status, including quality of life, mental health, and risk-taking behaviours, would provide stronger evidence for clinical and preventive efforts that aim to mediate the effect of chronic conditions on the lives of young people, and their families. We were unable to identify any longitudinal generic cohorts that had tried to identify the effect of social, economic, educational, and pubertal transitions on health outcomes and risk behaviours—and vice versa—in young people

with major chronic disease or disability. Clarification about the distinct and common features of adolescents with specific disorders and groups of disorders would inform clinicians and health-care planners about models of adolescent-friendly health-care services.

The importance of understanding and facilitating the transition of responsibility for self-care during adolescence cannot be overstated. Well-designed theoretical and empirical studies are needed to understand the timing, speed, and nature of the shift in responsibilities.⁴³ In addition to age effects, other critical developmental variables such as the timing of puberty, which can be greatly affected by chronic disease, are important.¹⁰⁴ Again, models that transcend specific conditions would be especially valuable, as is understanding how structural elements of paediatric and adult health-care systems can both facilitate and hinder transitions.^{43,97}

More broadly, deeper understanding of the social aspects of growing up and becoming an adult with a chronic condition is needed, as well as the role of peers, both healthy and ill, in supporting adolescents' self care.^{105–108} How does the experience of adolescence with a chronic condition affect young peoples' capacity to engage in age-appropriate social activities? How are efforts to develop a robust personal identity affected by such conditions, and how in turn, do efforts at developing a satisfactory identity and self-story affect health-related behaviours of young people with chronic conditions? Innovative approaches to qualitative data collection are providing valuable insights into some of these important questions.^{109–111}

Although most chronic conditions of adolescence are not preventable by lifestyle changes, many comorbidities should be highly modifiable. Engaging peer support and positive social interactions can be challenging, especially for adolescents in less populated areas or with rare conditions. However, an evidence base is emerging about the value of face-to-face peer support, whether school-based and disease-specific (eg, Triple A [Adolescent Asthma Action], a peer-led asthma health promotion programme for secondary schools)¹¹² or community-based and generic (eg, ChIPS, the Chronic Illness Peer Support programme, a model of peer support and leadership training for young people with different chronic diseases).²⁷ Evidence is also growing that internet-based support and self-management programmes and other technologically-mediated methods can improve outcomes for people with chronic conditions.¹¹³ In view of young people's enjoyment of communication technologies, these methods seem especially promising for assisting adolescents with varying developmental and disease-related needs without the constraints of geography.

Growing investment in cancer services for young people is an example of how identification of differentially worse survival data can affect various structural elements of the health-care system.^{114–116} However, beyond survival data,

increasingly focused assessment of health, developmental, and psychosocial outcomes in adolescents with chronic conditions will broaden our understanding of the complex issues experienced by so many of them. This knowledge in turn will provide a platform to both challenge the orientation and nature of existing services, and to strengthen the response from health-care systems to better support young peoples' progress towards adult life.

Conflict of interest statement

We declare that we have no conflict of interest.

References

- Epping-Jordan JE, Galea G, Tukuitorua C, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet* 2005; **366**: 1667–71.
- Fuster V, Voute J. MDGs: chronic diseases are not on the agenda. *Lancet* 2005; **366**: 1512–14.
- Bleyer WA, Tejeda H, Murphy SB, et al. National cancer clinical trials: children have equal access; adolescents do not. *J Adolesc Health* 1997; **21**: 366–73.
- Bleyer WA. Cancer in older adolescents and young adults: epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials. *Med Pediatr Oncol* 2002; **38**: 1–10.
- Miauton L, Narring F, Michaud PA. Chronic illness, lifestyle and emotional health in adolescence: results of a cross-sectional survey on the health of 15–20-year-olds in Switzerland. *Eur J Pediatrics* 2003; **162**: 682–89.
- Veit FC, Sanci LA, Coffey CM, Young DY, Bowes G. Barriers to effective primary health care for adolescents. *Med J Austr* 1996; **165**: 131–33.
- Orr DP, Weiser SP, Dian DA, Maurana CA. Adolescent health care: perceptions and needs of the practicing physician. *J Adolesc Health Care* 1987; **239–45**.
- Hardoff D, Palti H. Attitudes and practices of Israeli physicians toward adolescent health care. A national survey. *J Adolesc Health* 1999; **25**: 35–39.
- Bearinger LH, Wildey L, Gephart J, Blum RW. Nursing competence in adolescent health: anticipating the future needs of youth. *J Prof Nursing* 1992; **8**: 80–86.
- Public Health Group, Rural and Regional Health and Aged Care Services Division. Victorian Government Department of Human Services. Victorian Burden of Disease Study. Mortality and morbidity in 2001. Melbourne: Public Health Group, Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services, 2005.
- Australian Institute of Health and Welfare. Selected chronic diseases among Australia's children. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2005.
- Newacheck PW, Strickland B, Shonkoff JP, et al. An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatr* 1998; **102**: 117–23.
- Perrin EC, Newacheck P, Pless IB, et al. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. *Pediatr* 1993; **91**: 787–93.
- Loonen HJ, Derkx BHHF, Griffiths AM. Pediatricians overestimate importance of physical symptoms upon children's health concerns. *Medical Care* 2002; **40**: 996–1001.
- Youngblade LM, Shenkman EA. Congruence between parents' and adolescents' reports of special health care needs in a title XXI program. *J Pediatr Psychol* 2003; **28**: 393–401.
- Verhulst FC, van der Ende J. Agreement between parents' reports and adolescents' self-reports of problem behavior. *J Child Psychol Psychiatr Allied Disciplines* 1992; **33**: 1011–23.
- Newacheck PW, Taylor WR. Childhood chronic illness: prevalence, severity, and impact. *Am J Pub Health* 1992; **82**: 364–71.
- Newacheck PW, McManus MA, Fox HB. Prevalence and impact of chronic illness among adolescents. *Am J Dis Child* 1991; **145**: 1367–73.
- Newacheck PW, Stodard JJ. Prevalence and impact of multiple childhood chronic illnesses. *J Pediatr* 1994; **124**: 40–48.
- Australian Institute of Health and Welfare. Australia's young people: their health and wellbeing 2003. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2003.

- 21 Pless IB, Pinkerton P. Chronic childhood disorder: promoting patterns of adjustment. London: Henry Kimpton Publishers, 1975.
- 22 Stein REK, Bauman LJ, Westbrook LE, Coupey SM, Ireys HT. Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. *J Pediatrics* 1993; **122**: 342–47.
- 23 McPherson M, Arango P, Fox H, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics* 1998; **102**: 137–40.
- 24 Bethell CD, Read D, Stein RE, Blumberg SJ, Wells N, Newacheck PW. Identifying children with special health care needs: Development and evaluation of a short screening tool. *Ambulatory Pediatrics* 2002; **2**: 38–48.
- 25 US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau. The national survey of children with special health care needs chartbook 2001. Rockville: US Department of Health and Human Services, 2004.
- 26 Msall ME, Avery RC, Tremont MR, Lima JC, Rogers ML, Hogan DP. Functional disability and school activity limitations in 41 300 school-age children: relationship to medical impairments. *Pediatrics* 2003; **111**: 548–53.
- 27 CA Olsson, Boyce M, Toumbourou JW, Sawyer SM. Chronic illness in adolescents: the role of peer support groups. *Clin Child Psychol Psychiatr* 2005; **10**: 78–87.
- 28 Suris JC, Parera N. Sex, drugs and chronic illness: health behaviours among chronically ill youth. *Eur J Pub Health* 2005; **15**: 484–88.
- 29 Eiser C, Morse R. Quality-of life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess* 2001; **5**: 1–157.
- 30 Eiser C. Children's quality of life measures. *Arch Dis Child* 1997; **77**: 350–54.
- 31 Britto MT, Kotagal UR, Chenier T, Tsevat J, Atherton HD, Wilmott RW. Differences between adolescents' and parents' reports of health-related quality of life in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol* 2004; **37**: 165–71.
- 32 Parsons SK, Barlow SE, Levy SL, Surpan SE, Kaplan SH. Health-related quality of life in pediatric bone marrow transplant survivors: according to whom? *Int J Cancer* 1999; **12**: 46–51.
- 33 Levi R, Drotar D. Health-related quality of life in childhood cancer: discrepancy in parent-child reports. *Int J Cancer* 1999; **12**: 58–64.
- 34 Wake M, Hesketh K, Cameron F. The child health questionnaire in children with diabetes: cross-sectional survey of parent and adolescent-reported functional health status. *Diabetic Med* 2000; **17**: 700–07.
- 35 Eiser C, Eiser JR, Stride CB. Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health Qual Life Outcomes* 2005; **3**: 29.
- 36 Waters E, Doyle J, Wolfe R, Wright M, Wake M, Salmon L. Influence of parental gender and self-reported health and illness on parent-reported child health. *Pediatrics* 2000; **106**: 1422–28.
- 37 Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual Life Res* 2001; **10**: 347–57.
- 38 Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA* 2003; **289**: 1813–19.
- 39 Clarke SA, Eiser C. The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; **2**: 66.
- 40 Sawyer MG, Reynolds KE, Couper JJ, et al. Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness—a two year prospective study. *Qual Life Res* 2004; **13**: 1309–19.
- 41 Peterson C, Schmidt S, Bullinger M, DISABKIDS Group. Coping with a chronic pediatric health conditions and health-related quality of life. *European Psychologist* 2006; **11**: 50–56.
- 42 Sawyer SM, Aroni R. The sticky issue of adherence. *J Paediatr Child Health* 2003; **39**: 2–5.
- 43 Sawyer SM, Aroni RA. Self-management in adolescents with chronic illness. What does it mean and how can it be achieved? *Med J Aust* 2005; **183**: 405–09.
- 44 Geist R, Grdisa V, Otley A. Psychosocial issues in the child with chronic conditions. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2003; **17**: 141–52.
- 45 Valencia LS, Cromer BA. Sexual activity and other high-risk behaviors in adolescents with chronic illness: a review. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; **13**: 53–64.
- 46 Choquet M, Du Pasquier Fediaevsky L, Manfredi R, et al. Sexual behaviour among adolescents reporting chronic conditions: a French national survey. *J Adolesc Health* 1997; **30**: 62–67.
- 47 Suris JC, Resnick MD, Cassuto N, Blum RW. Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* 1996; **19**: 124–31.
- 48 Wager MD, Neuspiel DR, Coupey SM. Sexual behaviour of chronically ill adolescents: Evidence of unmet health needs. *Pediatr Res* 1986; **20**: 158A.
- 49 Alderman EM, Lauby JL, Coupey SM. Problem behaviours in inner-city adolescents with chronic illness. *J Dev Behav Pediatr* 1995; **16**: 339–44.
- 50 Cromer BA, Enrile B, McCoy K, Gerhardtstein MJ, Fitzpatrick M, Judis J. Knowledge, attitudes and behavior related to sexuality in adolescents with chronic disability. *Dev Med Child Neurol* 1990; **32**: 602–10.
- 51 Wakefield M, Wilson D, Phillips P, Kent P, Roberts L, Owen N. Smoking-related beliefs and behaviour of South Australians with diabetes. *Aus J Pub Health* 1995; **19**: 309–12.
- 52 Precht DH, Keiding L, Madsen M. Smoking patterns among adolescents with asthma attending upper secondary schools: a community-based study. *Pediatrics* 2003; **111**: e562–68.
- 53 Stern RC, Byard PJ, Tomashewski JF, Doershuk CF. Recreational use of psychoactive drugs by patients with cystic fibrosis. *J Pediatr* 1987; **111**: 293–99.
- 54 Britto MT, Garrett JM, Dugliss MA, et al. Risky behavior in teens with cystic fibrosis or sickle cell disease: a multicenter study. *Pediatrics* 1998; **101**: 250–56.
- 55 Jacobson AM, Hauser ST, Willet JB, et al. Psychological adjustment to IDDM: 10-year follow-up of an onset cohort of child and adolescent patients. *Diabetes Care* 1997; **20**: 811–18.
- 56 Couper J, Staples AJ, Cocciolone R, Nairn J, Badcock N, Henning P. Relationship between albuminuria in children with insulin dependant diabetes. *Diabetic Med* 1994; **11**: 666–69.
- 57 Holl RW, Grabert M, Heinze E, Debatin KM. Objective assessment of smoking habits by urinary cotinine measurement in adolescents and young adults with type 1 diabetes. Reliability of reported cigarette consumption and relationship to urinary albumin excretion. *Diabetes Care* 1998; **21**: 787–91.
- 58 Campbell PW 3rd, Parker RA, Robers BT, Krishnamani MR, Phillips JA 3rd. Association of poor clinical status and heavy exposure to tobacco smoke in patients with cystic fibrosis who are homozygous for the F508 deletion. *J Pediatr* 1992; **120** (2): 261–64.
- 59 Young RC Jr, Trachel RE, Hackney RL, Uy CG, Scott RB. Smoking is a factor in causing acute chest syndrome in sickle cell anemia. *J Natl Med Assoc* 1992; **84**: 267–71.
- 60 Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL, et al. Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 1999; **100**: 1134–46.
- 61 Toloza SM, Uribe AG, McGwin G Jr, et al. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic US cohort (LUMINA). XXI Baseline predictors of vascular events. *Arthritis Rheum* 2004; **50**: 3947–57.
- 62 Nikpour M, Urowitz MB, Gladman DD. Premature atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Rheum Dis Clin North Am* 2005; **31**: 329–54.
- 63 Whiting-O'Keefe QE, Fye KH, Sack KD. Methotrexate and histologic hepatic abnormalities: a meta-analysis. *Am J Med* 1991; **90**: 711–16.
- 64 Edenborough FP. Pregnancy in women with cystic fibrosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; **81**: 689–92.
- 65 Moons P, De Volder E, Budts W, et al. What do adult patients with congenital heart disease know about their disease, treatment, and prevention of complications? A call for structured patient education. *Heart* 2001; **86**: 74–80.
- 66 SM Sawyer, KV Roberts. Young people with spina bifida: reproductive and sexual health. *Dev Med Neurol* 1999; **41**: 671–75.
- 67 Nixon GM, Glazner JA, Martin JM, Sawyer SM. Female sexual health care in cystic fibrosis. *Arch Dis Child* 2003; **88**: 265–66.
- 68 DiNapoli PP, Murphy D. The marginalization of chronically ill adolescents. *Nurs Clin N Am* 2002; **37**: 565–72.
- 69 Kyngas H. Support network of adolescents with chronic disease: adolescents' perspective. *Nursing Health Sci* 2004; **6**: 287–93.
- 70 C Olsson, L Bond, MW Johnson, DL Forer, MF Boyce, SM Sawyer. Adolescent chronic illness: a qualitative study of psychosocial adjustment. *Ann Acad Med Singapore* 2003; **32**: 43–50.

- 71 Committee on Children with Disabilities, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Psychosocial risks of chronic health conditions in childhood and adolescence. *Pediatrics* 1993; **92**: 876–77.
- 72 Vessey JA. Psychological comorbidity in children with chronic conditions. *Pediatric Nursing* 1999; **25**: 211–14.
- 73 Turner B. Social capital, inequality and health: the Durkheim revival. *Soc Theory Health* 2003; **1**: 4–20.
- 74 Kritsotakis G, Gamarnikow E. What is social capital and how does it relate to health? *Int J Nursing Studies* 2004; **41**: 43–50.
- 75 Resnick MD. Resilience and protective factors in the lives of adolescents. *J Adolesc Health* 2000; **27**: 1–2.
- 76 Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA* 1997; **278**: 823–32.
- 77 Olsson CA, Bond L, Burns JM, Vella-Brodrick DA, Sawyer SM. Adolescent resilience: a concept analysis. *J Adolesc* 2003; **26**: 1–11.
- 78 Office of Technology Assessment. Adolescent health: background and the effectiveness of selected prevention and treatment services. Washington, DC: US Government Printing Office; 1991: 149–50.
- 79 Thorndike AN, Ferris TG, Stafford RS, Rigotti NA. Rates of U.S. physicians counseling adolescents about smoking. *J Natl Cancer Inst* 1999; **91**: 1857–62.
- 80 Carroll G, Massarelli E, Opzoomer A, et al. Adolescents with chronic disease. Are they receiving comprehensive health care? *J Adolesc Health Care* 1983; **4**: 261–65.
- 81 Yeo MS, Bond LM, Sawyer SM. Health risk screening in adolescents: room for improvement in a tertiary inpatient setting. *Med J Aust* 2005; **183**: 427–29.
- 82 Raddish M, Goldman DA, Kaplan LC, Perrin JM. The immunization status of children with spina bifida. *Am J Dis Child* 1983; **147**: 849–53.
- 83 Britto MT, Garrett JM, Dugliss MAJ, Johnson CA, Majure JM, Leigh MW. Preventive services received by adolescents with cystic fibrosis and sickle cell disease. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; **153**: 27–32.
- 84 Mangione-Smith R, McGlynn EA. Assessing the quality of healthcare provided to children. *Health Serv Res* 1998; **33**: 1059–90.
- 85 Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs* 2001; **20**: 64–78.
- 86 Casalino L, Gillies RR, Shortell SM, et al. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. *JAMA* 2003; **289**: 434–41.
- 87 Rundall TG, Shortell SM, Wang MC, et al. As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organisations. *BMJ* 2002; **325**: 958–61.
- 88 Weingarten SR, Hening JM, Badamgarav E, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness—which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002; **325**: 925–31.
- 89 Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005; **11**: 478–88.
- 90 Lozano P, Finkelstein JA, Carey VJ, et al. A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the Pediatric Asthma Care Patient Outcomes Research Team II Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; **158**: 875–83.
- 91 Homer CJ, Horvitz L, Heinrich P, Forbes P, Lesneski C, Philips J. Improving care for children with attention deficit hyperactivity disorder: assessing the impact of self-assessment and targeted training on practice performance. *Ambul Pediatr* 2004; **4**: 436–41.
- 92 Rosen DS, Blum RW, Britto M, Sawyer SM, Siegel DM, Society for Adolescent Medicine. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adol Health* 2003; **33**: 309–11.
- 93 Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; **288**: 2469–75.
- 94 Gibson PG, Powell H, Coughlan J, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; **2**: CD001117.
- 95 Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; **326**: 1308–09.
- 96 Gibson PG, Powell H, Coughlan J, et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; **2**: CD001005.
- 97 Toelle BG, Ram FS. Written individualised management plans for asthma in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; **2**: CD002171.
- 98 Yorke J, Fleming SL, Shuldham CM. Psychological interventions for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; **1**: CD002982.
- 99 Buelow J, Johnson J. Self-management of epilepsy: a review of the concept and its outcomes. *Dis Manage Health Outcomes* 2000; **8**: 327–36.
- 100 Stokes T, Shaw EJ, Camosso-Stefinovic J, Baker R, Baker GA, Jacoby A. [Protocol] Self-management education for children with epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; published online April 19, 2004. DOI:10.1002/14651858.
- 101 Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus: Diabetes Control and Complications Trial. *J Pediatr* 1994; **125**: 177–88.
- 102 Loveman E, Cave C, Green C, Royle P, Dunn N, Waugh N. The clinical and cost-effectiveness of patient education models for diabetes: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2003; **7**: 1–202.
- 103 Gage H, Hampson S, Skinner TC, et al. Educational and psychosocial programmes for adolescents with diabetes: approaches, outcomes and cost-effectiveness. *Patient Educ Couns* 2004; **53**: 333–46.
- 104 Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet* 2007; published online March 27. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60366-3.
- 105 Drew S. Self-reconstruction and biographical revisioning: survival following cancer in childhood or adolescence. *Health* 2003; **7**: 181–99.
- 106 Drew S. The Delta Factor: the disjuncture between public narratives and personal stories of cancer survival. *Storytelling Self Soc* 2005; **1**: 75–102.
- 107 Frank A. The wounded storyteller: body, illness and ethics. Chicago: University of Chicago Press, 1995.
- 108 Goffman E. Stigma: Notes on the management of a spoiled identity. Harmondsworth: Penguin, 1968.
- 109 Rich M, Lamola S, Gordon J, Chalfen R. Video intervention/prevention assessment: a patient-centered methodology for understanding the adolescent illness experience. *J Adolesc Health* 2000; **27**: 155–65.
- 110 Rich M, Patashnick J, Chalfen R. Visual illness narratives of asthma: explanatory models and health-related behavior. *Am J Health Behavior* 2002; **26**: 442–53.
- 111 Buchbinder MH, Detzer MJ, Welsch RL, et al. Assessing adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus: a multiple perspective pilot study using visual illness narratives and interviews. *J Adolesc Health* 2005; **26**: 71e9–13.
- 112 Shah S, Peat JK, Mazurski EJ, et al. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2001; **322**: 583–85.
- 113 Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; **1**: CD004274.
- 114 CureSearch. Adolescents and young adults committee. http://www.curesearch.org/our_research/index_sub.aspx?id=1774 (accessed April 21, 2006).
- 115 National Institute for Health and Clinical Excellence. Improving outcomes with children and young people with cancer. <http://www.nice.org.uk/guidance/csgcyp/guidance/pdf/English> (accessed Feb 22, 2007).
- 116 Parliament of Australia Senate. The cancer journey: informing choice. http://www.aph.gov.au/senate/committee/clac_ctte/cancer/report (accessed Feb 5, 2007).

Autonomia do cuidado na perspectiva de viver saudável do adolescente

Self-Care from the perspective of healthy living in the adolescent

Autonomía del cuidado desde la perspectiva de lo que representa vivir saludable para el adolescente

Jacira Nunes Carvalho*;
Alacoque Lorenzini Erdmann**;
Mary Elizabeth de Santana ***

Resumo

O estudo discorre sobre a adolescência e o desenvolvimento da autonomia para o cuidado na perspectiva do viver saudável. Tem como objetivo compreender o significado de autonomia do cuidado para o adolescente e suas interações na perspectiva de um viver saudável. Método: estudo ancorado na *Grounded Theory*, realizado mediante entrevistas, textos e dinâmicas interativas com 27 participantes em quatro grupos amostrais: adolescentes, pais, professores e enfermeiros, na cidade de Belém/Pará. Resultados: da análise dos dados, emergiram seis categorias, focalizando-se neste artigo a primeira categoria “O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si”, constituída por nove subcategorias. Conclusão: a inter-relação entre as subcategorias e categoria mostra a circularidade dos movimentos do viver humano adolescente, família, grupos sociais vinculados, convergindo para a possibilidade do viver mais saudável desses adolescentes, exercitando sua autonomia na dependência da família protetora, educadora, orientadora, cuidadora e presente na vida deles. Entende-se que o cuidado de enfermagem no processo de educação e promoção da saúde, venha contribuir para o desenvolvimento da autonomia do adolescente para o auto cuidado.

Palavras-chave: adolescente; enfermagem; autonomia pessoal; cuidado.

Abstract

The study discusses adolescence and empowerment for care from the perspective of healthy living. It aims to understand the meaning of autonomous care for adolescents and their interactions from the perspective of healthy living. Method: study based on Grounded Theory, carried out through interviews, texts and dynamic interactions with 27 participants in 4 sample groups: teenagers, parents, professors and nurses in the city of Belem, Para. Results: the data analysis produced six categories, and this article focuses on the first category: “The teenager expressing the need for help in the construction of autonomy in caring for oneself”, which is constituted by nine subcategories. Conclusion: the inter-relationships between subcategories and category show the circularity of movements from the teenaged human, family, connected social groups, towards the possibility of more healthy living by these teenagers, exercising their autonomy within their dependency on protective family, educator, adviser, caregiver present in their lives. It is understood that nursing care in the process of education and health promotion will contribute to the development towards self-care of an independent adolescent.

Keywords: teenager; nursing; personal autonomy; care.

* RN, Ph.D - Enfermagem. Membro do GEPADES. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará [jacira@ufpa.br].

** RN, Ph.D - Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento e Pós-Graduação da UFSC. Coordenadora do GEPADES. Orientadora e pesquisadora responsável deste projeto [alacoque@newsite.com.br].

*** RN, Ph.D - Enfermagem Fundamental. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Membro do grupo de Pesquisa EPOTENA/UFPA. Co-orientadora deste trabalho [betemary@terra.com.br].

Resumen

El estudio discurre sobre la adolescencia y el desarrollo de la autonomía para fomentar el cuidado desde la perspectiva del vivir saludable. Este tiene por objetivo comprender el significado de la autonomía del cuidado para el adolescente y sus interacciones desde la perspectiva de un vivir saludable. Método: estudio asentado en la *teoría fundamentada*, realizado mediante entrevistas, textos y dinámicas interactivas con 27 participantes en cuatro grupos de muestreo: adolescentes, padres, profesores y enfermeros, en la ciudad de Belém/Pará. Resultados: del análisis de los datos, emergieron seis categorías, siendo que para este artículo fue seleccionada la primera de ellas, es decir: “El adolescente expresando la necesidad de ayuda en la construcción de la autonomía para el cuidado de sí mismo”, y que esta a su vez está constituída por nueve subcategorías. Conclusión: la inter-relación entre las subcategorías y la categoría muestra la circularidad de los movimientos del vivir humano adolescente, familia, grupos sociales vinculados, convergiendo hacia la posibilidad del vivir más saludable de esos adolescentes, al ejercitar su autonomía en la dependencia de la familia protectora, educadora, orientadora, cuidadora y presente en sus vida. Se entiende que el cuidado de enfermería en el proceso de educación y promoción de la salud pueda llegar un día a contribuir para el desarrollo de la autonomía del adolescente respecto a su auto cuidado.

Palabras clave: adolescente; enfermería; autonomía personal; cuidado.

Recebido para publicação em: 08.04.10

Aceite para publicação em: 13.05.11

Introdução

A adolescência é um período de evolução psicológica, intelectual e emocional que proporciona ao indivíduo a possibilidade de questionar o mundo, os adultos e a si mesmo (Cono *et al.*, 1998). Dessa forma, é na dimensão do ambiente social e afetivo que os adolescentes passam por uma fase de descobertas e de início da aquisição da independência, sendo necessário o estabelecimento de limites, por parte dos pais, para que eles aprendam o que é certo ou errado e formem uma personalidade saudável (Ballone, 2003).

Neste caso é relevante, que nesse período de amadurecimento, a busca por uma identidade adulta, que se apresenta estruturada nas primeiras relações afetivas que eles tiveram no âmbito familiar, possa ir sendo adequada, à realidade atual, durante a sua interação com o meio vigente (Brêtas, 2004). É no enfrentamento desse processo de identificação, para encontrar sua imagem nas certezas e incertezas do desejo, que adolescentes e família alteram regras, usam dos limites para se reorganizarem no intuito de alcançar/oferecer a tão almejada autonomia (Preto, 2001).

Nessa perspectiva, que segundo Noom (1999), a autonomia é definida como a habilidade para dirigir a própria vida, para definir metas, sentimentos de competência e habilidade para regular as próprias ações. Ações que podem estar direcionadas ao cuidado na perspectiva do viver saudável. Diante disso, Silva *et al.* (2005), enfatiza que na busca pela compreensão do cuidado, podemos perceber que somos seres de relação, compartilhando o estar no mundo com o outro, e compartilhar exige inquietude na busca do conhecimento.

O pensamento complexo, diante da possibilidade de explicar as nuances para a construção da autonomia, acena para as lacunas entre as diversas disciplinas nesse processo de elaboração e mostra como lidar com as incertezas na conceção da auto-organização (Morin, 2000)

Assim, o pensamento complexo é para Morin (2000), uma forma de pensar que trata de procurar as relações e inter-retroações entre cada fenômeno e seu contexto, as relações de reciprocidade todo/partes e também de reconhecer a unidade na diversidade, o diverso na unidade; e de reconhecer, a unidade humana em meio às diversidades individuais e culturais, em meio à singularidade humana.

A possibilidade da autonomia do adolescente, na intervenção positiva da enfermagem, ancorada no olhar complexo sobre o cuidado da saúde do adolescente, pode ser conhecimento importante para a construção do viver mais saudável desses sujeitos, no contexto das políticas públicas e sociais em saúde. Assim, elaborou-se o seguinte objetivo: compreender o significado de autonomia do cuidado para o adolescente e suas interações na perspectiva de um viver saudável.

Revisão da literatura

Propõe-se neste trabalho um olhar especulativo sobre essa fase da vida, a adolescência, que nos últimos anos tornou-se uma grande preocupação aos pais e à sociedade em geral.

Na adolescência, o indivíduo cresce de forma acelerada em todas as vertentes como se pode observar na forma graciosa descrita por um estudioso para este estado “Num ápice, tudo muda, sem tempo crepuscular que ajude a transformação. O inexorável tempo não permite que se trave ou desacelere o ritmo de crescimento físico, que arrasta consigo um “mar inúmero” de novos estados e novas vivências que obrigam a alterar imagens e laços, gerando dor mental” (Pinto, 1998, p. 21).

O adolescente sente-se surpreendido nesta transformação. “A situação mutável que significa a adolescência, obriga a reestruturas permanentes externas e internas, que são vividas como intrusões, dentro do equipamento conquistado da infância” (Aberastury e Knobel, 1981, p.34). Nesta fase os problemas são inúmeros e, assim, necessita-se de uma estrutura familiar que possa amenizar as angústias e sofrimentos de perdas experienciadas pelo adolescente. Dessa forma, é possível o adolescente tomar para si as responsabilidades do seu próprio viver, autonomizar-se de modo menos conflituoso.

Para Dias (1988), a forma como o adolescente se relaciona com seu grupo familiar vai direcionar sua relação com os seus grupos externos. Nestes, o adolescente encontra suporte para ensaiar uma série de movimentos de introjeções onde elabora o sofrimento e o capacita para escolher um novo modo de viver.

Os diferentes perfis do adolescente brasileiro nos motivam a repensar uma proposta de ação

integralizadora durante sua caminhada para a adultice. É preciso lembrar que, na adolescência, existe um enorme potencial para sonhar as mudanças, vale lembrar que esse potencial não tem sido reconhecido e nem mobilizado.

Segundo Oliva e Parra (2001), é importante que se entendam as mudanças e os fatores que as influenciam, para que, prevenindo as situações de risco, orientando os adolescentes nesse processo, facilitando a sua autonomia, ajudando no processo de sua interdependência na família, comunidade e escola, possam os adolescentes atingir o pleno desenvolvimento de suas potencialidades.

Na tentativa de romper com modelos pré existentes, às vezes o adolescente sente-se só, desprotegido e incompreendido, mas, aos poucos, aprende que este é um movimento recursivo que o auxiliar à tomada de decisões para o cuidado de si no processo de promoção de sua saúde para uma vida saudável (Pigozzi, 2002).

Apesar dessa percepção, estudiosos entendem que o adolescente deseja ser totalmente autônomo, ao mesmo tempo que almeja a atenção de seus pais em quase todos os atos banais do cotidiano (Ferreira e Nelas, 2006).

A complexidade dessas transformações nos levou a buscar no pensamento complexo um sentido para compreender as relações que se estabelecem nos contextos dos quais participa o adolescente, a família, a escola e os grupos de pertença.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, parte da tese de doutorado intitulada: Autonomia do cuidado vivenciada por adolescentes para um viver saudável: o olhar da enfermagem, com o objetivo de *compreender o significado de autonomia do cuidado para o adolescente e suas interações na perspectiva de um viver saudável*.

Esta pesquisa foi ancorada no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* de Strauss e Corbin(1990), o qual visa descrever conceitos que emergem dos dados e interpreta a relação entre eles, permitindo a construção de modelos teóricos. Para tanto, a abstração é construída a partir da análise comparativa constante dos dados, sem a intenção de

buscar evidências para a comprovação de hipóteses predeterminadas (Glaser e Strauss, 1967).

Foram participantes do estudo adolescentes na faixa etária entre 12 e 18 anos, pais, professores e enfermeiros, em um total de 27 participantes em quatro grupos amostrais. Teve como local de estudo a cidade de Belém, bairro da Pedreira, iniciando a coleta dos dados a partir da Estratégia Saúde da Família do Canal da Visconde.

Os dados foram coletados mediante entrevistas, textos e dinâmicas interativas, entre fevereiro e novembro de 2009. Antes de seu início, o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o nº 279/08, e os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados evidenciou seis categorias conceituais centradas no fenômeno: Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável. A primeira categoria conceitual foi: “O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si”, que é objeto de composição deste artigo dada a relevância e especificidades das suas subcategorias. Esta categoria foi a que se qualificou para ocupar a posição de condição causal dentro do modelo paradigmático da referida tese.

Resultados

A categoria “O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si” foi constituída pelas seguintes subcategorias: Precisando da ajuda de pessoas para se cuidar; Sendo dependente dos cuidados maternos; Sentindo-se protegido pela mãe; Valorizando o cuidado materno; Tendo a família como referência; Necessitando de ajuda dos pais para exercitar a autonomia; Considerando o adolescente imaturo para se cuidar; Sentindo necessidade de uma família presente; Reconhecendo na família o papel de educadora; e, ainda, Sustentando o cuidado à saúde a partir de orientações da família.

Esta categoria mostra que, durante o processo de construção da autonomia, o adolescente vivencia as certezas/incertezas constantes no decorrer da experiência de viver essa fase tão cheia de surpresas,

a descoberta de que, apesar de sentir-se o “dono da situação”, ele se confronta com a possibilidade de múltiplas realizações que não dependem somente de sua vontade. Percebe, então, o quanto necessita de outros para desenvolver o cuidado de si. Ele se depara com sonhos e planos nunca antes experimentados e percebe que uma nova realidade se descortina em sua vida. Vê em si o adulto que deseja ser, entretanto, este adulto se encontra num corpo que ainda não se definiu para as tarefas que deseja desempenhar. Essas indefinições quanto a ser e não ser o desejado e o sentido, são acompanhadas de situações inquietantes que, se bem orientadas, são uma tormenta que passa sem prejuízos e muitas vezes com muitos ganhos.

Nessa sua procura por autoafirmação como um ser independente, o adolescente se dá conta de que necessita de ajuda. Precisando da ajuda de pessoas para se cuidar representa o que revela o adolescente diante da impossibilidade de resolver as pequenas situações que surgem no cotidiano de sua vida, como as necessidades básicas da higiene pessoal, de alimentação, e outras um tanto mais complexas para as quais o adolescente deste estudo depende de ajuda, como explicitado através das falas: “Quem me ajuda é minha mãe e minha avó.” (Javari); “Bem, a minha mãe está sempre ali, me orientando para o cuidado higiênico e cuidado com minhas roupas íntimas.” (Japurá); “As pessoas que cuidam de mim são minha mãe e minha irmã, elas falam que eu tenho que ter mais cuidado, comigo e com as coisas que faço ou deixo de fazer.” (Coari)

Dessa forma, os filhos, vão, progressivamente, conquistando a autonomia, passando a administrar algumas de suas atividades básicas, alimentação, vestuário e higiene (Pigozzi, 2002). No entanto, continuam dependendo dos pais na conquista desses e de outros itens essenciais à sua sobrevivência física e emocional.

Assim, se confirma essa interdependência do ser humano na busca por sua autonomia. O sujeito necessita trocar energias com seus pares e com o ambiente (Morin, 2007). Ele só pode aparecer no final de um processo físico e emocional no qual se desenvolveu por meio de várias etapas, condicionado por suas relações, o que torna cada vez mais rico o fenômeno da auto-organização. Ou seja, o desenvolvimento não se dá de maneira isolada, pode ocorrer em mais de um contexto, o que deixa clara a impossibilidade de pensar este ponto a partir da

premissa linear de causa e efeito, mas circular, global e abrangente.

Na primeira fase dessa passagem, o adolescente se considera como sendo dependente dos cuidados maternos, por ser uma fase na qual ele manifesta a importância da mãe, ou de outros, por perto. Sente-se seguro em saber que pode contar a qualquer instante com alguém que lhe dê apoio sobre as mínimas necessidades, como pode ser observado nos relatos: “Acho engraçado, em casa dependemos do cuidado de nossa mãe. Ela olha e diz ‘fulano tá com anemia’ e olha todo o corpo e depois diz ‘vamos logo para o médico’.” (Purus); “A minha mãe me cuida muito, ela vive me mandando ir ao ginecologista. Sei que é cuidado, mas fico esperando, ela me orienta a usar camisinha.” (Tapajós); “Uma vez tive um desmaio, senti que minha mãe ficou muito preocupada, veio correndo de seu trabalho quando soube do ocorrido. [...] Depois disso tive outros problemas de dor de cabeça e nos olhos, logo a minha mãe me levou ao oftalmologista e aí fiquei bem. Sei que posso sempre contar com ela. Por isso acho que sou dependente.” (Coary)

É importante atentar que, no início da puberdade, as transformações físicas são acompanhadas por temor do desconhecido. O adolescente tem a percepção das modificações que vêm ocorrendo com o seu corpo, das sensações e pensamentos que povoam sua mente. É neste momento que, apesar de procurarem o isolamento para sentirem essas modificações, necessitam de pessoas que os ofereçam segurança.

O aconchego da família o faz se sentir melhor e, então, sentindo-se protegido pela mãe desenvolve a confiança no fazer e as atribuições que pareciam impossíveis passam a fazer parte do dia-a-dia, cumprindo o papel de ser seu próprio cuidador sob o auxílio do olhar materno, como podemos ilustrar com as falas: “Se uma tá com problema com relação a contar pra mãe, vamos as duas e contamos. Os meus problemas as vezes acho que tenho capacidade de resolver e aí não resolvo, preciso de alguém.” (Tapajós); “Em qualquer outro assunto, qualquer outro problema, sempre tá lá do lado para ajudar. Não é só na doença, até mesmo na hora da educação.” (Madeira); “Do jeito que ela (mãe) conhece a gente... Sempre leva ao médico, vive mandando tomar remédio, ela cuida de nossa alimentação, cuida de nossa saúde.” (Tapajós)

Temos o nosso mundo psíquico constantemente influenciado pelo processo de socialização que se

inicia com o nascimento do indivíduo, sendo seu maior representante a mãe (Morin, 1999). Assim, apesar das controvérsias de que o filho não sintoniza com a família nessa fase da vida, esse adolescente consegue sentir-se valorizando o cuidado materno, como pode ser percebido em suas falas: “Praticamente não sou eu que me cuido, quem me cuida é minha mãe, porque ela é mais cuidadora. Ela manda a gente tomar remédio, ela cuida de nossa alimentação. Até hoje ela praticamente resolve todos os nossos problemas.” (Tapajós); “Quando a gente tá doente, tipo assim, a mãe se preocupa em levar o filho para o hospital, em saber o que o filho tem.” (Solimões)

Dessa forma o adolescente deve fazer seu processo de luto e elaborar perdas significativas, como a do corpo e das fantasias infantis, de uma identidade conhecida e de todos os tipos de relações que convivia (Pigozzi, 2002). Vive o adolescente, nesse momento, a contradição, tanto deseja viver este estado de possibilidades de vir a ser, ao mesmo tempo em que sente falta da familiaridade do passado e teme pelas mudanças que novamente ocorrerão.

Podemos fazer aqui um contraponto com o pensamento complexo, no sentido de entender o que é ser sujeito. “Ser sujeito é poder ser autônomo, ao mesmo tempo dependente. É ser alguém provisório, vacilante, incerto, é quase tudo para si e quase nada para o universo” (Morin, 2007, p. 66). Diante dessa perspectiva de ser tudo e ser nada, o adolescente experimenta as certezas/incertezas de um mundo adulto em que está posto e o espera.

A maneira como o adolescente lida com as rápidas mudanças e as novas experiências varia de acordo com sua história de vida. A sua história é a história de sua família, do grupo social com o qual vive e viveu. Foi com os olhos desse grupo que conheceu o mundo, desenvolveu seus vínculos, princípios e valores necessários ao prosseguimento de sua trajetória (Amorim Filho *et al.*, 2006).

Tendo a família como referência é mais uma mostra de que a família é necessária no processo de maturação do sujeito. A família é o espaço onde o adolescente diante da expectativa de realizar essa travessia encontra ‘portos seguros’ naqueles momentos em que as tormentas assustam e trazem a insegurança. Os relatos seguintes podem exemplificar: “Hoje a sociedade anda muito dispersa [...]. Você vê que a família que menos tem valor [...]. A família voltando como referência vai mudar muito a formação do

adolescente.” (Tucunaré); “Família estruturada é aquela unida, que dá apoio, que procura ajudar todo mundo da família.” (Tefé)

A família é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consanguinidade (irmãos) – e que, a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhes condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu, através dos tempos, funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais (Osório, 2002).

Esse processo de socialização começa com o nascimento e termina com a morte do indivíduo. Torna o ser humano uma entidade que fala, dá a ele uma identidade e um estado social, é habitado e determinado por regras, valores afins, e possui mecanismos de motivação adequados à manutenção da sociedade (Morin, 1999).

Com essa perspectiva, o adolescente se encontra necessitando de ajuda dos pais para exercitar a autonomia. Muitos adolescentes ainda na fase pré-púbere não têm noção do que seja autonomia, pois muitas de suas necessidades são realizadas pelos pais ou outras pessoas colaboradoras, assim o entendimento dessa dimensão ocorre numa fase mais avançada da adolescência, principalmente quando começa a emergir no grupo familiar a contradição. Para umas coisas o adolescente já é adulto, para outras não é tempo, pois ainda é criança. Essa dúbia situação expõe o indivíduo a desejos de se encontrar, procurar descobrir um meio-termo, um equilíbrio para estruturar sua individualização, como mostram os relatos: “[...] Principalmente a responsabilidade, o jovem precisa ter confiança nos pais, fazer um esporte, ter respeito pelos outros.” (Pirarucu); “Tenho uma ótima relação com eles [...]. Além de ser pai sou amigo deles, estou para ensiná-los de todas as formas. Da experiência que tenho e a pouca que tenho quero passar pra eles.” (Tambaqui); “Eu dependo um pouco de minha mãe.” (Mamoré); “Eu não, acho que tenho um pouco de autonomia porque não tenho minha família em casa. Eu já me cuido, mas também dependo de minha sogra que me orienta.” (Tefé)

Na formação de sua identidade, o jovem necessita abandonar, por um processo de seleção, ensinamentos, desejos e valores que lhe foram transmitidos e que não lhe agradam mais, assim como, tomar para si aquilo que lhe convém, que deseja manter. Esse

processo requer uma revisão crítica das normas e limites e resulta num processo doloroso que poderá vir acompanhado de uma sensação de impotência ante a polaridade dependência/independência (Rios Gonzáles, 2005).

E o que é autonomia diante do pensamento complexo? A autonomia depende de condições culturais e sociais (Morin, 2007). Para sermos autônomos, precisamos aprender uma linguagem, uma cultura, um saber, mais do que isso, necessitamos que essa cultura seja diversificada, para que possamos fazer escolhas e reflexões de maneira autônoma.

Quando não são percebidas essas possibilidades de desenvolvimento pessoal autônomo, dentro dos parâmetros esperados, podemos estar considerando o adolescente imaturo para se cuidar. Essa é uma maneira muito comum entre os pais para dizer que seus filhos ainda não podem assumir tarefas, pois ainda não desenvolveram o senso de responsabilidade. Dessa forma, não podem assumir o seu próprio cuidado. Os relatos a seguir retratam essa experiência: “A gente tem que primeiro chegar com eles, quando já estiverem crescidinhos. A gente orienta o bastante, só que para eles não é o bastante, precisam sempre mais.” (Pintado); “Então ele sabe tudo o que tem que fazer, mais não faz, espera que eu diga a ele até mesmo qual é a roupa que ele tem que vestir. Mais a culpa disso sou eu, que deixei que ficasse dependente de mim.” (Tucunaré); “O jovem de hoje não tem a capacidade de se virar só na vida, quando ele tem aquela liberdade, ele se perde lá na frente. Ele não tem aquela autonomia própria.” (Tambaqui); “Tem aquelas pessoas que têm tudo ali, os pais dão tudo. Essas pessoas não procuram fazer nada, ficam só na espera dos pais.” (Purus)

Diz-se que a puberdade é a maturação do corpo e a adolescência é a maturação do ser. Logo, isso pressupõe a possibilidade de ritmos diferenciados entre a parte biológica e a psíquica de cada um, o que implica uma certa imaturidade para a realização do autocuidado (Pigozzi, 2002).

“Sentindo necessidade de uma família presente” é uma subcategoria muito importante no contexto dessa discussão. Essa necessidade esteve muito presente nos discursos dos depoentes, em função do distanciamento que sentem existir entre os participantes e os pais, fato comum em decorrência da necessidade de pai e mãe trabalharem fora do domicílio, deixando muitas vezes os filhos sozinhos

ou em companhia de terceiros. Em muitos momentos, esse adolescente passa o seu tempo dividindo atenção com outros adolescentes e com irmãos menores.

Tendo que ficar sozinho, ele procura na rua companhias que nem sempre são as melhores. Podemos perceber esta situação nas falas a seguir: “Eu sou uma pessoa que faço as coisas, sei fazer comida e também varro a casa, lavo roupa, cuido de minha irmã, vou deixar ela no colégio às 7 horas e vou buscar ela às 11 e meia, e quando chego ainda dou a comida dela e de minha tia. Eu moro só com minha tia, uma senhora de 80 anos e minha irmã de 5 anos e meu tio. Então, tomo meu banho antes de ir para o colégio, me arrumo e vou pra aula. Quando chego faço café e tomo meu banho. Não sou relaxada, eu me cuido e me dou valor.” (Jarí); “Eu não tenho muito cuidado comigo, porque minha mãe trabalha o dia todo, eu fico só com meus irmãos e fico mais na rua, não tenho nada para fazer em casa.” (Mamoré)

As mudanças cognitivas que ocorrem nessa fase capacitam o adolescente a imaginar futuros papéis sociais, a equacionar possibilidades e escolhas e a atingir um raciocínio sócio emocional e cognitivo mais estável. As características deste novo modo de pensar estendem-se ao pensamento do adolescente sobre si, sobre os outros e sobre o mundo, interferindo deste modo nas suas relações interpessoais (Oliva e Parra, 2001).

A família constitui indubitavelmente um dos fatores mais importantes e determinantes da personalidade. Esta importância cresce do fato de a família ser o ambiente mais importante para a criança, o seu primeiro grupo social e onde esta passa ou deveria passar a maior parte de seu tempo. O desenvolvimento da personalidade da criança depende em grande parte dos estilos ou práticas educativas parentais (Oliva e Parra, 2001).

Nessa perspectiva, podemos explicar o entendimento que se faz da apreensão do ser sobre o ser e o mundo das interações cósmicas, a partir do princípio hologramático. Desde a infância, a sociedade é impressa em nossa mente no decurso da educação familiar, prossegue com a educação escolar e com a educação universitária, o que nos faz ser o todo e a parte neste mundo de interações/retroações (Morin, 2007).

Reconhecer o papel cuidador da família traz à tona que a responsabilidade imposta pela sociedade deve ser assumida pela família no papel de educadora de

seus jovens, papel muitas vezes negligenciado, outras vezes deixado sob a responsabilidade de outros. Este aspeto pode ser visto nos relatos que seguem: “Alguns jovens não têm respeito por aquilo que é deles. Acredita-se que seja por falta de limites que os pais não impõem. Aí, tudo se reflete na rua e na escola.” (Arara); “Acho que carinho, amor, atenção conduz a pessoa a um crescimento, vai tendo uma educação, coisas assim.” (Solimões); “A gente precisa de pessoas que possam ouvir pessoas que estejam dispostas a entender o que a gente precisa. A boa relação com a família é muito importante.” (Purus)

Toda educação visa a levar o indivíduo ao progresso, ao pleno desenvolvimento de suas capacidades inatas e adquiridas de forma constante e dialógica. O desenvolvimento integral depende tanto dos cuidados relacionais que envolvem a dimensão afetiva como dos cuidados com os aspetos biológicos do corpo, assim como da qualidade da alimentação e dos cuidados com a saúde, da forma como esses cuidados são oferecidos e das oportunidades de acesso a conhecimentos variados (Pinto, 1998).

Percebemos que a categoria “Sustentando o cuidado à saúde a partir de orientações da família” reforça o papel da família na formação do adolescente para enfrentar as vicissitudes da vida. Nesta perspectiva, é a família que deve se pôr na vanguarda de qualquer iniciativa relacionada a educação ou preparo do adolescente para o cuidado à sua saúde: “Depois do desmaio que tive passei a agir segundo as orientações de minha mãe. Tenho seguido o que recomenda a minha família, assim tenho estado bem com minha saúde.” (Coary); “Para que eles sigam metade do que se orienta, a gente deve pegar eles, sentar e conversar, orientar sobre tudo, principalmente as meninas, que aos dez, doze anos já estão tendo relações sexuais e não sabendo se cuidar. Podem pegar uma doença ou uma gravidez.” (Pintado)

O educar e o cuidar caminham simultaneamente e de maneira indissociável, possibilitando a crianças e adolescentes expressarem suas múltiplas linguagens, viverem com as diferenças, diante das diversas formas de organização da vida familiar quanto ao que tange às diversas culturas sociais, possibilitando que eles construam sua identidade e sua autonomia (Pinto, 1998).

A congruência das subcategorias – Precisando da ajuda de pessoas para se cuidar; Sendo dependente dos cuidados maternos; Sentindo-se protegido pela

mãe; Valorizando o cuidado materno; Tendo a família como referência; Necessitando de ajuda dos pais para exercer a autonomia; Considerando o adolescente imaturo para se cuidar; Sentindo necessidade de uma família presente; Reconhecendo o papel cuidador da família; e, ainda, Sustentando o cuidado à saúde a partir de orientações da família –, que constituíram a primeira categoria, “O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si”, mostra os movimentos do viver humano adolescente, família, grupos sociais vinculados que convergem para a possibilidade de viver mais saudável desses adolescentes, exercitando sua autonomia, mas sempre na dependência da família como protetora, educadora, orientadora, cuidadora e presente na vida deles.

Discussão

É importante atentar para as dificuldades experimentadas por adolescentes nos períodos das transformações físicas e emocionais durante o processo de adolecer. O adolescente tem a percepção das modificações que vêm ocorrendo com o seu corpo, das sensações e pensamentos que povoam sua mente e nesta fase necessita de carinho e atenção e de pessoas que ofereçam segurança. O sujeito durante o processo de maturação necessita trocar energias com o meio e com os seus pares, pois condicionado por suas relações vivenciadas de forma global, circular e abrangente esta mudança torna-se mais rica e fortalecida, emergindo dela uma pessoa física e emocionalmente mais resistente (Morin, 2007).

As características desse novo ser, com modos de ver e ouvir o mundo, estendem-se ao pensamento do adolescente sobre si, sobre os outros e sobre o mundo, interferindo deste modo nas suas relações interpessoais. Desta forma, a família constitui indubitavelmente um dos fatores que mais determinam sobre a personalidade do adolescente. Esta importância cresce do fato de a família ser o ambiente mais importante para a criança e o adolescente, por ser o seu primeiro grupo social, onde as relações estabelecidas são mais fortes. É neste grupo social que são experienciadas as primeiras ações de cuidado, sendo, também, a partir deste grupo que as vivências sobre o cuidar se estabelecem consigo e com o outro.

A adolescência simboliza mudanças, criação e inauguração de nova fase na vida, fase de responsabilidade com sua saúde e com a conquista de melhor qualidade de vida. A compreensão de alguns autores é de que esses ritos de passagem, essas mudanças não são universais, mas o mais variado quanto a datas e extensão, podendo ou não estar presentes (Pigozzi, 2002).

Neste caso, estudos mostram que a família tem papel importante no desenvolvimento do cuidado à saúde de seus membros, visto que em algumas situações a assistência não tem satisfeito as necessidades dessa população. Por isso, torna-se necessária a elaboração de estratégias que visem à orientação e priorizem a família como centro do processo de cuidado à saúde do adolescente (Dias, 1988).

Logo, estudiosos consideram que a percepção da necessidade de cuidados com a saúde na adolescência é pouco concreta, sendo sentida nos momentos emergentes e nunca como uma ação que faz parte do repertório habitua (Aberastury e Knobel, 1981). Assim, o cuidado da família é percebido pelos adolescentes por meio da atenção recebida, da dedicação e preocupação demonstrada por seus familiares.

A promoção do cuidado ao adolescente na perspectiva de crescer e se desenvolver de forma saudável não pode ficar entre os discursos teóricos. Esta jornada exige atitudes que possam ser capazes de problematizar e recriar novas situações que possam convergir no sentido de proteger a vida do adolescente em suas diferentes dimensões.

Devido às características da formação recebida na academia de enfermagem, o enfermeiro parece ser o elemento da equipe de saúde que tem recebido uma maior densidade de informação sobre os modos de ser adolescente e nesta perspectiva, imbuído da responsabilidade do cuidar, tem sido o profissional que tem estado mais próximo dessa clientela. Entretanto, essa aproximação tem se dado somente a quando da necessidade sentida e referida pelo adolescente ou família. O que se espera é que o cuidado ao adolescente incluso a autonomia dos mesmos para se cuidar seja expressivo, extensivo e que pule os muros das unidades de saúde, saia às ruas, vá às escolas e aos domicílios.

Conclusão

As subcategorias: Precisando da ajuda de pessoas para se cuidar; Sendo dependente dos cuidados maternos; Sentindo-se protegido pela mãe; Valorizando o cuidado materno; Tendo a família como referência; Necessitando de ajuda dos pais para exercer a autonomia; Considerando o adolescente imaturo para se cuidar; Sentindo necessidade de uma família presente; Reconhecendo na família o papel de educadora; e ainda Sustentando o cuidado à saúde a partir de orientações da família, conformaram a categoria “O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si”.

A inter-relação entre as subcategorias e categoria mostra a circularidade dos movimentos do viver humano adolescente, família, grupos sociais vinculados, convergindo para a possibilidade de viver mais saudável destes adolescentes, exercitando sua autonomia na dependência da família protetora, educadora, orientadora, cuidadora e presente na vida deles. Afirmou-se como condição causal no processo de construção da autonomia do cuidado por adolescentes para um viver saudável.

Temos a expectativa de que o conhecimento sobre o processo de desenvolvimento da autonomia do adolescente exposto no decurso desta pesquisa possa contribuir para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde e proteção a esta clientela.

Novos estudos devem ser realizados para aprofundamento e avanço na compreensão das singularidades inerentes a essa problemática e temática de estudo, no tocante à necessidade de ajudar os adolescentes a construir sua autonomia no cuidado da sua saúde, no processo de viver e ser mais saudável.

Este estudo é parte da Tese de Doutorado, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, em 2010.

Referências bibliográficas

ABERASTURY, A. ; KNOBEL, M. (1981) - *Adolescência normal*. Porto Alegre : Artes Médicas.

- AMORIM FILHO, H. A. [et al.] (2006) - O adolescente como população: alvo de estudos científicos. *Odontologia Clínica-Científica*. Vol. 5, nº 2, p. 103-107.
- BALLONE, G. J. (2003) - Depressão na adolescência. *PsiquWeb* [Em linha]. [Consult. 16 Nov. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://sitesuol.Com.br/gballone/adolesc.2.html>>.
- BRÊTAS, J. R. S. (2004) - A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. *Temas sobre Desenvolvimento*. Vol. 12, nº 72, p. 29-38.
- CONO, M. A. T. [et al.] (1998) - A produção do conhecimento sobre adolescência na enfermagem: período 1993 a 1996. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 6, nº 1, p. 91-97.
- DIAS, C. A. (1988) - *Para uma psicanálise da relação*. Porto : Edições Afrontamento.
- FERREIRA, M. ; NELAS, P. B. (2006) - *Adolescências... adolescentes...* [Em linha]. (Educação, Ciência e Tecnologia; 141). [Consult. 16 Nov. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/>>.
- GLASER, B. G. ; STRAUSS, A. L. (1967) - *The discovery of grounded theory*. New York : Aldine.
- MORIN, E. (1999) - *Método 3: o conhecimento do conhecimento*. Porto Alegre : Sulina.
- MORIN, E. (2000) - *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, repensar pensamento*. Rio de Janeiro : Bertrand Brasil.
- MORIN, E. (2007) - *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre : Sulina.
- NOOM, M. J. (1999) - *Adolescent autonomy: characteristics and correlates*. Delft : Eburon.
- NOOM, M. J. ; DEKOVIC, M. ; MEEUS, W. H. J. (1999) - Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence: a double-edged sword?. *Journal of Adolescence*. Vol. 22, nº 6, p. 771-783.
- OLIVA, A. ; PARRA, A. (2001) - Autonomía emocional durante la adolescência. *Infancia y Aprendizaje*. Vol. 24, nº 2, p. 181-196.
- OSÓRIO, L. C. (2002) - *Casais e famílias: uma visão contemporânea*. Porto Alegre : Artmed.
- PIGOZZI, V. (2002) - *Celebre a autonomia do adolescente: entendendo o processo de iniciação na vida adulta*. São Paulo : Editora Gente.
- PINTO, J. M. (1998) - Da ação ao pensamento: o grupo no processo de transformação adolescente. *Referência*. Nº 0, p. 21-32.
- PRETO, N. G. (2001) - Transformação do sistema familiar na adolescência. In CARTER, B. ; MCGOLDRICK, M. - *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre : Artmed.
- RIOS GONZÁLES, J. A. (2005) - *Los ciclos vitales de la familia y la pareja: ¿Crisis u oportunidades?*. Madrid : Editorial CCS.
- SILVA, L. W. S. [et al.] (2005) - A arte na enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. *Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 14, nº 1, p. 120-30.
- STRAUSS, A. L. ; CORBIN, J. (1990) - *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. London : Sage.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA CRÔNICA: CONVIVENDO COM MUDANÇAS¹

Maria Aparecida Vieira²
Regina Aparecida Garcia de Lima³

Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. Rev Latino-am Enfermagem 2002 julho-agosto; 10(4):552-60.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com o objetivo de apreender, por meio de entrevista, a experiência da criança e do adolescente com doença crônica, tal como ela é vivenciada por eles. Os resultados revelam que as crianças e os adolescentes têm seu cotidiano modificado pelas freqüentes hospitalizações, pelos limites ditados pela doença e tratamento, ocasionando mudanças, especialmente no processo de escolarização. Considerando que a criança e o adolescente vivenciam sentimentos e situações complexas, no cotidiano da doença crônica, é importante que os profissionais de saúde conheçam essas demandas e as incorporem ao plano de cuidados, visando a uma intervenção efetiva, para a promoção do crescimento e desenvolvimento.

DESCRITORES enfermagem pediátrica, doença crônica, criança, adolescente

CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH A CHRONIC DISEASE: LIVING WITH CHANGES

This descriptive and exploratory study aimed at apprehending, by means of interviews, the experiences of children and adolescents with a chronic disease as it is felt by them. The results showed that the lives of children and adolescents are changed by frequent hospitalizations and by the limitations imposed by the disease, which causes alterations particularly in their schooling process. Considering that children and adolescents experience complex feelings and situations in the everyday routine of living with a chronic disease, it is important that health care professionals learn about such needs and incorporate them to care planning, aiming at providing effective intervention in order to promote growth and development.

DESCRIPTORS: pediatric nursing, chronic disease, child, adolescent

NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA: CONVIVIENDO CON LOS CAMBIOS

Estudio descriptivo exploratorio, con el objetivo aprehender, por medio de entrevista, la experiencia del niño y del adolescente con enfermedad crónica, tal como ella es vivida por ellos. Los resultados rebelan que los niños y los adolescentes, han modificado su día a día, por las frecuentes hospitalizaciones, por los límites dictados por la enfermedad y tratamiento, ocasionando cambios especialmente en el proceso de escolaridad. Considerando que el niño y el adolescente viven sentimientos y situaciones complejas en su cotidiano de la enfermedad crónica, es importante que los profesionales de salud conozcan estas demandas y las incorporen al plan de cuidados, llevando a una intervención efectiva, para la promoción del crecimiento y desarrollo.

DESCRIPTORES: enfermería pediátrica, enfermedad crónica, niño, adolescente

¹ O Presente estudo é parte da dissertação de mestrado "Doença crônica: vivências de crianças e adolescentes"; ² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Professor Auxiliar do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso; ³ Orientadora, Professor Doutor, e-mail: limare@eerp.usp.br. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico e tecnológico tem possibilitado o diagnóstico precoce das doenças, e a terapêutica adequada permite, muitas vezes, o controle de sua evolução e cura. Mesmo com esses avanços, algumas doenças, especialmente as crônicas, promovem alterações orgânicas, emocionais e sociais, que exigem constantes cuidados e adaptação.

Identificamos, na literatura pesquisada, várias definições para doença crônica. Dentre essas, considera-se doença crônica aquela que tem um curso longo, podendo ser incurável, deixando seqüelas e impondo limitações às funções do indivíduo, requerendo adaptação⁽¹⁾. A principal característica da doença crônica é a duração⁽²⁾. Eles a definem como de longa duração, ou seja, uma condição que dura mais de três meses em um ano ou que necessite de um período de hospitalização por mais de um mês. Neste estudo, adotaremos essa definição.

Quando nos referimos à criança, o esperado é que ela viva situações de saúde para crescer e desenvolver-se dentro dos limites da normalidade, porém quando, nos defrontamos com ela, na condição de doente, como todo ser humano, tem seu comportamento modificado. Sua reação diante dessa experiência desconhecida, que é a doença, pode lhe trazer sentimentos de culpa, medo, angústia, depressão e apatia, e ameaçar a rotina do seu dia-a-dia⁽³⁾.

Nos casos crônicos, especialmente, a criança e o adolescente têm seu cotidiano modificado, muitas vezes, com limitações, principalmente físicas, devido aos sinais e sintomas da doença e podem ser freqüentemente submetidos a hospitalizações para exames e tratamento à medida que a doença progride. Assim, a hospitalização permeia seus processos de crescimento e desenvolvimento, modificando, em maior ou menor grau, o cotidiano, separando-os do convívio de seus familiares e ambiente.

A complexidade da doença, o seu tratamento, o uso e o acesso às tecnologias influenciam a trajetória da doença crônica. Assim, algumas fases da doença podem ser previsíveis, e outras, incertas, porém todas causam impacto e danos à criança e família⁽⁴⁾. Cada fase tem tarefas próprias, requerendo delas força, mudanças de comportamento, de atitude e readaptações.

Existem três fases na história da doença crônica: a fase de crise, caracterizada pelo período sintomático até o início do tratamento, ocorrendo uma desestruturação na vida da criança/adolescente e família; a fase crônica, marcada pela constância, progressão e remissão do quadro de sinais e sintomas, quando a criança/adolescente e família procuram dar autonomia e reestruturação às suas vidas, e a fase terminal, abrangendo desde o momento em que a morte parece inevitável, até a morte propriamente dita⁽⁴⁾.

Há uma analogia entre as fases da doença e o desenvolvimento humano, de acordo com o autor, pois cada período do desenvolvimento, assim como as fases da doença têm certas tarefas básicas. A fase de crise é semelhante ao período da infância, caracterizado pela aprendizagem. Fazendo um paralelo, o período inicial da doença serve para as pessoas conhecerem e aprenderem a utilizar estratégias de como conviver com a doença crônica. Semelhante à transição da infância para a adolescência, que abrange períodos de crise e maior responsabilidade, a transição para a fase crônica da doença envolve "... autonomia e a criação de uma estrutura de vida viável, adaptada às realidades da doença"⁽⁴⁾.

Assim, a doença crônica impõe modificações na vida da criança/adolescente e sua família, exigindo readaptações frente à nova situação e estratégias para o enfrentamento. Esse processo depende da complexidade e gravidade da doença, da fase em que eles se encontram e das estruturas disponíveis para satisfazer suas necessidades e readquirir o equilíbrio.

Em um estudo realizado com pacientes crônicos, os autores⁽⁵⁾ observaram que os pacientes passaram a ter novas incumbências, modificando hábitos, aprendendo como fazer o regime de tratamento, conhecendo a doença e aprendendo a lidar com seus incômodos físicos. Além disso, precisaram lidar, também, com as perdas nas relações sociais e financeiras e com a perda da capacidade física para as atividades, principalmente as de lazer, por se sentirem ameaçados tanto em sua aparência física como em sua vida.

Assim, este estudo tem como objetivo apreender a experiência da criança/adolescente com doença crônica, tal como é vivenciada por eles, e, assim, entender esse momento singular de suas vidas. A partir dessa experiência, poderemos planejar uma assistência que atenda às suas reais necessidades, promovendo,

inclusive, a oportunidade de continuar integrado à sua família, amigos e à escola, estando mais próximo de seu cotidiano. Esse estudo justifica-se, também, pela possibilidade de identificar, a partir dos relatos de vivências de crianças e adolescentes com doença crônica, aspectos que necessitem de intervenção, procurando minimizar o impacto de conviverem com a condição crônica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, à luz da abordagem qualitativa, pois ela responde a questões particulares, num espaço mais profundo das relações, considerando como sujeito do estudo, pessoas pertencentes a determinada condição social, com suas crenças, valores e significados próprios⁽⁶⁾. A descrição do cotidiano e das experiências do sujeito, uma das características da pesquisa qualitativa, permite que os dados coletados sejam narrados, minuciosamente, com toda a sua riqueza⁽⁷⁾.

O estudo foi realizado na Clínica de Pediatria do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), Cuiabá-MT. Participaram seis crianças/adolescentes na faixa etária de 7 a 14 anos, com diagnóstico de doença crônica há pelo menos um ano, em acompanhamento no HUJM, com internação no período de abril a julho de 2000.

A escolha dessa faixa etária baseou-se no fato de as crianças com mais de 7 anos e os adolescentes, encontrarem-se na fase de pensamento lógico e coerente e conseguirem, assim, comunicar verbalmente suas idéias, dando significado às experiências⁽⁸⁾.

O critério de inclusão-tempo de diagnóstico há pelo menos um ano-foi importante, pois a criança/adolescente já convivia com a doença, sendo possível saber suas possíveis limitações, mudanças no cotidiano e nas relações.

A entrevista livre foi a técnica utilizada para a obtenção dos dados, pois ela permite um aprofundamento da comunicação, valorizando as idéias, crenças, sentimentos e opiniões sobre as experiências dos sujeitos⁽⁶⁾.

Vale ressaltar que os dados foram recortados a partir de um processo de investigação maior⁽⁹⁾, que tem como questões norteadoras: *Fale sobre sua doença e Como é a sua vida depois que ficou doente?*

Segundo orientação das normas que regulamentam pesquisas em seres humanos⁽¹⁰⁾, encaminhamos ao comitê de Ética em Pesquisa do HUJM solicitação para se poder realizar a investigação. Após a aprovação do Comitê e autorização do responsável e da própria criança/adolescente, por meio do termo de consentimento, iniciamos a coleta dos dados com a gravação das entrevistas. Entrevistamos seis sujeitos, porém obtivemos um total de onze entrevistas, porque alguns foram entrevistados mais de uma vez, pois sentimos necessidade de aprofundar as informações à medida que organizávamos os dados. O tempo médio de cada entrevista foi de 40 minutos.

As crianças/adolescentes participantes são procedentes de Cuiabá e cidades do interior do estado de Mato Grosso, com idade de 7 a 14 anos, com as seguintes patologias: Hipertensão Porta e Varizes Esofágicas; Insuficiência Tricúspide e Hipertensão Pulmonar; Leucemia Mielóide Aguda; Síndrome Nefrótica; Retocolite Ulcerativa Aguda e Insuficiência Mitral, Aórtica e Tricúspide. O tempo de internação dos participantes variou de 7 a 84 dias, sendo que alguns tiveram várias reinternações no período da coleta dos dados. A maioria estava cursando a 1ª série do ensino fundamental, e alguns tiveram seu rendimento escolar comprometido, devido aos sinais e sintomas da doença e pelas freqüentes hospitalizações.

As entrevistas foram digitadas em formulário próprio, elaborado com duas colunas; na da esquerda, transcrevemos a entrevista, e a da direita, reservamos para uma primeira classificação dos dados, a partir de códigos, ou seja, frases ou palavras que dão uma noção do sentido acerca das informações contidas nos dados empíricos⁽⁷⁾. Após esse procedimento, obtivemos vários códigos, que foram aglutinados a outros por sua semelhança, sofrendo um processo de redução. Assim, esse processo permitiu-nos agrupar os códigos por sua semelhança, constituindo-se em sub-temas e, por fim, a definição de temas mais abrangentes, que englobaram os códigos menores complementando-os. Um dos temas foi **convivendo com mudanças**, objeto desta investigação.

Em respeito às questões éticas e ao anonimato das crianças/adolescentes envolvidos, decidimos identificá-los com um nome fictício, o qual foi escolhido por nós, respeitando a inicial do nome de cada um.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das falas das crianças e adolescentes, percebemos que eles convivem com mudanças, decorrentes, por exemplo, da necessidade de hospitalizações freqüentes, dos limites ditados pela doença, pelo tratamento e da mudança em seu ritmo de vida.

O impacto da doença

A doença para a criança/adolescente constitui-se num caminho, por vezes longo, difícil e imprevisível. Sua vida passa, então, a ser regida pela doença, com exames, internações e viagens, pois muitos deles residem em outros municípios. O primeiro impacto surge quando recebem o diagnóstico, e constatam que, realmente, têm uma doença. A lembrança dessa época provoca neles sentimentos de tristeza e angústia, expressos assim:

Fiquei assim agoniada, quando uma pessoa tá doente fica (Laura).

(...) é difícil ficar doente, assim numa cama. Ah! ficar doente não é bom né, sente fraqueza, tontura (Isabel).

Mas até que obtenham o diagnóstico definitivo da doença, a criança e o adolescente já vivenciaram várias hospitalizações com muitos exames, a ida de um hospital a outro, em várias cidades e estados diferentes, ou seja, uma verdadeira peregrinação, em busca de melhores centros que expliquem ou resolvam seu problema.

Fui pra Rondonópolis fazer exame, não deu nada, fui pra Cuiabá, fiz um exame, aí deu colite (...) não melhorou, aí fui pra Guiratinga, fiquei lá seis dias, não melhorou, aí vim pra Cuiabá (Isabel).

Desde o início dos sintomas até a definição do diagnóstico e tratamento, eles vivenciam uma fase de crise⁽⁴⁾, caracterizada como um período de desestruturação e incertezas, precisando aprender a lidar com os sintomas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, para, assim, reorganizarem suas vidas.

Frente à necessidade de conviverem com a doença crônica, que exige retornos e hospitalizações freqüentes, a criança e o adolescente passam, então, a se familiarizar com os procedimentos, nomes dos medicamentos, apropriando-se de um vocabulário técnico. Todos os participantes nomearam a sua doença, sabiam por que estavam internados e em tratamento, e qual o risco que a doença trazia para suas vidas.

A doença minha, essa do baço (...) eu não quero ficar mais com esse barrigão, aí tem que botar sangue outra vez, se esse baço não funciona mais (...) ele tá grande (o baço) e ele pode estourar (Laura).

Cada indivíduo atribui significados diferentes ao processo de adoecer. Para Laura e Ana, a doença advém do fato de ser congênita, e esse modelo de explicação denomina-se endógeno⁽¹¹⁾, ou seja, a doença tem origem dentro do organismo, fazendo parte do próprio interior do sujeito.

(...) não sei do que peguei né, às vezes acho que nasci com ela, só pode ser (Laura).

A minha mãe acha que é desde que eu nasci, porque, quando eu chorava, arroxava a boca... (Ana).

Para alguns, ainda, a doença é vivenciada como benéfica e vantajosa⁽¹¹⁾, pois têm a possibilidade de ganhar presentes em momentos de sua hospitalização, de participar de festas que acontecem nesse espaço, isso porque nem todos têm a oportunidade de vivenciar esses acontecimentos no seu cotidiano, devido às condições socioeconômicas.

Os médicos traz presente pra gente (...) Os presente, ganhar presente e tudo que eu quiser (Elton).

No Natal ganhei brinquedo aqui no hospital... (Carlos).

As hospitalizações e o tratamento

A criança e o adolescente compreendem a necessidade do tratamento e as hospitalizações, mas gostariam de estar em casa, realizando atividades cotidianas e brincando:

É porque eu não fico mais em casa ... (onde você fica mais tempo?) No hospital (Elton).

Eu fico dormindo (na sessão de químio), me dá vontade de estar lá em casa, assistindo televisão, brincando ... (Carlos).

Quando falam do tratamento, demonstram conhecimento da terapêutica e de suas conseqüências, das drogas que recebem e dos efeitos colaterais, às vezes insuportáveis.

Ah! mudou né, mudou, sabe, porque a radioterapia muda a cabeça da gente, o cérebro da gente, dá tontura, ânsia de vômito, não dá pra andar de ônibus, eu vomito (Carlos).

Sob o olhar da criança e do adolescente, o hospital tem uma característica de dualidade, pois, ao mesmo tempo que traz sofrimento, também representa um espaço de cura, aonde vão para fazer o tratamento, os exames, buscando não só salvar suas vidas, mas também trazer a sua saúde de volta.

Ah, pra melhorar né, tem remédio na hora certa (...) E pra salvar a vida da gente (Carlos).

É responsabilidade do hospital cuidar, a gente sair bem, sem doença nenhuma, sair curada (Isabel).

O hospital é, também, um espaço de dor e sofrimento para a criança/adolescente, pelos procedimentos ali realizados, especialmente as punções venosas:

Não é bom ficar no hospital, com tantos remédios, injeção ... (Isabel).

Apesar de as punções venosas causarem dor e sofrimento, eles se mostram divididos entre o ruim e o necessário e acabam se rendendo a elas. O mesmo ocorre com relação à necessidade do isolamento protetor; sabem que devem se submeter a esse “sacrifício”, pois a recompensa reverte em benefício da sua própria saúde.

Estando hospitalizados, precisam se ajustar às rotinas do hospital (rígidas e nem sempre necessárias), causadoras de desconforto, como: medicações, verificação de sinais vitais, observações, luzes acesas e crianças que choram nas enfermarias.

Eu estava dormindo bem tranquilo, aí ele chegou (o médico) e falou “acorda”. Aí eu fiquei assim com sono, me deu raiva, passa muito cedo, fica acordando a gente (Carlos).

(...) a gente não pode nem dormir à noite, vem um e mede a pressão, quando está quase dormindo, vem o remédio, aí não durmo direito, né ... (Isabel).

O sono e o repouso, como necessidades básicas, especialmente para a criança/adolescente hospitalizado, não são respeitados pelos profissionais de saúde, como expressaram Carlos e Isabel. O sono é o momento de reorganização funcional do sistema nervoso, necessário para garantir o equilíbrio físico e mental da criança/adolescente⁽¹²⁾. Portanto, para eles que são submetidos a exames, procedimentos e estresse emocional, ao longo do dia, o sono e o repouso são indispensáveis para sua recuperação.

Questionamos a rigidez das normas e rotinas do hospital, porque percebemos que há uma grande preocupação da equipe com o cumprimento de tarefas, não se respeitando os hábitos e as necessidades da criança. Não seria possível flexibilizar tais procedimentos no período noturno, de modo que o sono não sofresse tantas interrupções? Há a necessidade, por exemplo, de serem acordados, rotineiramente, durante a noite, para a verificação de sinais vitais?

Na assistência à criança/adolescente, o cuidado

deve prever estratégias que minimizem o estresse causado durante as intervenções, seja ela física ou emocional. Esse cuidado caracteriza-se como cuidado atraumático⁽¹³⁾.

Quanto ao período de internação, observamos que variou para cada criança e adolescente. Alguns permaneceram meses no hospital, como Isabel que esteve internada durante três meses, e Carlos que, no período de coleta de dados, esteve internado por três vezes.

Nesse processo que estão vivenciando, a dimensão do tempo é um fator importante em suas vidas, pois após o diagnóstico, no período entre uma internação e outra, o tempo passa a ser contabilizado em dias:

Ah, faz um tempão né, nem lembro direito (Luís).

Antes eu não sabia o que era o hospital, agora eu não saio do hospital. Sabe, faz 17 dias que eu estou aqui internada (Isabel).

O tempo é uma abstração subjetiva e heterogênea⁽¹⁴⁾, ou seja, de acordo com as situações vivenciadas, como alegria, tristeza, dor, choro, os sujeitos determinam intensidades diferentes para o tempo, tanto que o registro desses acontecimentos, nas suas memórias, assume uma proporção diferenciada e individual. O ser humano está inserido em um determinado tempo e espaço e todo movimento que ocorre nesse espaço, é também registrado no tempo. A depender do movimento que ocorre no ambiente, o tempo pode ter um caráter qualitativo, não se reduzindo apenas a uma mensuração do que é vivido.

No processo de hospitalização, o tempo e o movimento têm um curso mais dinâmico. Dessa maneira, o ambiente hospitalar tem importância fundamental para eles, pois pode influenciar positivamente o movimento e o tempo vivido. As brincadeiras, o lazer, a alegria e o respeito à singularidade de cada criança/adolescente estabelecem condições favoráveis para mudança desse ambiente.

Se, por um lado, identificamos situações de sofrimento, por outro, observamos momentos de prazer e descontração.

(...) tem as festinhas, a comida (...) Ah, lá fora, brincar com outras crianças, lá com a tia na recreação, pintar, jogar baralho (Carlos).

O brincar é uma forma de expressão da criança, pois, por intermédio dele, ela comunica seu pensamento⁽¹⁵⁾. Mesmo estando doente e hospitalizada, a criança mantém essa necessidade e, por meio do brincar, pode comunicar seus medos, angústia, afetos e

alegrias. As brincadeiras dão à criança/adolescente a possibilidade de se deslocar de uma posição passiva, a condição de paciente, para uma mais ativa, passando à ação e desenvolvendo suas potencialidades.

Paulatinamente, a assistência à criança hospitalizada vem sofrendo transformação, com a introdução de intervenções que ampliam o processo diagnóstico-terapêutico⁽¹⁶⁾. Ocorre, assim, a preocupação quanto à transformação do ambiente hospitalar, de dor e sofrimento, em um mais alegre, onde as crianças/adolescentes possam vivenciar, também, o prazer e o lazer.

A doença impondo limitações

A doença altera o ritmo de vida da criança. Se, antes, a prioridade era brincar, pular e jogar futebol, agora existem restrições; é preciso redobrar os cuidados para não cair e se machucar, o que pode provocar uma exacerbação dos sintomas e piorar o quadro. A prioridade, agora, para essas crianças/adolescentes, é a doença, e eles precisam se adaptar às suas limitações, e estas estão relacionadas às condições físicas, alimentares e de socialização.

É, mudou, o médico falou que eu não posso ir no escorregador, no balanço, porque eu caio, machuco, aí não pode, eu gosto de brincar dessas coisas, agora não dá (...) mas com o órgão assim eu não posso (Laura).

Atrapalha quando eu corro, de andar, não pode andar de bicicleta, quando eu corro minha mãe fica braba, porque não pode correr (...) Meu pai não deixa subir nos pé da fruta (...) Ah, se eu cair né, meu rim pode ficar mais doente (Luís).

Muitas vezes precisam romper relações, afastar-se dos amigos que estão saudáveis, pelo fato de as brincadeiras não se adequarem ao seu novo estilo de vida.

(...) Perto de casa tem o F., ele só quer brincar de luta, aí eu não posso dessas brincadeiras aí (Carlos).

A doença, para essa criança, pode ser caracterizada como maléfica⁽¹¹⁾, pois ele a compreende com um sentido negativo, uma vez que se vê privado das atividades cotidianas e tem sua participação social também limitada, o que interfere em sua auto-estima.

Com tanta limitação, suas atividades físicas relacionadas aos jogos e brincadeiras, algumas vezes, precisam ser revistas, e as regras (prescrições), quebradas, garantindo-lhes algum controle sobre suas

vidas, apesar das limitações. A manutenção da autonomia minimiza a angústia criada com a doença e o medo do desconhecido.

Gosto também de brincar de esconde-esconde, pico no alto, todas essas coisas (quando questionado se a equipe médica sabia dessas atividades, ele respondeu...) Não, pra que contar? (Carlos).

Fico brincando com meu irmão, brinco com carrinho, ando de bicicleta, fico brincando..Ih, agora já falei (...) Olha a doutora T. não pode saber não, tá (Luís).

Os sintomas da doença não estão presentes o tempo todo; há períodos de remissão e de exacerbações e, quando os últimos estão presentes, é necessário redobrar os cuidados, pois a doença chega traiçoeiramente, sem nenhum aviso, como expressa Ana:

Um pouco ela atrapalha, ela vem a gente nem percebe, só que eu não posso facilitar muito, não posso andar muito, andar de bicicleta, não posso fazer nenhum esforço senão ela piora (Ana).

Ocorre, também, a mudança nos hábitos alimentares, devido às condições do estado físico e do tratamento das crianças/adolescentes. Eles precisam reprimir seus desejos entre a vontade de comer e poder fazê-lo, pois têm consciência do mal que determinado tipo de comida pode acarretar à sua saúde, quando desobedecem às orientações.

Sem sal de tudo não, como com pouco sal, sem sal é muito ruim. Tem vez que me dá vontade de comer churrasco, mas eu não como não porque pode fazer mal pra mim, eu começo a inchar (Elton).

Alteração da rotina escolar

Devido às freqüentes hospitalizações, aos sinais e sintomas da doença, ao tratamento e às limitações físicas, as crianças/adolescentes necessitam se ausentar da escola, o que acarreta atraso e prejuízo ao seu aprendizado, levando-os a abandoná-la.

Ah, atrapalha, porque eu vou para a escola, e aí eu não posso carregar peso, aí eu não gosto (Laura).

Atrapalha eu né, porque eu estou na 1ª série, já repeti uma vez, era pra eu estar na 2ª série ... (Carlos).

As preocupações com as questões orgânicas e com as hospitalizações assumem tal importância que os pais, muitas vezes, não encontram alternativas que permitam que a criança/adolescente freqüente as aulas, resultando no abandono da escola. É fundamental que os pais compreendam a importância dos estudos para seus filhos e que o hospital faça parcerias com profissionais especializados, de modo a promover a continuidade da educação.

O acompanhamento escolar da criança/adolescente hospitalizado está previsto na Política Nacional de Educação Especial, do Ministério da Educação, de 1994, por meio das chamadas classes hospitalares⁽¹⁷⁾. Os objetivos dessa prática pedagógica visam à continuidade do ensino formal, ao retorno e à reintegração da criança à sua escola de origem.

As ausências freqüentes à escola acabam por desmotivar a criança/adolescente, criando uma barreira no relacionamento entre ele, os professores e as demais crianças, dificultando, assim, seu ajustamento escolar. No entanto, é possível identificarmos situações facilitadoras para o ajustamento e aprendizagem, quando há compreensão dos professores, oportunidade de aulas de reforço, na tentativa de amenizarem as dificuldades dessas crianças no retorno às aulas.

Eu falo pra professora e aí ela dá aula pra mim (aula de reforço), quando eu tiro nota baixa, quando eu fico muito aqui no hospital (Elton).

As crianças/adolescentes portadores de doença crônica, algumas vezes, sentem-se diferentes porque necessitam de cuidados especiais, como medicação, acompanhamento médico, seja hospitalar ou ambulatorial, e também pela limitação de seus movimentos. Tal sentimento pode ser agravado quando os professores não participam do processo que vivenciam, desconsiderando suas necessidades e limitações, colocando-os em posição diferenciada, diminuindo-os perante os colegas.

(...) tinha que sair muito da sala pra ir no banheiro, quase toda hora, por causa da disenteria né, a professora não deixava sair toda hora (...) Uma vez fiquei pra fora da sala, fui no banheiro, aí bateu o sino e não deu tempo, fui entrar na sala a professora não deixou (...) só acho que foi injustiça dela, ela estava sabendo que eu estava doente (Isabel).

A escola é apontada, também, como fonte de discriminação⁽¹⁸⁾, tendo uma influência crucial no desenvolvimento e socialização das crianças com doença crônica, que são rotuladas como diferentes, precisando, freqüentemente, dar explicações sobre suas ausências.

Nessas situações, os professores precisam ser informados das condições reais da criança/adolescente, suas limitações, efeitos colaterais dos medicamentos, para servirem de apoio à criança e sua família. A rede de apoio estende-se às pessoas de um sistema social, seja família, comunidade ou escola, que poderão servir como suporte emocional, material e informacional ao indivíduo necessitado⁽¹⁹⁾.

A criança/adolescente, ao ingressar na escola, começa a fazer parte de um grupo maior, seu relacionamento com crianças da mesma idade, e com professores, ajudará no desenvolvimento de seu autoconceito e sua auto-estima⁽¹³⁾, o que representa uma mudança profunda em suas relações; porém, para se ajustar a esse novo ambiente, precisa ser aceita pelos seus pares e professores.

Tanto o escolar como o adolescente ampliam, cada vez mais, seu convívio social; precisam da aprovação do grupo para a construção e reafirmação de uma auto-imagem positiva. Essa relação é importante para seu desenvolvimento social e psicológico, pois predispõe ao ajustamento e à competência durante a adolescência e a vida adulta⁽¹⁸⁾. Nesse processo de conviver com a doença, eles começam a revelar preocupação por não serem aceitos pelo grupo:

(...) ninguém gosta de mim na escola (...) as meninas ... elas fica cochichando de mim, falando, eu odeio isso (...) Ah, senti que não tinha mais amiguinha. (Laura).

Essa fase é marcada pela realização de atividades e competência, aquisições imprescindíveis nas relações sociais com seus pares⁽¹³⁾. Devido a algumas restrições em suas atividades e à sua aparência física, eles podem nutrir sentimentos de inferioridade, que interferirão em seus relacionamentos. Laura, assim como Carlos, também sofre discriminação por sentir-se diferente dos colegas.

(...) todo mundo fica falando que você é pequeninha, que não cresce (...) as meninas da escola, elas são grandes, aí elas ficam falando (Laura).

Ah, eu não queria ficar assim, muito magro, pequeno, parecendo doente (Carlos).

Na adolescência, há a preocupação com o corpo em transformação, que exige do adolescente a aceitação de uma imagem corporal alterada, levando-o a se sentir diferente. Não toleram os desvios do "corpo idealizado", conseqüentes da terapêutica, nem as limitações da doença, que alteram sua aparência e restringem sua independência e habilidades⁽²⁰⁾.

Em nossa sociedade, a representação do corpo perfeito é valorizada, sendo considerado saudável quem tem o corpo funcionando perfeitamente, não sendo admitido nenhum deslize. Diante disso, as crianças/adolescentes precisam aprender a viver em um mundo centrado em pessoas saudáveis, fato que é reforçado diariamente pela mídia.

Não agradam à criança e ao adolescente comentários sobre sua aparência física e problemas de saúde; desejam ser vistos como pessoas “normais”, não com o estigma de doente. O estar doente é negativo e compreende ser nocivo, indesejável e socialmente desvalorizado⁽²¹⁾. Nessa situação surgem, usualmente, comparações, que provocam diminuição da auto-estima e sentimento de discriminação.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Ao dar voz às crianças/adolescentes, percebemos a dimensão que a doença tem em suas vidas, a qual é vivenciada de forma singular, ou seja, como uma experiência pessoal.

Devido ao tratamento, retornos ambulatoriais, exames e freqüentes hospitalizações, a criança/adolescente tem suas rotinas modificadas, e o hospital assume uma dimensão importante em suas vidas, no decorrer desse processo.

A criança/adolescente percebe a gravidade de sua doença, conhece o tratamento e os efeitos colaterais de alguns medicamentos, procura entender e justificar os procedimentos realizados, assim como o desconforto das rotinas, muitas vezes rígido, a que são submetidos, em função de sua recuperação e cura.

Consideramos fundamental que, na assistência à criança/adolescente, o cuidado contemple não somente os aspectos técnicos, mas também suas necessidades físicas, emocionais e sociais e que, através de estratégias, minimize o estresse ocasionado pelas intervenções, tanto físicas quanto emocionais. Como estratégias, podemos citar o brinquedo terapêutico, utilizado em algumas das unidades pediátricas, no preparo das crianças, diante de alguns procedimentos, permitindo o alívio de ansiedades e medos causados por experiências ameaçadoras; brinquedos e espaços para as crianças brincarem, sendo incentivadas atividades lúdicas; presença de pais, irmãos e colegas durante a internação hospitalar, para que o convívio familiar e social não seja profundamente modificado nesse processo.

O hospital não é visto, pelas crianças e adolescentes, apenas como espaço de cura e dor, mas também como lugar de alegria e prazer, pelas brincadeiras que ocorrem durante as atividades de recreação e comemorações festivas. Identificamos,

nessa situação, uma oportunidade para a promoção do seu desenvolvimento, pois, nesses momentos, a criança/adolescente passa de uma condição passiva, que a doença e o ambiente, muitas vezes, impõem, para uma posição ativa, que desenvolve suas potencialidades, “recuperando”, assim, sua normalidade.

Eles sabem que precisam se ajustar a limitações físicas, alimentares e de socialização, nesse processo da doença e tratamento, e os pais e os profissionais da saúde devem estimulá-los a manter a autonomia e a independência, próprias da fase de desenvolvimento em que se encontram.

A escolarização e os relacionamentos sociais são também fatores importantes na etapa de desenvolvimento em que se encontram as crianças e os adolescentes do nosso estudo. A doença, a terapêutica e os efeitos colaterais dos medicamentos interferem na freqüência às aulas, desmotivando-os e dificultando sua adaptação escolar. Eles sofrem discriminação dos colegas, seja pela superproteção dos professores, seja pela dificuldade de desenvolverem determinada atividade coletiva, sendo excluídos de algumas delas, pelos próprios colegas. Sentem-se diferentes, seu convívio social é limitado, tudo isso interferindo em sua auto-estima.

Nesse sentido, família, escola e hospital devem estabelecer diálogos e dar condições para que a continuidade da escolarização seja preservada. Algumas intervenções têm sido desenvolvidas, como as classes hospitalares, favorecendo a aceitação e reintegração do aluno, facilitando seu retorno à escola, sem prejuízo nas atividades curriculares.

Assim, a interação que as crianças e os adolescentes estabelecem com o meio e as pessoas, e, especialmente, com a equipe de saúde, pode modificar suas respostas e auxiliá-los frente à situação da doença, minimizando conseqüências negativas e tornando-os resilientes, ou seja, capacitando-os a se adaptar a mudanças no seu cotidiano e a reagir com flexibilidade diante das limitações e tratamento que a doença impôs.

Considerando que a criança e o adolescente vivenciam sentimentos e situações complexas no cotidiano da doença crônica, é importante que os profissionais de saúde conheçam essas demandas e as incorporem ao plano de cuidados, visando a uma intervenção efetiva para a promoção do crescimento e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Woods NF, Yates BC, Primono J. Supporting families during chronic illness. *Image: J Nurs Scholarship* 1989; 21(1):46-50.
2. Tetelbom M, Falceto OG, Gazal CH, Shansis F, Wolf AL. A criança com doença crônica e sua família: importância da avaliação psicossocial. *J Pediatría* 1993; 60 (1):5-11.
3. Huerta EPN. Brinquedo no hospital. *Rev Esc Enfermagem USP* 1990; 24 (3):319-28.
4. Rolland JS. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: Carter S, Goldrinle M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p. 372-92.
5. Trentini M, Silva DGV, Leimann AH. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por paciente em condições crônicas de saúde. *Rev Gaúch Enfermagem* 1990; 11(1):18-28.
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1998.
7. Bogdan R, Biklen S. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto (Portugal): Porto Editora; 1994.
8. Bock AMB, Furtado O, Teixeira MLT. *Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia*. 13ª ed. São Paulo (SP): Saraiva; 1999.
9. Vieira MA, Lima RAG. *Doença crônica: vivências de crianças e adolescentes*. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2001.
10. Ministério da Saúde (BR). *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
11. Laplantine F. *Antropologia da doença*. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1991.
12. Stefane MJM. *Sono na infância*. In: Schmitz EM. *A enfermagem em Pediatria e Puericultura*. São Paulo (SP): Atheneu; 1989.
13. Whaley LF, Wong DL. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.
14. Hassard J. Tempo de trabalho – outra dimensão esquecida nas organizações. In: Torres OLS, organizador. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 3ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 1996.
15. Mello CO, Goulart CMT, Ew RA, Moreira AM, Sperb TM. Brincar no hospital: assunto para discutir e praticar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 1999; 5(1):65-73.
16. Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev Latino-am Enfermagem* 1999 abril; 7(2):33-9.
17. Ceccim RB. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. *Pátio- revista pedagógica* 1999; 10:41-4.
18. Turner-Henson A, Holaday B, Corser N, Ogletree G, Swan JH. The experiences of discrimination: challenges for chronically ill children. *Pediatric Nurs* 1994; 20(6):571-7.
19. Garwick AW, Patterson JM, Bennett FC, Blum RW. Parent's perceptions of helpful vs unhelpful types of support in managing the care of preadolescents with chronic conditions. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152:665-71.
20. Coupey SM, Cohen MI. Special considerations for the health care of adolescents with chronic illness. *Pediatr Clin North Am* 1984; 31(1):18-27.
21. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense-Universitária; 2000.

Impacto da doença crónica na adolescência

Sónia Santos¹, Elisabete Santos¹, Alzira Ferrão¹, Carlos Figueiredo¹

RESUMO

Introdução: A adolescência, as suas alterações biopsicossociais e a doença crónica influenciam-se mutuamente, com especial relevância no comportamento social, rendimento académico e comportamento sexual.

Objectivos: Avaliar se a doença crónica influencia comportamentos de risco nesta idade.

Material e Métodos: Estudo transversal e comparativo, realizado entre 15 de Julho e 30 de Setembro de 2008, a jovens entre os 13-20 anos com doença crónica (DC) seguidos em consultas do Hospital São Teotónio de Viseu (HSTV) e a adolescentes saudáveis de duas escolas.

Foi aplicado um inquérito específico para avaliação de dados sociodemográficos, história da doença, comportamentos de risco, auto-estima e relacionamento amoroso. Os testes estatísticos utilizados para o tratamento de dados foram o teste X² e de t-student.

Resultados: A amostra foi constituída por 125 sujeitos do grupo adolescentes com DC e 135 do grupo de adolescentes saudáveis. Comparando os dois grupos, constatou-se que os adolescentes com DC reprovam mais que os adolescentes saudáveis. Todos os 22 sujeitos sexualmente activos com DC referiam o uso de preservativo. Registou-se um menor consumo de hábitos tabágicos e alcoólicos no grupo de DC. Nenhum adolescente com DC admitiu o consumo de outras drogas.

Discussão: A literatura refere que os adolescentes com doença crónica têm a mesma ou maior tendência para comportamentos de risco. No entanto, no actual estudo, os adolescentes com DC apresentam menos comportamentos de risco.

Palavras-chave: Adolescência, comportamentos de risco, doença crónica.

Nascer e Crescer 2011; 20(1): 16-19

INTRODUÇÃO

Não existe consenso quanto à verdadeira prevalência de doença crónica nos adolescentes. Este facto, deve-se às diferentes metodologias dos estudos efectuados acerca deste tema, assim como às diferentes definições de doença crónica utilizadas.^(1,2,3) Estima-se que cerca de 10% dos adolescentes em idade escolar têm uma doença crónica.⁽⁴⁾

Neste estudo, definimos doença crónica como uma incapacidade permanente ou residual, alteração patológica não reversível, que exige um longo período de supervisão, observação, prestação de cuidados e/ou reabilitação.⁽⁵⁾

As alterações físicas, psicológicas e sociais decorrentes da adolescência podem ter repercussões na doença crónica e esta, por sua vez, pode influenciar os parâmetros referidos.⁽¹⁾

OBJECTIVOS

Caracterizar um grupo de adolescentes com doença crónica orientados em consulta de adolescentes do Hospital São Teotónio de Viseu (HSTV) no que respeita ao historial da doença (tipo e início da doença, medicação e cumprimento desta, seguimento e assiduidade em consulta e suporte familiar).

Comparar as características sociodemográficas (idade, sexo, habilitações literárias e aproveitamento escolar) entre os dois grupos.

Comparar os grupos relativamente à auto-estima, namoro e iniciação sexual.

Avaliar se a doença crónica influencia comportamentos de risco (actividade sexual desprotegida, consumo de drogas, álcool e tabaco).

MATERIAL E MÉTODOS

Para poder responder aos nossos objectivos, utilizou-se um protocolo de investigação, criado e desenvolvido especificamente para este estudo, composto por cinco partes: dados sociodemográficos (idade, sexo, habilitações literárias e aproveitamento escolar), historial da doença (tipo e início da doença, medicação e cumprimento desta, seguimento e assiduidade em consulta e suporte familiar), comportamentos de risco (actividade sexual desprotegida, consumo de drogas, álcool e tabaco), auto-estima e relacionamento amoroso (namoro e iniciação sexual).

Trata-se de um estudo transversal e comparativo, onde os dados foram colhidos através de inquéritos anónimos durante o período de 15 de Julho a 30 de Setembro de 2008.

Foram estudados dois grupos (com consentimento prévio do adolescente e familiar).

- **Grupo de adolescentes com doença crónica (DC):** Com idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos, seguidos em consulta (Pediatria Geral, Adolescentes, Diabetes, Gastroenterologia, Hiperactividade e Pneumologia) no HSTV.

¹ S. Pediatria, Hospital de São Teotónio, Viseu

- **Grupo de adolescentes saudáveis:** Foram distribuídos inquéritos em duas escolas de Viseu (Escola Alves Martins e Colégio Via Sacra) a turmas do 7º ao 12º anos de escolaridade. Deste grupo foram eliminados os sujeitos que apresentavam doença crónica e idades inferiores a 13 anos e superiores a 20 anos (critérios de exclusão).

Os testes estatísticos utilizados para o tratamento de dados foram o teste de X^2 e de *t-student* (de acordo com o tamanho da amostra e o tipo de variável). Para tal, recorreu-se ao programa informático SPSS 15.0. O nível de significância utilizado foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 125 sujeitos do grupo adolescentes com DC (57% do sexo feminino e 43% do sexo masculino) e 135 do grupo adolescentes “saudáveis” (42% do sexo feminino e 58% do sexo masculino).

A média de idades foi de 15,54 anos (desvio-padrão de 1,92) no grupo com DC e de 15,67 anos (desvio-padrão de 1,48) nos adolescentes saudáveis. No grupo com DC as patologias registadas foram: asma/rinite alérgica/atopia em 43 casos (34,4%), diabetes em 25 (20%), obesidade em 14 (11,2%), anorexia/bulimia nervosa em 13, perturbação de hiperactividade e défice de atenção em 12, doença reumatológica em oito, epilepsia em cinco, doença inflamatória intestinal em dois e cardiopatia, síndrome genético e anemia, com um caso cada.

Dos adolescentes com DC, 51% (64 casos) referiu ter a doença há cinco ou mais anos. Cerca de 58% (73 casos) referiu fazer medicação diária e destes, 51 casos (cerca de 70%) disse cumprir sempre a medicação prescrita. Cinquenta e seis adolescentes frequentavam três a quatro consultas/ano e apenas cinco jovens admitiram faltar.

A mãe foi o acompanhante preferencial em 48 casos do sexo feminino (67%) e 30 casos do sexo masculino (55%).

Apenas cinco jovens referiram não sentir o apoio da família no que respeita à doença (dois adolescentes com obesidade, um com anorexia, um com epilepsia e um caso com diabetes).

A média de escolaridade foi o 10º ano (desvio-padrão de 1,92) no grupo de adolescentes com DC e o 11º ano (desvio-padrão de 1,4) no grupo de adolescentes saudáveis.

Ao comparar os dois grupos (DC e adolescentes saudáveis) quanto às variáveis previamente referidas constatou-se que:

- **Aproveitamento escolar:** 47,2% dos adolescentes com DC já tinham reprovado (mínimo uma vez e máximo quatro vezes), comparativamente com 17,8% no grupo saudável (mínimo uma vez e máximo quatro vezes). Houve diferença estatística entre os grupos ($X^2 = 26,91$; $p = 0,001$).
- **Namoro:** 42,4% dos adolescentes com DC responderam que namoravam *versus* 30,4% nos adolescentes saudáveis. Verificou-se existir diferença estatística entre os grupos ($X^2 = 4,1$; $p = 0,040$). Apenas dois casos referiram que o namorado(a)

desconhecia a doença (um adolescente com diabetes e um adolescente com epilepsia).

- **Início da actividade sexual:** 22 adolescentes com DC já tinham iniciado actividade sexual (17,6%), (14 raparigas e oito rapazes); comparativamente com 43 adolescentes no grupo saudável (31,8%) (13 raparigas e 30 rapazes). Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em estudo ($X^2 = 10,43$; $p = 0,005$).
- **Idade de início da actividade sexual:** No grupo de adolescentes com DC, sexualmente activos, registou-se um mínimo de 14 anos e máximo de 17 anos (média de 16,14 anos para os rapazes e de 15,57 anos para as raparigas). No grupo de adolescentes saudáveis sexualmente activos registou-se um mínimo de 11 anos e um máximo de 18 anos (média para os rapazes de 14,91 anos e de 15,80 anos para as raparigas). Estatisticamente é significativa a diferença entre a média de início da actividade sexual e o grupo ($t = 3,14$; $p = 0,014$).
- **Uso de preservativo:** Todos os 22 sujeitos sexualmente activos com DC referiam o uso de preservativo, enquanto que no grupo saudável, dos 41 sexualmente activos, apenas 31 referiam o seu uso (72,1%). Houve diferença estatística entre os grupos ($X^2 = 7,53$; $p = 0,023$).
- **Uso de outro método contraceptivo:** 45,4% dos adolescentes com DC sexualmente activos referiam usar outro método contraceptivo, comparativamente com 34,9% nos adolescentes saudáveis, não tendo existido diferença estatística entre os grupos ($X^2 = 3,65$; $p = 0,161$).
- **Hábitos tabágicos:** 7,2% (nove casos) dos adolescentes com DC referiram fumar (sete raparigas e dois rapazes), enquanto que no grupo saudável esse número elevou-se para 17,8% (24 casos), 17 rapazes e sete raparigas. Houve diferença significativa entre os grupos ($X^2 = 6,55$; $p = 0,010$).
- **Consumo de outras drogas:** Nenhum adolescente com DC admitiu o seu consumo, enquanto que no grupo saudável 8,1% (onze casos) consome outras drogas (nove rapazes e duas raparigas); sendo a diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 10,63$; $p = 0,005$). Verificou-se que dos onze consumidores de drogas, dez tinham hábitos tabágicos ($X^2 = 4,90$; $p = 0,001$).
- **Consumo de bebidas alcoólicas:** 48,8% dos adolescentes com DC referiu consumir álcool, comparativamente com 80,7% no grupo saudável. Houve diferença estatística entre os grupos e o consumo de álcool ($X^2 = 35,94$; $p = 0,001$).
- **Idade de início do consumo de álcool:** No grupo de adolescentes com DC com hábitos alcoólicos registou-se um mínimo de 11 anos e um máximo de 18 anos (média de 14,4 anos, desvio-padrão de 1,58) e no grupo saudável um mínimo de 10 anos e um máximo de 17 anos (média de 14,01 anos, desvio-padrão de 1,28). Não se verificou diferença estatística entre os grupos ($t = 0,74$; $p = 0,744$).
- **Auto-estima (“gostas de ti?”):** 80% dos adolescentes com DC afirma gostar de si (52% do sexo masculino) e 17,6% diz não gostar (cerca de 91% do sexo feminino). No grupo saudável 86,7% afirma gostar de si (59% do sexo masculino) e 13,3% diz não gostar. Contudo não houve diferença estatística significativa entre os grupos ($X^2 = 4,35$; $p = 0,113$).

Nas tabelas I, II e III apresentam-se o número de não respondidas (“missings”) para cada variável e grupo em estudo.

DISCUSSÃO

Cerca de 30% dos adolescentes do nosso estudo com DC, referiram não cumprir a terapêutica instituída de forma regular, dados um pouco mais optimistas em relação a outros estudos, que têm demonstrado que aproximadamente 50% dos jovens com doença crónica refere não cumprir as recomendações terapêuticas^(6,7,8).

Os adolescentes com DC precisam de se sentir apoiados pelos familiares⁽⁹⁾, o que aconteceu em 96% dos nossos jovens.

Constatámos que o grupo com DC apresentou menor aproveitamento escolar. Este resultado está em consonância com estudos internacionais, que atribuem esta situação ao maior absentismo escolar, provocado quer pela doença em si, quer pelos tratamentos e hospitalizações inerentes a esta.^(1,6,10)

No actual estudo, a percentagem de adolescentes com DC a namorar foi maior do que nos jovens saudáveis. Esta diferença percentual pode ser explicada pela importância do relacionamento com os pares, na aceitação e na “forma de lidar” com a doença.^(9,11)

A actividade sexual já se tinha iniciado em 17,6% dos adolescentes com DC e em 31,8% dos jovens saudáveis. Este achado vem contrariar a literatura existente, que refere que estudantes com doença crónica têm maior percentagem de actividade sexual do que os seus pares.^(4,12,13) Ao contrário de alguns estudos^(4,14), os nossos jovens com DC tiveram uma média de idade de início de actividade sexual mais elevada que os adolescentes saudáveis.

Durante muito tempo defendeu-se que ser portador de uma doença crónica seria um factor protector contra os comportamentos de risco. Contudo, existe já uma vasta literatura a referir que os adolescentes com doença crónica têm a mesma ou maior tendência para os comportamentos de risco (p.e. consumo de drogas, álcool e hábitos tabágicos e relações sexuais desprotegidas) que os seus pares saudáveis, situação que pode ser explicada pelo desejo inconsciente destes adolescentes serem parecidos com os seus pares “*be alike*”.^(1,4,12,13,14,15) No entanto, no presente estudo, verificámos precisamente o oposto, pois os adolescentes com DC referiram mais frequentemente o uso do preservativo e menor consumo de tabaco, álcool e outras drogas. Relacionada com esta evidência poderá estar o facto de os adolescentes com DC serem indivíduos sinalizados e com seguimento em consultas, na maioria consultas de adolescência, onde é efectuada uma abordagem biopsicossocial que procura prevenir comportamentos de risco e fortalecer a resiliência destes adolescentes.

Quanto à auto-estima, vários estudos revelam que baixa auto-estima e dependência social é mais comum em adolescentes com DC que nos seus pares saudáveis.^(6,9) Contudo, neste estudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, no que diz respeito a estes itens.

Os autores salientam, no entanto, a eventualidade de poderem existir factores de enviesamento neste estudo: o tamanho

da amostra, a variabilidade das doenças crónicas e a possibilidade das fontes de informação relativamente a comportamentos de risco serem distintas nos diferentes grupos.

CONCLUSÃO

Não podemos esquecer que a doença crónica pode perturbar o relacionamento social, o rendimento académico e o comportamento sexual de um adolescente; modifica permanentemente a vida do indivíduo e requer uma constante adaptação.⁽⁶⁾ Por outro lado, um jovem com um problema de saúde crónico não deixa de ser um adolescente, com todas as implicações inerentes a este grupo etário. Sendo assim, os profissionais de saúde, para além de abordarem os aspectos relativos à doença, devem também desenvolver competências para lidar com a temática da adolescência, nomeadamente no que respeita à prevenção de comportamentos de risco, sendo de facto a sua abordagem em consulta um factor protector para a sua ocorrência.

Tabela I – Namoro e actividade sexual - “Missings”

| Variáveis | Grupo Doença Crónica | | Grupo Saudável | |
|--------------------------------------|----------------------|---------------|----------------|---------------|
| | Respostas | Não respostas | Respostas | Não respostas |
| Namoro | 125 | 0 | 135 | 0 |
| Início da actividade sexual | 125 | 0 | 135 | 0 |
| Idade de início da actividade sexual | 21* | 1 | 32* | 11 |
| Uso de preservativo | 22* | 0 | 41* | 2 |
| Uso de outro método contraceptivo | 21* | 1 | 33* | 10 |

* Responderam à questão os que iniciaram a actividade sexual

Tabela II – Hábitos e consumos - “Missings”

| Variáveis | Grupo Doença Crónica | | Grupo Saudável | |
|--------------------------------------|----------------------|---------------|----------------|---------------|
| | Respostas | Não respostas | Respostas | Não respostas |
| Hábitos tabágicos | 125 | 0 | 135 | 0 |
| Consumo de outras drogas | 122 | 3 | 132 | 3 |
| Consumo de bebidas alcoólicas | 122 | 3 | 134 | 1 |
| Idade de início do consumo de álcool | 39* | 22 | 74 | 35 |

* Responderam à questão os que consumiam bebidas alcoólicas

Tabela III – Aproveitamento escolar e auto-estima - “Missings”

| Variáveis | Grupo Doença Crónica | | Grupo Saudável | |
|------------------------|----------------------|---------------|----------------|---------------|
| | Respostas | Não respostas | Respostas | Não respostas |
| Aproveitamento escolar | 123 | 2 | 134 | 1 |
| Auto-estima | 122 | 3 | 135 | 0 |

IMPACT OF CHRONIC DISEASE IN ADOLESCENCE

ABSTRACT

Introduction: Adolescence and its biopsychosocial alterations and the chronic disease influence each other, with special relevance on social behaviour, school performance and sexual behaviour.

Objectives: To assess whether chronic disease influences risk behaviours at this age.

Material and Methods: A cross-sectional and comparative study, conducted between July 15th and September 30th 2008, to young people between the ages of 13 and 20 with chronic disease (CD), monitored in regular visits at São Teotónio Hospital of Viseu (HSTV), and healthy adolescents from two schools.

We applied a specific questionnaire to assess social-demographic data, history of the disease, risk behaviours, self-esteem and sexual behaviour. The X^2 and t-student tests were used for statistical analysis.

Results: The sample consisted of 125 subjects from group adolescents with CD and 135 adolescents in the group "healthy." Comparing the two groups, it was found that adolescents with CD fail in school more than the healthy adolescents. All the 22 subjects with CD sexually active reported the use of condom. There was a lower consumption of alcohol and smoking habits in the group of CD. None of the adolescents with CD admitted consumption of other drugs.

Discussion: Literature mentions that adolescents with chronic disease have the same or greater tendency to risk behaviours. However, in our study, adolescents with CD have less risk behaviours.

Keywords: Adolescence, risk behaviours, chronic disease.

Nascer e Crescer 2011; 20(1): 16-19

BIBLIOGRAFIA

1. Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child* 2004; 89:938-42.
2. Suris JC. Global trends of young people with chronic and disabling condition. *J Adolesc Health* 1995; 17:17-22.
3. Westbrook L, Stein R. Epidemiology of chronic health conditions in adolescents. *Adolescent Medicine State of the Art Reviews* 1994; 5:197-209.

4. Suris JC, Parera N. Sex, drugs and chronic illness: health behaviours among chronically ill youth. *European Journal of Public Health* 2005; 15(5): 484-8.
5. Neinstein LS, Zeltzer LK. Chronic illness in the Adolescent. In: Neinstein LS editor. *Adolescent Health Care – a Practical Guide*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 1173-95.
6. Kyngäs HA, Kroll T, Duffy ME. Compliance in adolescents with chronic diseases: a review. *Journal of Adolescent Health* 2000; 26:379-88.
7. LaGreca AM. Issues in adherence with pediatric regimens. *J Pediatr Psychol* 1990; 15:423-36.
8. Michaud PA, Frappier JY, Pless IB. Compliance in adolescents with chronic disease. *Art Care Res* 1991; 8:329-36.
9. Berntsson L, Berg M, Brydolf M, Hellström AL. Adolescents experiences of well-being when living with a long-term illness or disability. *Scand J Caring Sci* 2007; 21:419-25.
10. Westborn L. Well-being of children with chronic illness. A population-based study in a Swedish primary care district. *Acta Paediatr* 1992; 81:625-9.
11. Kyngäs H, Rissanen M. Support as a crucial predictor of good compliance of adolescents with a chronic disease. *J Adv Nurs* 2001; 10:767-74.
12. Suris JC, Resnick MD, Cassuto N, Blum RW. Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* 1996; 16:124-31.
13. Choquet M, Du Pasquier FL, Mandredi R. Sexual behavior among adolescents reporting chronic conditions: a French national survey. *J Adolesc Health* 1997; 30:62-7.
14. Alderman EM, Lauby JL, Coupey SM. Problem behaviors in inner-city adolescents with chronic illness. *J Dev Behav Pediatr* 1995; 16:339-44.
15. Vida LT, Leslee TB. Smoking rates and the state of smoking interventions for children and adolescents with chronic illness. *Pediatrics* 2006; 118:471-87.

CORRESPONDÊNCIA

Sónia Santos
Hospital São Teotónio de Viseu
Avenida Rei D. Duarte
3504-509 Viseu
soniafmuc@gmail.com

AGRADECIMENTOS

- Equipa de enfermagem do sector de Consulta Externa de Pediatria do HSTV (Enf. Rosa, Enf. São Luís e Enf. Ana);
- Aos professores da Escola Secundária Alves Martins e Colégio Via Sacra de Viseu.



**Intervenção do enfermeiro junto
do adolescente/família hospitalizado.**

Ana Margarida Branco

Enfermeira Graduada
Unidade de Adolescentes - Hospital D. Estefânia

Margarida Alexandra Brito

Enfermeira Graduada
Hospital D. Estefânia - Serviço 2, Sala 2

Sara Romão da Fonseca

Enfermeira Graduada
Hospital D. Estefânia - Bloco Operatório Central

Silvia Ribeiro

Enfermeira Graduada
Hospital D. Estefânia - UCI

RESUMO:

Com a adolescência chega a altura em que se esqueceu a infância e o "quando eu for grande..." é remetido para um plano longínquo... Ser do contra é um dos pressupostos da adolescência!

Num período de vida tão atribulado, caracterizado por uma multiplicidade de aventuras individuais, como reagirá o adolescente/família numa situação de hospitalização? Qual a percepção que ambos têm deste fenómeno? Quais os sentimentos que daí advém? E qual a conduta mais adequada, por parte dos enfermeiros para minimizar os efeitos adversos da hospitalização no adolescente? Estas e muitas outras questões se levantam quando se reflecte sobre as incertezas típicas da adolescência, as quais tomam novas dimensões numa situação de doença e hospitalização.

Esta reflexão surgiu de uma necessidade sentida em diferentes contextos de trabalho, decorrente do contacto com o adolescente/família em meio hospitalar. Para tal, estabeleceremos como objectivo reflectir sobre o papel do enfermeiro junto do adolescente e família hospitalizado.

Como forma de enriquecer este artigo realizámos conversas informais a adolescentes internados, com o intuito de obtermos a percepção destes sobre o conceito de saúde/doença e os sentimentos que vivem durante a hospitalização na Unidade de Adolescentes do Hospital Dona Estefânia.

A HOSPITALIZAÇÃO NO ADOLESCENTE E FAMÍLIA

Nos últimos anos tem sido dada especial atenção ao atendimento dos adolescentes, destacando a importância de um serviço específico para os acolher, o qual deve reunir as condições e meios próprios para atender às suas necessidades e interesses. Estes serviços requerem equipas multidisciplinares formadas e prontas a prestar cuidados individualizados ao adolescente. De acordo com LEVY (1995, p.256), "*compreendê-lo, ajudá-lo, aceitá-lo, deverá ser o objectivo de todo aquele que lida com os adolescentes*". Existem poucos serviços destinados ao internamento de adolescentes, os quais são internados em serviços de pediatria ou em serviços de adultos.

Cada adolescente é um ser único, com características físicas, psicológicas e cognitivas específicas da sua fase de maturação. De acordo com SANTOS (2000, p.29) "*cada jovem, representa hoje uma riqueza única, ao ser portador de um conjunto vasto de ambições*". A adolescência é uma fase difícil que pode tornar-se mais problemática com a hospitalização do adolescente, isto porque, a situação de doença pode desencadear sentimentos e reacções no adolescente que dificultam a comunicação e o relacionamento com a equipa de saúde.

Para o adolescente, a hospitalização pode constituir um maior desequilíbrio para a sua vida, pelo facto de este se encontrar numa fase do seu desenvolvimento, marcada por grandes transformações e instabilidade.

Decorrente das conversas informais, passamos a citar três adolescentes internadas: R. verbaliza que quando está internada sente "*revolta! Penso no mundo lá fora e vem-me tudo à cabeça*"; J. quando está internada refere "*sinto-me um pouco triste*"; T. afirma "*sinto-me sozinha (...) penso «Quando é que vou para casa?»*". Estas afirmações vão de encontro à ideia de que "*a hospitalização, por mais simples que seja, constitui sempre uma interrupção no quotidiano do adolescente, para além de este ser confrontado com situações muitas vezes adversas, dolorosas, quer no sentido físico, quer psicológico*" BARROQUEIRO (1996, p.24).

Para a maioria dos adolescentes, o hospital é um local desconhecido, com sons, luzes e pessoas "estranhas", uma linguagem diferente, mas principalmente um local onde existe dor, sofrimento e rotinas muito diferentes das do seu ambiente familiar. Existem alguns factores que podem aumentar o stress do adolescente hospitalizado, nomeadamente: os físicos, como a dor, o desconforto, as alterações nos hábitos de alimentação e a privação do sono; os ambientais, como os sons, a luz permanente e as pessoas estranhas; os psicológicos, como a falta de privacidade, o comportamento dos pais, a gravidade da doença; os sociais, que se referem à separação dos seus familiares e amigos, à interrupção da escola e de todas as suas actividades lúdicas. Uma das adolescentes R., menciona que o mais difícil durante o internamento é "*o não sair. Não estar em contacto com as pessoas que gosto e com as minhas coisas*". Para a T. o mais difícil de suportar durante o internamento é "*estar longe dos amigos e dos meus irmãos*". Assim, com a hospitalização verifica-se uma interrupção nas actividades realizadas e no decorrer do internamento o adolescente pode desenvolver sentimentos de frustração, preocupação relativamente à escola e ao convívio com o grupo de amigos.

As unidades de adolescentes devem ser "*separadas das unidades pediátricas gerais, de modo a que os adolescentes não compartilhem o espaço com crianças mais jovens, que, com frequência, são percebidas como uma ameaça para sua maturidade*" (WHALEY e WONG 1999, p.573). Estas unidades, que são direccionadas para o internamento de adolescentes possuem rotinas mais flexíveis, actividades em grupo, o uso de roupas comuns, computadores, CD-player, etc.

Segundo BARROQUEIRO (1996, p.31) as estratégias de coping mais frequentes no adolescente são a expressão directa da emoção (choro), expressões comportamentais (isolamento), queixas somáticas (cefaleias) e expressões cognitivas (falar sobre o stress). Para os adolescentes, "*a perda de contacto com o grupo de colegas pode impor uma grave ameaça emocional, por causa da perda do status no grupo*" (WHALEY e WONG 1999, p.545). Ao separar-se do grupo de pares, o adolescente deixa de participar nas suas actividades e, se o seu internamento for prolongado, o lugar que ocupava no grupo pode ser esquecido.

É na fase da adolescência que se dá maior importância à imagem corporal. As consequências físicas de uma lesão ou doença são mais importantes para o adolescente do que o conhecimento da gravidade do prognóstico.

No entanto, a hospitalização pode constituir uma oportunidade educacional, no sentido em que promove novas experiências em relação à doença, ao hospital e aos profissionais de saúde, favorece o auto-domínio e poderá permitir a tomada de decisão, o que por sua vez aumenta a independência e a autoconfiança do adolescente. O internamento pode favorecer o processo de socialização, porque o convívio com elementos do mesmo grupo etário, proporciona ao adolescente uma aceitação noutra grupo, no qual pode desenvolver laços de amizade. A família assume um papel fundamental e deve ser considerada como parte integrante da equipa de saúde para a realização de uma prática de cuidados individualizada, eficiente e humanizada. Para HESBEEN (2000, p.76) "*a família participa activamente nesta função e o seu próprio conhecimento da situação, bem como o seu eventual sofrimento são, também elementos determinantes*".



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

De acordo com PRAZERES (2003, p.7), *"os adolescentes são encarados como sendo saudáveis (...) ultrapassaram as doenças graves na infância, e os problemas ligados ao envelhecimento estão, ainda, distantes no tempo"*. A patologia específica neste grupo etário é escassa, no entanto, muitos adolescentes continuam a apresentar problemas de saúde. O enfermeiro tem um papel preponderante no modo como o adolescente e família vivenciam a situação de hospitalização. Para tal, precisa de ter noção de como o conceito de hospitalização é entendido por estes. Só assim poderá intervir junto do adolescente e família, traçando um plano de cuidados, onde a visão holística que reveste o cuidar em enfermagem terá em conta a individualidade dos mesmos. Ao cuidar de adolescentes, o enfermeiro tem uma série de responsabilidades: trabalhar com a família e desenvolver competências na área da comunicação, do ensino, da dinâmica de grupo e apoio emocional.

A relação entre o enfermeiro e o adolescente deve ter por base a confiança e a honestidade e o enfermeiro deve estar apto a intervir em qualquer situação, recorrendo aos seus conhecimentos específicos e às suas aptidões profissionais. Ele ocupa uma posição privilegiada na equipa de saúde para ajudar o adolescente a ultrapassar de forma positiva a experiência de hospitalização, porque além da importância da aplicação dos seus conhecimentos técnico-científicos e relacionais, é o elemento mais próximo do adolescente. Segundo R. os enfermeiros *"são eles que cuidam de nós, que nos tratam, que nos preparam a medicação (...) estão sempre presentes"*, para a J. os enfermeiros *"são pessoas que ajudam, que são amigos"*, a T. verbaliza que *"os enfermeiros para mim são bons! Tratam-me bem (...) quando preciso ajudam-me sempre"*.

É fundamental que o enfermeiro junto do adolescente, procure aperceber-se dos seus medos, dúvidas e percepções distorcidas, no sentido de poder clarificar, elucidar e simultaneamente reduzir a ansiedade, aumentando a sua confiança e segurança. Uma relação entre enfermeiro e adolescente, que tenha em conta todos estes pressupostos, constitui também uma ajuda para o seu desenvolvimento e

maturação.

Para se estabelecer uma relação terapêutica eficaz no cuidar, é imprescindível:

- Garantir a acessibilidade e a flexibilidade, realçando a importância do primeiro contacto no acolhimento. O enfermeiro deve estar disponível para explicar as normas e condições do serviço, bem como todos os procedimentos a que o adolescente/família terão que se sujeitar. Esta função é ainda mais importante em situações de hospitalização não planeada, onde a admissão hospitalar possui carácter urgente, o que consequentemente aumenta o nível de ansiedade da família e do adolescente (BARROS 2003, p.83).
- Prestar cuidados globais, integrando as componentes: orgânica, psicológica, social e cultural;
- Assegurar a independência, promovendo o auto-controlo e a confidencialidade, que para além de ser um direito do adolescente, é um factor essencial para o êxito da relação entre os profissionais e os jovens. Ao longo do internamento, devem ser criadas condições necessárias que permitam ao adolescente a sua máxima independência e que favoreçam a sua procura pela autonomia.
- O enfermeiro deverá gerir os recursos disponíveis, de modo a proporcionar um internamento mais "agradável" ao adolescente (Ex. disponibilizar ao adolescente internado o computador, a internet, a consola de jogos, música, televisão, e sempre que possível permitir ao adolescente internado assistir a algumas actividades lúdicas realizadas no hospital, como é o caso de teatro e outros espectáculos organizados pelo hospital).

A avaliação das necessidades específicas de cada adolescente durante a hospitalização, permite priorizar necessidades num determinado momento da sua fase de desenvolvimento e realizar uma prática de cuidados de enfermagem individualizada. Através do conhecimento dessas necessidades e expectativas, poder-se-á elaborar um plano de cuidados que permita uma maior aproximação do enfermeiro.

A presença do grupo de pares e a realização de actividades lúdicas com outros adolescentes na unidade, deverá ser uma das estratégias adoptadas pelos enfermeiros, porque *"proporcionam encontros com diversas modelos de identificação e experiências gratificantes, o adolescente (re)descobre capacidades de realização"* (TRIGUEIROS e AFONSO 1993, p.21). O enfermeiro deve ainda encorajar a presença dos pais junto do adolescente durante o internamento, pois estes são o seu principal sistema de apoio e segurança. Esta presença deve ser avaliada em cada momento do internamento, em cada intervenção de enfermagem, tendo em conta a motivação e a situação sócio-económica dos pais. É evidente que pais muito ansiosos transmitem a sua ansiedade ao adolescente (BARROS 2003, p.86). A presença regular de um enfermeiro com quem o adolescente/família tenha uma relação positiva e de "proximidade", pode atenuar grandemente a ansiedade de ambos, permitindo ao mesmo tempo uma prestação de cuidados mais individualizada, de acordo com as necessidades reais do adolescente/família (BARROS 2003, p.84). Nestas situações a acção do enfermeiro pode ser facilitadora, o qual deve agir transmitindo confiança e segurança aos pais, encorajando-os, de modo a que a sua ansiedade seja reduzida.

A informação transmitida deve ser simples e adaptada às necessidades do adolescente e família. Atender às preocupações do adolescente permitirá uma preparação dos procedimentos e uma correcta explicação dos mesmos, o que diminui a ansiedade e o stress do adolescente face à hospitalização.

O relacionamento entre o adolescente e a equipa de saúde pode constituir um estímulo positivo para a integração do adolescente na unidade, mas sobretudo para o seu desenvolvimento pessoal (WHALEY e WONG 1999, p.576), pois é nesta fase que se idealizam os projectos futuros, os quais irão influenciar o percurso de vida.

CONCLUSÃO

A adolescência é um tempo de mudanças e, tal como todas as mudanças na vida de um Ser Humano, levantam novos dilemas e desafios. As transformações físicas, emocionais, intelectuais e sociais, concretizam-se aos "olhos" do adolescente e levam-no a experimentar tudo o que lhe dá prazer imediato e a esquecer aquilo que lhe será útil num futuro próximo.

Reflectir sobre a intervenção do enfermeiro junto do adolescente e família em situação de hospitalização é importante, para que o enfermeiro possa actuar junto destes, de um modo holístico, individualizado e, envolto de humanização. O enfermeiro, ao cuidar da pessoa humana não deve esquecer que deve existir *"uma abertura que possibilita o seu «aparecer», o qual me mostra e me assinala que o outro, é um «eu» tal como eu, livre e autónomo"* (BARROQUEIRO 1996, p.37). Assim, ao cuidar do adolescente é necessário ir de encontro ao seu «eu» e às suas necessidades, identificando os seus sentimentos e criar oportunidades para a expressão dos mesmos

Referências Bibliográficas

- BARROQUEIRO, Maria Cecília Martins Gaspar - Experiência de hospitalização no adolescente. Lisboa, 1996, 108 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, apresentada à Universidade Católica Portuguesa
- BARROS, Luísa - Psicologia pediátrica. Perspectivas desenvolvimentistas. 2ª Ed. Lisboa: Climeps Editores, 2003, 220 p. ISBN 972-796-081-2
- HESREEN, Walter. - Qualidade em enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência, 2000, 220 p. ISBN 972-8383-20-7
- LEVY, Maria - Adolescência e Adolescentes. Acta Pediátrica Portuguesa. Lisboa, ISSN 0301-147X, Vol. 26, nº 5 (1995), p. 255-258
- PRAZERES, Vasco - Sauda juvenil no masculino. Género e saúde sexual e reproductiva. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003, 68 p. ISBN 972-876-086-5
- SANTOS, Jose - Responsabilidade perante a saúde na adolescência. Nursing Lisboa, ISSN 0871-61-96, Ano 12, nº 140 (Janeiro 2000), p. 29-35
- TRIGUEIROS, António; AFONSO, Joana - Hospitais de dia para adolescentes. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, ISSN 0873-8777, nº 4 (1993), p. 19-23
- WHALEY, WONG, Donna L. - Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1999, 1118 p. ISBN 85-277-0506-0



Margarida Abreu¹
Ana Isabel Martins
de Azevedo²

O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição?

The hospitalized adolescent in a Teen Ward: how to ease the transition?

RESUMO

Objetivo: Identificar os sentimentos experienciados e as necessidades sentidas pelos adolescentes durante a hospitalização e conhecer a representação que os adolescentes possuem de uma Unidade de Adolescentes. **Métodos:** investigação de natureza qualitativa, com recurso à entrevista semiestruturada como técnica de colheita de dados, tendo participado do estudo 21 adolescentes. **Resultados:** Entre os adolescentes hospitalizados, 47,8% sentiram-se bem, 26,9% sentiram dificuldade em ocupar o tempo, 23,1% referiram tristeza/angústia inicial e 7,7% afirmaram sentirem-se presos dentro da unidade. Salienta-se a reação negativa dos amigos. Os aspectos mais positivos da unidade são a equipe de saúde e o espaço/conforto. As transições saúde-doença e situacional são apontadas como aspectos negativos e como situação mais complicada durante a hospitalização, mais especificamente o regulamento de visitas, sendo estas apontadas como principal necessidade. Os adolescentes recorrem a atividades de lazer, pessoas significativas, aos profissionais de enfermagem e ao autocontrole para ultrapassar os momentos piores. A relação adolescente-profissionais da saúde é boa, sendo os profissionais referidos como qualificados e sensíveis. **Conclusão:** A prestação de cuidados de qualidade a adolescentes hospitalizados implica um ambiente que satisfaça as suas necessidades. Sendo os enfermeiros os profissionais que mais tempo passam junto do adolescente hospitalizado, são os que melhor identificam os seus receios, as suas inseguranças e as dificuldades, pelo que devem mostrar-se receptivos e sensíveis às necessidades implícitas e explícitas dos adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE

Adolescência, hospitalização, enfermagem, transição.

ABSTRACT

Objective: To identify the feelings and needs of adolescents during hospitalization and learn their representations of a Teen Ward. **Methods:** Qualitative survey of 21 adolescents conducted through semi-structured interviews, used as the data collection technique. **Results:** 47.8% of these adolescents felt well being hospitalized, 26.9% found it hard to fill their time, 23.1% mentioned initial sadness and anguish, and 7.7% said that they felt trapped in the Ward. They stressed negative reactions among friends. The most positive aspects of the Ward are the healthcare team and the space and comfort. Situational transitions and the health-disease shift are mentioned as negative aspects and the most complicated situation during hospitalization, more specifically constraints on visitors, which are listed as the main requirement. These adolescents turned to recreational activities, significant people, the nursing staff and self-control in order to get through the bad times. Relationships between adolescents and healthcare practitioners are good, with these practitioners referred to as being qualified and sensitive. **Conclusion:** Providing good quality care for hospitalized adolescents requires a setting that meets their needs. As nurses spend the most time with hospitalized adolescents, they can identify their fears, insecurities and difficulties most accurately, which is why they must be receptive and sensitive to the implicit and explicit needs of these adolescents.

¹Doutora; professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

²Mestra; enfermeira do Hospital de Braga. Braga, Portugal.

Ana Isabel Martins de Azevedo (ana.isabel.azevedo@hotmail.com) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Rua Quinta da Bemposta, 65 - Braga, Portugal. CEP: 4715-228.
Recebido em: 13/01/2012 - Aprovado em: 18/07/2012

> KEY WORDS

Adolescent, hospitalization, nursing care, transition.

> INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transição marcada essencialmente pelas mudanças físicas, psicossocioculturais e cognitivas. Em 2007, os adolescentes (10-19 anos) representavam cerca de 10,6% da população portuguesa¹, daí a importância de investir na saúde e nos direitos desta população.

Nos últimos anos tem aumentado o interesse pelos adolescentes² nomeadamente em nível da investigação. Eles têm sido objeto de estudo de várias disciplinas e, no contexto da saúde do adolescente, são variados os estudos nas áreas de psicologia, educação, medicina e enfermagem, particularmente no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, comportamentos de risco, estresse e resiliência.

No domínio da hospitalização do adolescente, em Portugal, verifica-se um reduzido número de trabalhos de investigação, ao contrário do Brasil, onde, comparativamente, conhecem-se mais trabalhos sobre esta problemática.

Os adolescentes constituem o grupo etário mais saudável³, por este motivo recorrem pouco aos serviços de saúde⁴. No entanto estes devem dar resposta às necessidades de saúde dos adolescentes de modo integrado e num ambiente adequado, uma vez que, quando os adolescentes adoecem e se torna necessária a hospitalização, esta se constitui numa situação difícil de aceitar e gerir, tanto para o jovem quanto para sua família.

Os adolescentes devem ser internados idealmente numa Unidade de Adolescentes, em que tenham à sua disposição uma equipe multidisciplinar⁴⁻⁶. As Unidades de Adolescentes surgiram nos anos 1950 na

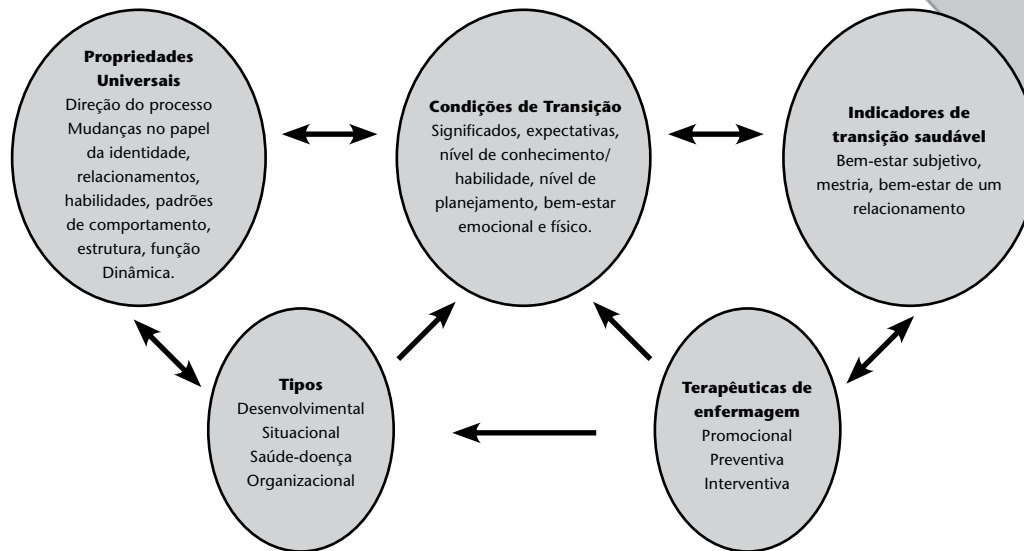
Grã-Bretanha, Canadá, Estados Unidos da América e Nova Zelândia^{7, 8}. Gradualmente, outros países começaram a implementar políticas de cuidados de saúde para os adolescentes. No Brasil, as primeiras unidades datam de 1974. Atualmente estas unidades ainda são raras: na Grã-Bretanha existem em apenas 26% dos hospitais; nos EUA há entre 60 e 100 unidades; e no Brasil não se conhecem dados concretos, sabendo-se, no entanto, que são poucas⁸.

Em Portugal estas unidades surgiram nos anos 1990 e são escassas⁷, havendo referência à existência de 10 unidades em todo o país. Entretanto não existe informação se se tratam de unidades específicas de adolescentes ou de camas/quartos para adolescentes inseridos em serviços de pediatria⁹.

Em face do reduzido número destas unidades em Portugal, e dada a sua importância para a prestação de cuidados diferenciados aos adolescentes, pensamos ser pertinente realizar um estudo orientado pela seguinte pergunta: *Como vivencia o adolescente a hospitalização numa Unidade de Internamento de Adolescentes?*

Para nos ajudar a compreender melhor o processo de transição do adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes, apoiamo-nos na teoria das transições de Meleis, a qual nos serve de referência, uma vez que o adolescente hospitalizado se encontra numa situação de tripla transição: desenvolvimental, saúde-doença e situacional. Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos e estes, por sua vez, podem agravar ainda mais o seu estado de saúde¹⁰. Assim, a compreensão do processo de transição pode ajudar a evitar os riscos inerentes à hospitalização do adolescente.

Figura 1 – Teoria das transições de Meleis



Transição é a passagem de um estado, condição ou lugar para outro. Esta teoria resultou da revisão de literatura em enfermagem que abordava as transições como conceito ou estrutura. O modelo explora tipos de transições, propriedades universais da transição, condições (inibidoras ou facilitadoras) da transição, indicadores de transições saudáveis e estratégias terapêuticas de enfermagem (Figura 1).

A revisão e a análise permitiram verificar que os profissionais são confrontados com três tipos de transição: desenvolvimental, situacional e de saúde-doença. Posteriormente emergiu um quarto tipo de transição, a organizacional.

Os objetivos deste estudo são: identificar os sentimentos experimentados pelos adolescentes durante a hospitalização; conhecer a representação que os adolescentes possuem de uma Unidade de Adolescentes e identificar as necessidades sentidas durante a hospitalização.

A finalidade é contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos adolescentes que necessitam de internamento.

MÉTODOS

Devido à reduzida quantidade de pesquisas sobre a temática, optou-se por um estudo qualitativo, descritivo simples, utilizando-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. O tema da entrevista foi constituído por cinco blocos:

- bloco I: legitimação da entrevista e motivação do entrevistado;
- bloco II: caracterização sociodemográfica dos adolescentes;
- bloco III: grupo de pares;
- bloco IV: caracterização do recurso às instituições de saúde;
- bloco V: processo de hospitalização.

A coleta dos dados foi efetuada entre dezembro de 2009 e maio de 2010, inclusive. Os participantes deste estudo foram 21 adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e 17 anos, de ambos os sexos, orientados no tempo e no espaço, sem qualquer diagnóstico de atraso de

desenvolvimento psíquico e hospitalizados há mais de 48 horas numa Unidade de Adolescentes de um hospital da Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.

Para o tratamento da informação recolhida pelas entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin¹¹, que é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

➤ RESULTADOS

Utilizando-se a entrevista como estratégia de coleta de dados, consideramos necessário conhecer as condições sociais e demográficas em que se enquadram os discursos dos participantes.

Dos 21 adolescentes entrevistados, 71,4% eram do sexo feminino e apenas 28,6% do masculino e 52,4% tinham idade compreendida entre 14 e 16 anos. Verificou-se que 38,1% frequentavam o ensino médio e apenas 4,8%, um curso técnico. Apenas uma adolescente frequentava escola privada e 95,2%, escola pública.

Torna-se importante esclarecer que, em Portugal, o ensino organiza-se em: ensino básico (do 1.º ao 4.º ano), segundo ciclo (do 5.º ao 9.º ano), terceiro ciclo (10.º ao 12.º ano) e ensino superior (faculdade). Desde 2009 a escolaridade é obrigatória até ao 12.º ano. No que diz respeito às habilitações literárias dos pais, 31,6% possuía o 6.º ano de escolaridade. Apenas 5,3% dos pais possuíam o grau de licenciatura. No que diz respeito às habilitações literárias das mães, nenhuma possuía o grau de licenciatura e 85% tinha um nível de escolaridade inferior ao 12º ano.

Apenas 14,3% dos participantes foram hospitalizados devido a cirurgias programadas, e os restantes 85,7%, por

situações agudas, sendo, por isso, hospitalizações não planeadas. Salienta-se que era a primeira experiência de hospitalização para 57,1% dos adolescentes.

Orientadas pela análise de conteúdo de Bardin e com base no enquadramento teórico reunido, foram construídas categorias para cada dimensão por meio dos temas recorrentes nos discursos dos adolescentes. Passaremos a apresentar as categorias emergentes para cada uma das dimensões estudadas.

Para a dimensão sentimentos do adolescente hospitalizado emergiram quatro categorias: 47,8% sentem-se bem, o que se constitui como condição facilitadora; 23,1% referem tristeza/angústia inicial, o que podemos apontar como condições inibidoras; 7,7% sentem-se presos e 26,9% têm dificuldade em ocupar o tempo.

A dimensão *reação dos amigos à hospitalização* também foi estudada, emergindo três categorias: *reação negativa* (66,7%), que pode constituir uma condição inibidora desta transição, *reação positiva* (25,6%) e *não sabe* (7,7%).

As *necessidades sentidas durante a hospitalização* constituem outra dimensão para a qual emergiram quatro categorias: *pessoas significativas* (57,2%), *objetos pessoais* (14,3%), *atividades desportivas* (11,9%) e *ninguém/nada* (16,7%).

Os *aspectos mais negativos da unidade* são mais uma dimensão, tendo emergido três categorias: *transição saúde-doença* (19%), *transição situacional* (76,2%) e *nada* (4,8%). Inserido na segunda categoria surge o *regulamento de visitas*, sendo sua real expectativa ter mais visitas. Este sentimento de afastamento social e de despojamento dos seus objetos pessoais pode representar uma condição inibidora. Quando questionados sobre a dimensão *aspectos mais positivos da unidade*, surgem quatro categorias: *equipe de saúde* (31,8%), *conforto/espço* (36,3%), *tudo* (27,3%) e *não sabe* (4,5%).

No que diz respeito à dimensão *relação adolescentes/profissionais da saúde* surgem duas categorias: *boa relação* (72,4%) e *profissionais capacitados e sensíveis* (27,6%).

Para a dimensão *estratégias utilizadas para ultrapassar momentos piores* emergem as categorias *recurso a atividades de lazer* (23,8%), *pessoas significativas* (57,2%), *profissionais de enfermagem* (9,5%) e, ainda, *autocontrole* (9,5%).

Outra dimensão é a *situação mais complicada durante a hospitalização*, para a qual emergem duas categorias: *transição saúde-doença* (71,4%), mais especificamente com manifestações da patologia, atitudes terapêuticas e o diagnóstico, *transição situacional* (28,6%), pelo fato de não ter visitas.

No que diz respeito à dimensão *preferência pela unidade de adolescentes ou de adultos*, surgem duas categorias: 78,6% dos participantes preferem estar hospitalizados na *Unidade de Adolescentes*, os restantes preferem uma *Unidade de Adultos*.

➤ DISCUSSÃO

Alcançado o conhecimento sobre transições, reconhecidas as suas consequências para o adolescente e identificadas as reais necessidades, torna-se mais fácil intervir e colaborar com o adolescente no sentido de lhe prestar cuidados de enfermagem de qualidade¹².

Os profissionais de enfermagem lidam com as transições dos indivíduos, famílias ou comunidades inseridos no ambiente em que as pessoas se encontram inseridas. Para se compreender melhor o processo de transição do adolescente hospitalizado, de modo a prestar-lhe cuidados de saúde de qualidade, é imperativo identificar as condições que facilitam ou inibem as transições que o adolescente está vivenciando.

Um dos fatores incluídos nas condições de transição é o significado, que pode ser entendido do ponto de vista do contexto cultural de transição e tem uma conotação de procura do sentido do processo de transição para cada indivíduo^{13, 14}. O significado atribuído ao processo de hospitalização pode ser interpretado por meio dos sentimentos do adolescente hospitalizado.

Sentir que não fazem nada e sentirem-se presos é tendencialmente negativo para os adolescentes, o que pode constituir uma condição inibidora da transição¹⁰.

O desenvolvimento de atividades lúdicas, pedagógicas e recreacionais, planejadas de acordo com o grau de dependência e a capacidade física e cognitiva dos adolescentes hospitalizados, seria uma iniciativa para combater o sentimento de “não fazer nada”.

Apesar de a unidade que serviu de contexto a esta investigação ser para adolescentes, com recursos como computadores com acesso à internet, televisão, jogos e livros, os participantes afirmaram sentir dificuldade em ocupar o tempo, resultado referido também por Mendes¹⁵, Guzman e Cano¹⁶ e Almeida¹⁷. Por isso sugerimos a disponibilização de jogos de tabuleiro, cartas, filmes atrativos e educativos para os adolescentes. Isso permitiria o convívio entre os adolescentes hospitalizados, assim como ofereceria mais liberdade de escolha para a ocupação do tempo, tornando a hospitalização menos penosa.

Outros adolescentes referiram sentirem-se presos. Sendo a adolescência uma fase de exploração, de procura de autonomia e liberdade, não lhes ser permitido sair do serviço, nem para ir a uma das máquinas de venda automática de comida e bebida com seus pais, ou passear nos corredores do hospital, não parece o mais adequado, devendo esta norma ser revista.

Ainda no âmbito dos significados, incluímos a reação dos amigos à hospita-

lização, uma vez que as crenças vigentes no grupo de pares em que o adolescente se insere podem ser condições facilitadoras ou inibidoras da transição¹⁰. Seria importante refletir sobre a importância de ações de sensibilização, de aproximação da população adolescente com as instituições de saúde, visto que se salienta a reação negativa dos amigos à hospitalização, podendo esta ideia tornar-se uma das prementes entre os adolescentes. Atuar junto destes, nas escolas, na área da saúde comunitária e nos hospitais, contribuirá para que os profissionais da saúde incrementem os seus conhecimentos sobre a adolescência e adolescentes e sensibilizará esta população.

O nível de conhecimentos e competências dos indivíduos para lidar com situações problemáticas é também condição da transição. Se o indivíduo tem algum conhecimento do que se aproxima, assim como se possuir competências para lidar com a situação, mais facilmente será capaz de vivenciar uma transição saudável¹⁰.

Foram encontradas condições facilitadoras da transição, já que os participantes do estudo conseguiram mobilizar recursos para enfrentar saudavelmente o processo de vivência desta situação de tripla transição.

Mais uma condição das transições é o nível de planejamento. Uma preparação prévia das transições constitui uma condição facilitadora, ao passo que a falta de planejamento de uma transição é, por sua vez, uma condição inibidora.

Apenas 14,3% das hospitalizações foram programadas e as restantes 85,7%, não planejadas; e era a primeira experiência de hospitalização para 57,1% dos adolescentes. Reúnem-se aqui condições inibidoras de uma transição saudável¹⁰, posto que o nível de conhecimento dos adolescentes sobre o mundo hospitalar era nulo ou reduzido.

As expectativas são outra condição das transições, são um fenômeno subjetivo que influencia a experiência da transição. Quando o indivíduo sabe o que o espera, a ansiedade associada à transição diminui. As expectativas são influenciadas por experiências prévias¹⁰. Em relação às expectativas dos participantes deste estudo, verificamos que o fato de os participantes sentirem falta de *pessoas significativas*, dos seus *objetos pessoais* e das suas *atividades desportivas* constitui uma condição inibidora da transição.

O fato de apontarem como aspecto mais negativo o *regulamento de visitas*, sendo a sua real expectativa ter mais visitas, é um resultado corroborado por Ferreira¹⁸, Melo¹⁹ e Almeida¹⁷, o que provoca um sentimento de afastamento social e de despojamento dos seus objetos pessoais, o que pode representar uma condição inibidora deste processo de transição.

Resta citar o bem-estar físico e emocional, a última condição das transições. Sendo o indivíduo um ser biopsicossociocultural, necessita de um equilíbrio físico e emocional para se sentir bem e ser capaz de vivenciar uma transição saudável. Relativamente ao bem-estar físico, podemos interpretá-lo como, de certo modo, comprometido, uma vez que 47,6% dos participantes mencionam como situação mais complicada durante a hospitalização as *manifestações da patologia* e as *atitudes terapêuticas*, o que pode ser uma condição inibidora de uma transição saudável.

Por último, no que diz respeito à apresentação que os adolescentes possuem de uma Unidade de Adolescentes, citamos que em seu discurso referiram o espaço/conforto da unidade como um dos aspectos mais positivos, preferiram ser hospitalizados nesta unidade do que numa unidade de Adultos, desenvolveram uma boa relação com os profissionais da saúde, qualificando-os como sensíveis e capacitados,

sendo este último resultado semelhante ao de Almeida¹⁷. Conclui-se assim que as expectativas que os participantes possuíam de uma Unidade de Adolescentes foram correspondidas, o que representou uma condição facilitadora¹⁰.

O fato de 78,6% dos participantes referirem preferência pela Unidade de Adolescentes para estarem hospitalizados, tal como os participantes do estudo de Ferreira¹⁸, faz-nos também acreditar que a unidade em questão corresponde às expectativas dos adolescentes, sendo mais uma condição facilitadora.

As visitas foram apontadas como principal necessidade, o que se compreende, pois na Unidade de Adolescentes em questão não são permitidas visitas, à exceção dos irmãos, que podem fazer uma visita diária, entre as 15 e 20 h, com duração de meia hora, após autorização escrita da equipe de enfermagem. Consideramos que esta norma determina o afastamento familiar e social, o que deve ser evitado, devendo, por isso, ser alterada.

Na prestação de cuidados ao adolescente, a equipe de saúde deve manter uma conduta de parceria com o adolescente, explicando cada procedimento, pedindo o seu consentimento e recordando-se de que cada adolescente é um ser único e requer, por isso, cuidados individualizados, tentando ao máximo minimizar os efeitos negativos dos procedimentos dolorosos e invasivos que são executados.

Os adolescentes devem ser internados num espaço físico próprio, idealmente numa Unidade de Adolescentes⁴⁻⁶, devendo-se apoiar a criação de mais unidades destas, evitando que os adolescentes sejam hospitalizados com pacientes de faixas etárias muito diferentes, com variados tipos de patologias e dependências, o que só causa maiores dificuldades de aceitação e adaptação.

CONCLUSÃO

O cuidado de enfermagem auxilia o adolescente a explorar a transição por meio das suas expectativas e experiências, a identificar os acontecimentos estressantes, a compreender como os suportes pessoais e externos podem fornecer vantagens ou desvantagens à transição e, fundamentalmente, a enfrentar a assimilação da transição¹⁰.

Temos consciência de que este estudo possui algumas limitações, devendo-se a maior delas ao fato de os resultados não serem generalizáveis, uma vez que o número de participantes foi de apenas 21. Esta limitação aponta para a necessidade da realização de uma pesquisa com amostra mais representativa da população em estudo, em nível nacional. Outra limitação do estudo é não termos incluído participantes internados em outras unidades (pediatria e adultos). No entanto este estudo fornece informações preliminares acerca de alguns aspectos que no futuro devem ser estudados.

De modo a facilitar e tornar mais agradável a experiência da hospitalização, os enfermeiros que trabalham com adolescentes devem gostar de trabalhar com indivíduos desta faixa etária²⁰, sentirem-se confortáveis no contato com eles, serem sensíveis e conhecedores da fase de vida que os adolescentes vivenciam. Além disso, quando os enfermeiros são integrados como elementos numa Unidade de Adolescentes, idealmente devem receber formação sobre adolescência, de forma a melhor habilitar e sensibilizar os profissionais para a sua intervenção.

É uma realidade portuguesa a escassez de estudos sobre a hospitalização na adolescência e de informação sobre as Unidades de Adolescentes, pelo que é fundamental continuar o estudo destas temáticas.

➤ REFERÊNCIAS

1. Portal do Instituto Nacional de Estatística [Internet]. [citado 2009 Jun 14]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001276&contexto=bd&selTab=tab2.
2. Schulenberg J, Maggs JL, Hurrelmann K. Health risks and developmental transitions during adolescence. United States of America: Cambridge University; 1997.
3. Portugal. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas para 2004-2010 [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2009 Mai 13]. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf.
4. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Requisitos de atendimento ao adolescente. Portugal: Sociedade Portuguesa de Pediatria; 2009.
5. Gillies ML, Parry-Jones, W L. Suitability of the paediatric setting for hospitalized adolescents. Arch Dis Child [Internet]. 1992 [cited 2010 Apr 15];67(12):1506-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1793973/>.
6. Viner RM. Do Adolescent Inpatient Wards Make a Difference? Findings from a national young patient survey. Pediatrics [Internet]. 2007 [cited 2010 Apr 15];120(4):e748-55. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/120/4/749>.
7. Direcção Geral de Saúde. Unidades de internamento de adolescentes: posição da Sociedade de Medicina de Adolescentes (SAM). Lisboa: Progressos em Saúde dos Adolescentes; 1996.
8. Aquino JHW. Unidades de internação hospitalar específicas para adolescentes: vale a pena. Adolesc Saude [Internet]. 2009 [citado 2010 Abr 15];6(2):e47-50. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/default.asp?ed=4>.
9. Tavares H, Fonseca H. Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas Unidades Hospitalares Portuguesas. Lisboa: Gentilmente cedido pelo Dr. Hugo Tavares; 2008.
10. Meleis AI. Theoretical Nursing: Development & Progress 3rd ed. Filadelfia: Lippincott; 2007
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
12. Zagonel IPS. O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transicionais humanos. Acta Paul. Enferm [Internet]. 1998 [citado 2010 Fev 12];11(2):e56-63. Disponível em: http://www.unifesp.br/denf/acta/1998/11_2/pdf/art6.pdf.
13. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. J Nurs Scholarsh. 1994;26(2):119-27.
14. Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Adv Nurs Sci. 2000;23(1):12-28.
15. Mendes ARB. Adolescer e estar hospitalizado: a mestria como horizonte. [Dissertação]. Porto: Icbas; 1997.
16. Guzman CR, Cano MAT. O adolescente e a hospitalização. Rev Electrónica Enferm [Internet]. 2000 [citado 2010 Fev 12];2(2). Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.
17. Almeida IS. Desvelando o cotidiano do ser-adolescente-hospitalizado: uma abordagem fenomenológica. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
18. Ferreira MMSRS. O internamento na adolescência. [Dissertação]. Porto: Icbas; 1996.
19. Melo E. A valorização do acompanhamento na experiência de hospitalização do adolescente. Coimbra: Icbas; 1996.
20. M. Simmons, J. Shalwitz, S. Pollock, A. Young. Adolescent Health Care 101: the basics [Internet]. San Francisco, CA: Adolescent Health Working Group; 2003 [cited 2010 Jul 15]. Available from: http://www.ahwg.net/assets/library/74_adolescenthealthcare101.pdf.

APÊNDICE III

Diários Emocionais dos Jovens hospitalizados

DIÁRIOS EMOCIONAIS DOS JOVENS HOSPITALIZADOS

Enquadramento

A arte de Enfermagem implica uma partilha de emoções (Watson, 2002). Jean Watson, teórica de Enfermagem, dá significado às emoções na prática de Enfermagem de acordo com a sua conceção do cuidar humano. Nesta conceção, o “cuidar” é entendido como a essência da prática de Enfermagem, referindo-se ao processo de cuidados como um processo relacional, um meio de libertação de emoções e sentimentos humanos, ao longo do processo de saúde-doença dos clientes (Watson, 2002). Collière (2003) corrobora esta conceção ao referir que aprender a perceber as emoções e sentimentos, é uma fonte incomensurável de saberes da prática de Enfermagem. Igualmente Phaneuf (2005) afirma que todos os sentimentos e emoções constituem uma via útil em matéria de cuidados, para ir ao encontro da pessoa e compreender o que ela sente. A Enfermagem ao tomar como foco de atenção as experiências únicas e globais da pessoa, demonstra que “cuidar” envolve necessariamente emoções, pois não há cuidados sem interação e não existe relação sem emoção. Diogo (2006) atesta ao afirmar que as emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e ao próprio cuidar.

Se nos remetermos para a prática da Enfermagem Pediátrica, enquadrada na filosofia dos cuidados centrados na família, é amplamente reconhecida a carga emocional da experiência de cuidar da criança/jovem e família, sendo considerada por Maunder (2008) como uma das áreas de maior desafio emocional para os enfermeiros.

Inserida no escopo de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a adolescência é uma etapa do ciclo de vida pautada pela vivência de muitas emoções, que advêm segundo Papália (2001), do processo de maturação do jovem, caracterizado por mudanças ao nível físico, cognitivo, emocional e social, e aquisição de identidade própria e autonomia. Tal panóplia de emoções traduz-se numa fragilidade emocional que leva o jovem, através da sua “normal” conduta exploratória, a desenvolver comportamentos de risco, com possíveis resultados prejudiciais para a sua saúde (DGS, 2013). Torna-se assim

perceptível que as emoções vivenciadas pelos jovens estão implicadas e determinam os seus comportamentos. Goleman (1999) considera precisamente que as emoções são impulsos para o agir, planos instintivos para lidar com a vida, podendo ser nocivas ou benéficas, para o desenvolvimento do indivíduo e para a saúde humana. Os comportamentos de risco na adolescência são na realidade a expressão das emoções dos jovens, – da sua fragilidade emocional - a sua forma de testar e experimentar condutas, desafiar limites, pôr-se à prova, encontrar uma identidade própria e conquistar autonomia. Considerando que os comportamentos de risco podem resultar em prejuízo para o jovem, a promoção de comportamentos saudáveis foi a estratégia delineada pelo Programa Nacional de Saúde Infantil (DGS, 2013), como forma de garantir um desenvolvimento harmonioso dos adolescentes. No entanto, no processo de promoção da saúde não basta ensinar novos conhecimentos e padrões comportamentais, é necessário atuar nas necessidades e emoções que medeiam tais conhecimentos e práticas, ou seja, na base efetiva do comportamento, tendo em vista a saúde e o bem-estar do indivíduo (Vaz e Serra, 1999). Considera-se assim a necessidade de atuar na base do comportamento do jovem, ou seja, nas suas emoções. Swason (1991) descreve umas das características do cuidar – “estar com” - como mais do que conhecer a pessoa, ou seja, compreender a sua situação e tornar-se emocionalmente aberto para a sua realidade. Para Diogo (2012) a responsabilidade do enfermeiro é estar autenticamente presente e procurar saber o que é significativo para o cliente. No caso dos jovens, uma vez que as emoções determinam os seus comportamentos, e os mesmos podem pôr em causa o seu bem-estar, torna-se prioritário conhecer as suas emoções, ou seja, apercebermo-nos das suas necessidades, das suas expectativas, da sua maneira de ser, do seu sentir e do porquê dos seus comportamentos. Só através desse conhecimento é possível um cuidar efetivo, pois tal como afirma Phaneuf (2005) conhecer as emoções do outro, é ajudá-lo a tomar consciência das mesmas e a partir desse conhecimento fazer emergir uma nova realidade, em que a pessoa se apercebe da sua maneira de ser, do seu sentir, e dos seus comportamentos/reações.

A realização da atividade “diários emocionais”, durante o estágio em contexto de Pediatria ficou a dever-se à necessidade que conhecer o “mundo emocional” dos

jovens, com o intuito de os conhecer verdadeiramente, ou seja, de compreender as suas vivências, expectativas, sentimentos, perante uma situação de internamento hospitalar e/ou de doença crónica.

A hospitalização do adolescente e família pode constituir uma situação de desequilíbrio, pois verifica-se a interrupção de rotinas diárias, podendo o jovem desenvolver sentimentos de frustração, ansiedade e preocupação, pelo afastamento social (escola e amigos) e pelo “desconhecido” (hospital). A experiência da hospitalização deve ser encarada como uma oportunidade educacional, devendo o enfermeiro procurar ir ao encontro do jovem, das suas necessidades, sentimentos e emoções, criando oportunidades de expressão das mesmas (Barroqueiro, 1996). A intervenção dos enfermeiros perspectiva-se assim também no âmbito da educação emocional dos jovens. Assim, ter conhecimento das emoções dos jovens internados, permite uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade ao adolescente e família, ou seja, cuidados capazes de responder às suas necessidades reais, sensíveis à sua etapa de desenvolvimento e com o propósito de contribuir para o seu bem-estar geral, procurando minimizar ao mesmo tempo, o medo, a ansiedade e a frustração, que o internamento hospitalar pode acarretar.

Planeamento

Como forma de planear a atividade “diários emocionais”, efetuei pesquisa e leitura de artigos, com posterior elaboração dos seguintes tópicos orientadores, para a abordagem aos jovens:

- ✓ Fala-me dos teus sentimentos e emoções, por estares aqui internado e doente?
- ✓ Como te estás a sentir hoje?
- ✓ Se pudesses escolher uma palavra para caracterizar como te sentes hoje, qual escolherias?
- ✓ Como tens vivido esta experiência de estar hospitalizado?
- ✓ Do que sentes mais falta aqui no Hospital?
- ✓ Quais as maiores alterações que sentiste na tua “vida” por estares aqui internado?

- ✓ O que é para ti, estar doente?
- ✓ O que é para ti, ter saúde?
- ✓ O que é para ti “sentir bem?”

Por norma um diário é algo em que cabe ao próprio escrever acerca de si, no entanto, nesta atividade decidi que seria mais eficaz proporcionar um espaço de interação com os adolescentes de expressão das suas emoções, e posteriormente registar as informações fornecidas. Tal estratégia pode ter alguns constrangimentos pelo facto do registo das emoções dos adolescentes obedecer à minha memória. No entanto, este pareceu-me o método mais adequado, tendo em conta que alguns adolescentes se encontravam debilitados demais para escrever, outros porque quando lhes solicitei que escrevessem acerca dos sentimentos e emoções, me referiram que “não tinham muito jeito, ou que não gostavam de escrever” e deixaram a folha em branco.

Execução

Para a constituição dos “Diários Emocionais dos Jovens hospitalizados”, mantive ao longo de vários dias, e em diferentes turnos, interações com os jovens internados, tendo sido essencial estabelecer desde o início uma relação de proximidade e de confiança, começando por lhes dar a conhecer quem era, e qual o meu propósito de conversar com eles sobre emoções e sentimentos. Procurei estabelecer uma relação de proximidade com os adolescentes e família, de modo a que se sentissem num ambiente seguro, confiantes, sem medo, e à vontade para falar de si. Durante os períodos de interação com os adolescentes, escutei aquilo que me quiserem dizer, atentei em toda sua comunicação, verbal e não-verbal, nos seus olhares, sorrisos e expressões faciais e corporais. Posteriormente procedi ao registo do que escutei e observei numa tabela, selecionando as frases e momentos que considerei mais significativos e reveladores dos sentimentos e emoções dos jovens.

Avaliação

Após a elaboração desta atividade tornou-se perceptível as muitas emoções vivenciadas pelos jovens durante o internamento hospitalar, por doença aguda ou crónica. Afastados das suas rotinas, dos seus amigos, familiares e de tudo aquilo que lhes transmitia segurança e confiança, os jovens sentem-se presos, confusos, sozinhos, tristes, desanimados, ansiosos por regressar a casa, preocupados por estar a faltar à escola e com verbalização de dor relacionada com a sua situação de doença. Pela relação próxima que mantive com os jovens e família, esta atividade proporcionou-me o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, em especial ao nível relacional e comunicacional. Durante os muitos momentos de interação com os adolescentes e família foi possível desenvolver habilidades e treinar técnicas de comunicação, apropriadas ao seu estágio de desenvolvimento. Ao nível relacional, no respeito pelas crenças e valores, foi possível estabelecer uma relação dinâmica e de parceria, com jovens e famílias, que facilitou a comunicação expressiva de emoções, por parte dos adolescentes. Encaro esta atividade como uma oportunidade de trabalho com os jovens/família, numa parceria de cuidar promotora de saúde, pela identificação de situações que afetam negativamente a vida ou qualidade de vida dos adolescentes, com recurso às vivências emocionais.

Referências Bibliográficas

Barroqueiro, M. C. M. G. (1996). *Experiência de hospitalização no adolescente*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada na Universidade Católica Portuguesa, consultada em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/2202>

Collière, M. F., (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência

Direção Geral de Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 14/08/2013. Disponível em www.dgs.pt

Maunder, E. Z., (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian J Palliative Care* nº14. pp 45-50

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência

Swanson, K.M., (1991). Empirical Development of a Middle-Range Theory of Caring. *Nursing Research*. Volume 40. pp 161-166

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9

DIÁRIOS EMOCIONAIS DOS JOVENS HOSPITALIZADOS

| Adolescente | Data | Emoções / Sentimentos |
|---|------------|--|
| <p style="text-align: center;">Maria (17A) (diagnóstico de artrite reumatoide desde os 14A)</p> | 15.10.2013 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ “Tenho muitas dores, estou muito abatida”; (<i>olhos fechados; fâcies doloroso</i>) ✓ “...quero ficar sozinha, sossegada” |
| | 16.10.2013 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ “Não é fácil ir para a escola de muletas...”; “...toda a gente olha...havia alturas que me apetecia fugir, de vergonha...” ✓ “as minhas melhores amigas já sabem que preciso das muletas para conseguir andar, mas não vou sair com elas à noite e assim...tenho vergonha”; ✓ “...às vezes tenho de faltar à escola, porque não aguento as dores...” |
| | 17.10.2013 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ “agora estou aqui porque fiquei pior...tive de faltar à escola, e tinha testes esta semana...”; ✓ “estou preocupada, porque tinha estudado muito para estes testes, e agora não sei como vai ser...” |
| | 18.10.2013 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ “já me sinto mais animada...já não tenho tantas dores”; ✓ “as minhas amigas gostam mesmo de mim, como eu nem sempre consigo sair, elas vêm até à minha casa para me fazer tranças, adoro!!!”; ✓ “...são as minhas amigas que me fazem sentir melhor...quando estão ao pé de mim, sinto-me feliz” |
| <p style="text-align: center;">Leandro (13 A) Natural dos Açores (Internado por Transplante renal, pós- biopsia renal)</p> | 15.10.2013 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ “quero ir para casa...porque é que estou aqui preso?”; (<i>com a mão sobre o meu ombro</i>) ✓ “quero ir para o pé das minhas primas e do meu amor...aqui sinto-me sozinho”; ✓ “na minha terra é que se está bem...”; |
| | 16.10.2013 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ “já estou farto disto, que chatice!”; ✓ “Estou farto de estar aqui sem fazer nada!”; ✓ “que raiva, quero sair daqui!!!” (<i>deitado na cama, com a almofada sobre a cabeça</i>) |
| | 17.10.2013 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ “...mas porque é que não me vou embora?”; (<i>em cima da cama aos saltos</i>) ✓ “as minhas análises já estão boas? Vai lá saber à médica se já me posso ir embora!” |

| Adolescente | Data | Emoções/Sentimentos |
|---|------------|---|
| <p>Liliane (14 A) Hospital de Dia (Diagnóstico de Depranocitose desde os 7A)</p> | 25.10.2013 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ “no inicio foi difícil, porque me sentia sempre cansada, e estive muitas vezes cá internada...” ✓ “a parte boa de estar internada era que haviam cá outros meninos para poder brincar...” (<i>sorriso</i>) ✓ “gosto muito das aulas de ginástica só que às vezes tenho de parar para descansar...” ✓ “...as minhas amigas dão-me os apontamentos das aulas, quando tenho de faltar...” <p>“...estudo em casa sozinha e depois se tenho alguma dúvida pergunto ao professor, ele já sabe que é assim. Sinto-me sozinha...” (<i>encolher dos ombros</i>)</p> |
| <p>Beatriz (14 A) Intoxicação medicamentosa</p> | 21.10.2013 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ “na minha turma são todos mais velhos, não consigo falar com eles...” ✓ “sinto-me triste e sozinha...não tenho vontade de fazer nada... fico em casa deitada na cama a ouvir música” (<i>olhos para o chão, choro fácil</i>) ✓ “...sempre que estou triste ponho a música a tocar alto, para me animar...” ✓ “...estou sozinha, a minha irmã agora só quer saber das festas da faculdade...” |
| | 22.10.2013 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ “...não me apetece fazer nada, vou às aulas, venho para casa e pronto...que queres mais que faça?” ✓ “acho que gostava de um dia trabalhar com animais (<i>grande sorriso</i>)...já fui perguntar ao jardim zoológico e ao oceanário, mas só me aceitam quando tiver 18 anos...” |
| | 23.10.2013 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ “...no ano passado foi o melhor ano...fiz uma viagem de estudo a Paris e à Disney...foi quando me sentia bem, estava feliz” ✓ “estava contente, feliz, tinha muitas amigas...”(<i>grande sorriso</i>) |

APÊNDICE IV

Entrevista à Enfermeira de referência

ENTREVISTA À ENFERMEIRA DE REFERÊNCIA

Enquadramento

Exercendo funções de Enfermeira em Cuidados de Saúde Primários desde há 8 anos, longe da dinâmica da prática hospitalar, senti que seria essencial adquirir um bom conhecimento da realidade hospitalar pediátrica atual, por forma a sentir-me confiante e segura, no desenvolvimento de competências e habilidades de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Assim, delineei como estratégia para compreender a organização e funcionamento do serviço de pediatria, realizar uma entrevista à Enfermeira de referência, por ser a enfermeira que me acompanharia ao longo do meu percurso de estágio, e também por ser uma Enfermeira perita na área, com 24 anos de prática de Enfermagem Pediátrica e detentora do título de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A sua vasta experiência e amplos conhecimentos da realidade hospitalar pediátrica proporcionar-me-iam uma perspetiva da prática, capaz de me ajudar a adaptar e compreender melhor, esta área de atuação particular, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que é o contexto hospitalar. O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010), refere precisamente que é do escopo de ação do Enfermeiro Especialista trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre – hospital, centro de saúde, comunidade, escola, casa – para promover o mais elevado estado de saúde.

A entrevista realizada baseia-se na noção de Fortin (1999) em que a mesma é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece com o objetivo de colher dados, relacionados com factos, comportamentos, preferências, sentimentos, expectativas e atitudes, tratando-se sobretudo de um processo planificado. Para a mesma autora, existem diferentes abordagens na condução de uma entrevista, quando o entrevistador exerce o máximo controlo sobre o seu conteúdo e utiliza questões fechadas, sendo uma entrevista estruturada, ou quando é o participante que controla o conteúdo da entrevista, ocorrendo então uma entrevista não-estruturada (Fortin, 1999).

Para a entrevista à Enfermeira de referência optei por utilizar uma entrevista não-estruturada, por ser aquela que segundo Fortin (1999) confere maior grau de liberdade ao participante, com garantia de uma maior profundidade na compreensão de determinado fenómeno. Segundo a mesma autora, a entrevista não-estruturada pode ainda apresentar diversos graus de estrutura, podendo ser parcialmente estruturada, onde o entrevistador tem uma lista de temas a cobrir, formula questões a partir desses temas, criando um guião de entrevista, e apresenta-as ao entrevistado, sem indicar uma ordem de abordagem. Neste tipo de entrevista as questões são abertas, sentindo-se o sujeito livre para responder como entender, com a vantagem de estimular o pensamento livre e de favorecer a exploração em profundidade da resposta do participante (Fortin, 1999). Assim, optei por utilizar a metodologia de uma entrevista parcialmente estruturada, pela possibilidade de preparar algumas perguntas, que estruturariam o meu pensamento ao longo da entrevista, ao mesmo tempo que permitiria ao entrevistado, introduzir outras questões, que lhe parecem de relevância.

Para além de proporcionar a compreensão da dinâmica de funcionamento e organização de uma unidade de Pediatria, a entrevista à Enfermeira de referência assumiu-se também como uma oportunidade para desenvolver conhecimentos acerca dos processos comunicacionais, subjacentes à relação entre enfermeiro e criança/família, uma vez que na prática de cuidados o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e na família, encarando sempre este binómio como o beneficiário dos seus cuidados (OE, 2010).

O exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidência os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhes estão subjacentes. Nesta perspectiva, e concebendo a família como contexto da criança/jovem, os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, cuja operacionalização decorre dos relacionamentos estabelecidos, de natureza aberta e colaborativa, entre a díade e a equipa de enfermagem (OE, 2011). Considerei assim

de maior valor abordar o tema da comunicação com a criança e família, na entrevista à Enfermeira de Referência.

Planeamento

No planeamento da entrevista à Enfermeira de referência, optei por utilizar uma entrevista semiestruturada, tal como justificado anteriormente, elaborando para tal um guião de entrevista, que funcionou como eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, e também como estruturador do meu pensamento. A entrevista à Enfermeira de referência apresentava como intencionalidade a compreensão da dinâmica de organização e funcionamento do serviço de Pediatria, bem como a aquisição de conhecimentos acerca das estratégias comunicacionais utilizadas, para o estabelecimento de uma relação de confiança, com o cliente pediátrico e família, a partir da opinião de uma perita na área de Pediatria. Eram estes os objetivos principais da minha entrevista à enfermeira de referência, e foi a partir desses pressupostos que formulei as questões que constituíram o meu guião.

Execução

A entrevista semiestruturada à Enfermeira de referência teve lugar no dia 21 de Outubro 2013, no gabinete da Enfermeira-Chefe. Foi escolhido o período após o turno da manhã, por ser um momento mais calmo no serviço, e no qual a enfermeira se encontrava disponível.

Avaliação

Exercendo funções em cuidados de saúde primários, o estágio em contexto hospitalar pediátrico apresentou-se-me como um desafio necessário para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Assim, foi fundamental para mim tomar conhecimento, o mais rapidamente possível, da dinâmica de funcionamento e organização do serviço de Pediatria, nomeadamente, ao nível da organização dos cuidados, da metodologia de trabalho utilizada, da constituição da equipa multidisciplinar, e das áreas da especialidade de pediatria incluídas naquele contexto. Este conhecimento logo num primeiro momento, através da entrevista à Enfermeira de referência, ou seja que estava responsável pela minha orientação

do estágio, permitiu sentir-me confiante e segura para desenvolver competências e habilidades de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Para além disso, esta entrevista permitiu-me reconhecer a comunicação, como peça determinante no desenvolvimento de uma relação empática e de confiança, sendo a mesma considerada como a base da prática da arte de Enfermagem. No contexto da Enfermagem Pediatria, a especificidade da relação que se estabelece com o cliente pediátrico, assume-se pela utilização de estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, o que possibilita uma comunicação eficaz, que resulta numa relação de parceria com a criança/jovem e família. Uma das estratégias comunicacionais utilizadas pelos enfermeiros e referida pela enfermeira durante a entrevista é o brincar. A atividade de brincar é efetivamente reconhecida pela literatura, como um instrumento terapêutico primordial na enfermagem pediátrica, quando usado de modo intencional e sistemático, constituindo-se para Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo (2010), como um meio para construir uma relação de confiança entre profissional e criança, pois facilita a aproximação.

Em termos de aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem é de referir que a entrevista à Enfermeira de referência permitiu aprofundar conhecimentos e habilidades especializadas, na área do relacionamento e comunicação com a criança/jovem e família, nomeadamente na utilização de técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento.

Referências Bibliográficas

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação, da concepção à realização*. Loures: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento n.º 123/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido a 30/03/2013. Obtido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Acedido 1/8/2013. Obtido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

Pereira, A. M, Nunes, J., Teixeira, S., Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Atividade do Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Revista Pensar Enfermagem*. Vol14. nº1. pp 24-28

ENTREVISTA À ENFERMEIRA DE REFERÊNCIA

Dados da entrevistada

Idade: 46 anos

Habilitações Literárias: Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Há quantos anos trabalha neste serviço?

Trabalho neste serviço – pediatria piso 6 – há 4 anos, mas trabalho no Hospital de Santa Maria, em pediatria há 24 anos.

Quais as atividades que desempenha no seu dia-a-dia?

Sou o chamado “2º elemento”...presto cuidados, mas estou também na parte da gestão dos cuidados, quero dizer na gestão dos recursos humanos e logísticos...sou eu que faço os pedidos de material clínico e farmácia.

Objetivo: conhecer a dinâmica organizacional, e estrutural do serviço

Questões:

1. Como são organizados os cuidados de Enfermagem? Que conceções teóricas, ou filosofias, estão na base da organização dos cuidados?

A organização dos cuidados faz-se de acordo com o Modelo de Enfermagem de Nancy Roper, ou seja, os cuidados estão organizados segundo as atividades de vida diárias dos nossos doentes. Em termos de filosofia seguimos claro, a parceria de cuidados com os pais. Em pediatria é fundamental trabalhar em parceria com os pais, ou por quem esteja a acompanhar a criança, pois são eles o elo de ligação, o “porto seguro” da criança. Aliás é por esse motivo, que um dos pais pode permanecer durante todo o tempo de internamento do seu filho...os pais aqui não são visitas, são parceiros!

2. Qual o método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem?

Utilizamos o método de distribuição individual de trabalho. Todos os dias de manhã é feita uma escala e distribuídas as crianças pelos enfermeiros dos vários turnos. Tendo claro, que os mesmos enfermeiros vão ficando responsáveis pelas mesmas crianças, e pelas famílias às quais fazem o acolhimento, mas não é regra. Sei que

não é o ideal. Para mim, o método de enfermeiro de referência seria a postura mais adequada e responsável, pelo nosso trabalho, mas ainda não foi possível.

3. Quantos enfermeiros existem no serviço?

Somos 14 Enfermeiros, dos quais 5 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

4. Quantas crianças/jovens podem estar hospitalizadas no serviço?

Temos 8 salas, com 15 vagas...o que dá 1 quarto individual, e 7 quartos duplos (com 2 camas). Tentamos sempre colocar as crianças juntas de acordo com as suas idades, ou seja, o mais próximo possível à sua etapa de desenvolvimento.

5. Quais os profissionais de saúde, para além dos enfermeiros, que fazem parte da equipa multidisciplinar do serviço?

Então temos: médicos (das especialidades de nefrologia, hematologia, pediatria geral, neurologia e doenças metabólicas), assistente social, assistentes operacionais, dietista, psicóloga, fisioterapeuta, educadoras (2), professoras do 1º e 2º ciclo (2), “doutores palhaços” (2 – 1x/semana), e voluntárias (2).

6. Que projetos estão implementados no serviço?

Temos o projeto de: avaliação, registo da dor, e medidas não farmacológicas. Existe também um grupo de trabalho para implementar o projeto de preparação para alta do doente diabético.

7. Quais as principais patologias das crianças internadas no serviço?

As crianças aqui internadas têm patologias muito diversas, relacionadas com várias especialidades médicas que já referi. É difícil enumerar...mas pensando nos meninos que temos agora internados temos: síndromes nefróticas, intoxicações medicamentosas, agudização de situações de doenças crónicas, anemias, pós-operatórios de neurologia...

Objetivo: conhecer quais as estratégias comunicacionais utilizadas pela equipa de Enfermagem, na promoção de uma relação de confiança com o adolescente

Questões:

1. O que pensa acerca da temática da comunicação com a criança/jovem, enquanto veículo promotor de uma relação de confiança?

Acho que a comunicação é essencial à nossa profissão, a relação que estabelecemos com as crianças parte da comunicação, ou seja, é a base de tudo! O que considero muito importante é a comunicação na 1ª abordagem, logo no acolhimento da criança e família, no serviço. Uma boa comunicação é o primeiro passo para estabelecer uma relação de empatia e confiança. E quando falo da comunicação englobo claro a verbal e a não-verbal. É essencial prestar atenção à comunicação não-verbal da criança...diz-nos muita coisa! Para a comunicação ser eficaz, é preciso estar atento a todos os sinais, mas também tenho de conhecer as características da etapa do ciclo de vida da criança que tenho à minha frente...não comunico da mesma maneira para um criança de 2 anos, e para um jovem de 15...nem eles comunicam do mesmo modo comigo!

2. Como é realizado o acolhimento da criança/jovem e família no serviço?

Temos um guia de acolhimento que entregamos aos pais, no momento de entrada no serviço. Apresentamos o serviço, explicamos as principais regras...é esta a 1ª abordagem que falava!

3. Na prática holística, os cuidados de Enfermagem requerem um conhecimento “verdadeiro” da pessoa cuidada, ou seja, conhecer as suas necessidades, problemas, preocupações, desejos, competências e capacidades. A abertura do “outro” é conseguida através do estabelecimento de uma relação de ajuda, empática, de confiança, de tal forma que o mesmo se sinta capaz de expressar os seus sentimentos.

Que estratégias comunicacionais são utilizadas pela equipa de Enfermagem, no sentido de estabelecer uma relação de confiança com a criança/jovem e família?

Estratégias comunicacionais...bem, na criança penso que é sobretudo o brincar, e adequar a linguagem conforme a etapa do desenvolvimento, e a sua cultura. A maneira como comunico com a criança também pode estar relacionada com as experiências hospitalares anteriores que ela já teve, com a sua maturidade...ou mesmo se é uma doente crónica. A maneira como comunico nesses casos é completamente diferente...a criança já tem alguns conhecimentos. Acho que passa sobretudo pelo aquilo que referiu, de estar atento ao outro...é preciso ter tempo para estar com a criança, brincar com ela...o que nem sempre é uma realidade...

4. Quais as principais dificuldades sentidas pela Equipa de Enfermagem, no relacionamento com a criança/jovem e família, para que o mesmo resulte numa relação de confiança mútua?

Acho que é sobretudo a falta de recursos humanos...faltam enfermeiros, o que leva à falta de tempo dos que cá estão! Como consequência do seu cansaço, vem a falta de motivação para “estar” com a criança...Consigno perceber que alguns colegas não têm conhecimentos suficientes acerca das características do desenvolvimento da criança e do jovem, e isso claro que dificulta o estabelecimento da relação de confiança.

5. Que barreiras (físicas, socioculturais, emocionais) considera que afetam negativamente o estabelecimento de uma relação de confiança, com a criança/jovem e família, por parte da Equipa de Enfermagem?

São de várias ordens, sim. A nível físico não considero que tenhamos o espaço ideal que permita que se estabeleça uma relação de tanta proximidade. Por exemplo, os adolescentes precisam do seu espaço próprio... não conseguimos sempre colocar os adolescentes sozinhos num quarto, ou com crianças de idades semelhantes, o que faz com que muitas vezes tenham alguma relutância em expor-se, e conversar sobre alguns assuntos. A nível cultural, sim temos sempre a barreira da língua...mas essa ainda é aquela que se resolve melhor. Também acho que algumas patologias podem ser uma barreira para o estabelecer de uma relação...por exemplo uma adolescente com uma patologia ginecológica tem alguma dificuldade em falar connosco sobre isso... tem a ver com as questões do “despertar da sexualidade” da sua etapa de desenvolvimento.

APÊNDICE V

Entrevista ao Adolescente hospitalizado, segundo o acrónimo de
HEEADSSS

ENTREVISTA AO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO, SEGUNDO O ACRÓNIMO HEEADSSS

Enquadramento

A adolescência, enquanto processo complexo de desenvolvimento e crescimento, caracterizado por profundas transformações biopsicossociais, e pela aquisição de autonomia, responsabilidade e formação de uma identidade, é um período crucial na integração de condutas que influenciam a saúde no futuro (OE, 2010). Assim, a estimulação por comportamentos saudáveis, enquanto conduta que influencia positivamente a saúde do jovem, é reconhecida pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil como medida para promover o desenvolvimento pessoal e social, e a autodeterminação nas crianças e jovens (DGS, 2013). A temática da promoção da saúde é de facto de extrema importância no atendimento ao adolescente, ainda mais se considerarmos que os últimos dados da DGS (2013) revelam que os problemas de saúde dos jovens da atualidade resultam dos seus comportamentos (de risco). No âmbito do atendimento ao jovem, a OE (2010) considera a promoção de comportamentos saudáveis como intervenção, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para prevenir a doença.

Na era da tecnologia, com informação acessível a todos, para promover comportamentos saudáveis no jovem e provocar uma mudança nos seus comportamentos e hábitos, é insuficiente transmitir informação. A promoção da saúde no adolescente da atualidade, requer estratégias de intervenção que capacitem o jovem para lidar com os desafios constantes do Mundo que o rodeia, com todas as transformações subjacentes à sua faixa etária, permitindo-o assumir responsabilidades por tudo o que lhe diz respeito, incluindo a sua saúde (OE, 2010). Capacitar o adolescente passa por ajudá-lo no processo de aquisição de competências desenvolvimentais, relacionadas com a construção da autoconfiança e a autoestima, uma vez que as mesmas se encontram implicadas na motivação ou desejo de mudança para alterar um comportamento. Será também do reforço da autoestima e da autoconfiança, que o adolescente conquista autonomia e responsabilidade, intimamente relacionadas com a tomada de decisão, para a

adoção de determinado comportamento. Como intervenção de promoção de comportamentos saudáveis no jovem, encontra-se no escopo de ação do EEESIP a promoção da autoestima do adolescente, e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde (OE, 2010).

No atendimento ao jovem é de extrema relevância estabelecer uma relação terapêutica com o adolescente e família, que possibilite o identificar de necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências (OE, 2010). É desta forma que o enfermeiro reconhece a totalidade do adolescente, e traça intervenções por forma a ajudá-lo no desenvolvimento de competências e capacidades que lhe permitam tornar-se num indivíduo autónomo, capaz de assumir responsabilidades, e tomar decisões, incluindo adotar comportamentos saudáveis, contribuindo para o seu bem-estar físico e emocional. Neste atendimento, a entrevista é um momento privilegiado no contato com o adolescente para conhecer o seu estado de saúde, estilos de vida, identificar problemas, preocupações e necessidades. A entrevista pode ser utilizada como recurso para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, caracterizada por uma parceria entre intervenientes (enfermeiro-adolescente-família), no respeito pelas suas capacidades, opiniões, sentimentos e competências, e onde o adolescente se torna no protagonista para a solução dos seus problemas Assim, a entrevista constitui uma parte essencial no atendimento de Enfermagem ao adolescente, como forma de estabelecer canais de comunicação para o futuro, iniciar uma relação de confiança e por forma a favorecer a vinculação de modo que o adolescente seja capaz de revelar os seus sentimentos, problemas e perspetivas. (OE, 2010).

O acrónimo HEEADSSS, descrito pela primeira vez por Goldenring e Cohen, é utilizado amplamente a nível mundial por profissionais de saúde que trabalham com adolescentes, como forma de estruturar uma entrevista (DGS, 2013). O acrónimo de HEEADSSS orienta o pensamento do entrevistador para as áreas de maior relevância para o adolescente – Home (Casa), Education/Employment (Educação, Escola, Trabalho), Eating (Alimentação), Activities (Atividades), Drugs (Consumos), Sexual Activity/Identity (Sexualidade), Suicide/Depression (Suicídio/Depressão) and Safety (Segurança) – permitindo analisar os seus sistemas bio-psicossociais. Identificar as características biopsicossociais do jovem, permite conhecê-lo em

diversas facetas, encontrando pontos fortes e fatores de vulnerabilidade pessoal (DGS, 2013). Ao longo da entrevista, utilizando o acrónimo de HEEADSSS são abordados alguns temas importantes na adolescência, como o relacionamento com os pais e irmãos, socialização, desempenho escolar, uso de substâncias, exercício físico, padrão alimentar, imagem-corporal, identidade sexual, uso de contraceptivos, e gravidez não planeada. Será ainda importante considerar que o acrónimo se encontra organizado para que as primeiras questões sejam acerca de assuntos do quotidiano, como a casa, a escola e os amigos, deixando para o final os temas mais sensíveis para o adolescente, como a sexualidade, permitindo assim que se estabeleça um clima de confiança inicial, que vai evoluindo. Ao longo de toda a entrevista cabe ao enfermeiro estar atento à forma como o adolescente se vai apresentando (fácies, expressão corporal), procurando escutar, valorizar e compreender, tudo aquilo que é dito (OE, 2010).

Para Phaneuf (2005) ir ao encontro da pessoa, tendo em vista estabelecer com ela uma relação significativa, supõe primeiro tomar conhecimento, construir dela uma imagem mais precisa, isto é, conhecer a sua maneira de ser, de sentir e de se comportar. É precisamente isso que se pretende numa entrevista ao adolescente, tomar conhecimento sobre a sua pessoa e partir daí fazê-lo sentir-se escutado, apoiado e motivado, para fazer as suas próprias escolhas e mudanças de comportamentos. Perante tal pressuposto tornou-se pertinente realizar uma entrevista a uma adolescente internada utilizando o acrónimo de HEEADSSS.

Planeamento

Para planear a atividade, elaborou-se um guião de entrevista com questões relacionadas com o acrónimo de HEEADSSS, tendo por base o referido no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). A escolha da adolescente a entrevistar recaiu sobre uma jovem de 16 anos, internada há 1 mês na Unidade de Adolescentes, com boa relação com a equipa de enfermagem e com quem tinha já conseguido estabelecer uma relação de confiança e empatia. Assim, envolvi a jovem em todo o processo, fornecendo-lhe informações sobre o intuito da nossa “futura conversa”, e propus realizar a entrevista assegurando-lhe total confidencialidade das informações que recolhesse.

Execução

A entrevista à jovem segundo o acrónimo HEEADSS foi realizada no dia 8 de Novembro de 2013, na Unidade de Adolescentes. Como forma de assegurar a privacidade e confidencialidade, a entrevista decorre no quarto, num ambiente calmo, familiar à jovem, sem possibilidade de interferência de outros jovens.

Avaliação

A entrevista à adolescente utilizando o acrónimo HEEADSS constitui-se como uma atividade que permitiu o desenvolvimento de competências de EEESIP, pela aprendizagem e treino, de capacidades e habilidades, técnicas e relacionais, por forma a prestar cuidados de nível avançado ao jovem/família.

Ao longo da entrevista com recurso a técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da jovem, assegurando o respeito pelos princípios da confidencialidade, privacidade e sigilo, foi possível estabelecer uma relação dinâmica, facilitadora da expressão de emoções.

A entrevista foi utilizada como estratégia para conhecer a jovem em toda sua totalidade, ou seja, as suas vivências, experiências, desejos, necessidades e potencialidades, e a partir daí fazer emergir e fortalecer uma relação terapêutica, baseada na parceria. Assim, tomei conhecimento de vários aspetos da vida da jovem, que me permitiram adquirir competências na identificação de necessidades, e na avaliação dos seus conhecimentos e comportamentos relativos à saúde. A partir dessa identificação foi possível transmitir orientações, proporcionando educação para a saúde, com vista à maximização do seu potencial de desenvolvimento, rumo ao bem-estar. Tida como uma oportunidade de trabalho com a jovem, a entrevista possibilitou aquisição de conhecimentos por formar a relacionar-me com o adolescente, numa interação de valor efetivo que conduza à promoção do seu desenvolvimento e crescimento.

Referências Bibliográficas

Direção Geral de Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 14/08/2013. Disponível em www.dgs.pt

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-95849-5-2

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência

ENTREVISTA AO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO, SEGUNDO ACRÓNIMO HEEADSSS

HOME (casa)

Onde moras, e quem vive contigo?

Moro em Lisboa, no parque das nações. Vivo com a minha irmã, que tem 25 anos. Ela trabalha na Vodafone (é ali perto)

Tens um quarto só para ti?

Não...partilho o quarto com a minha irmã. Ela alugou um quarto, numa casa (com 3 assoalhadas) que tem mais pessoas a morar.

De quem te sentes mais próximo?

Da minha irmã e da minha mãe. Tenho também uma amiga de infância, do Algarve (Albufeira) com quem falo todos os dias ao telemóvel. Não falo muito com o meu pai. Nunca me dei bem com ele. Os meus pais separam-se quando tinha 8 anos, e nunca mais tive grande contato com ele. Desde que aqui estou internada (1 mês) só me veio visitar 2 vezes...

Os teus pais são saudáveis? Quais as profissões dos teus pais?

Penso que são os dois saudáveis. O meu pai neste momento trabalha numa imobiliária. A minha mãe estava a trabalhar no Luxemburgo, mas quando soube que estava doente regressou a Portugal...agora trabalha com o meu padrasto, no Algarve. Abriram uma imobiliária em Albufeira.

Alguém saiu de casa recentemente? Há alguém novo a morar em casa?

Neste momento moram lá em casa, nos outros dois quartos, dois rapazes e duas raparigas. Acho que têm mais ou menos entre os 25 e os 30 anos. Mal falo com eles. Não os conheço bem. Antes de estar nesta casa morei com a minha irmã em Almada. Isso foi quando vim do Algarve, de Albufeira, onde morava desde a infância.

EDUCATION & EMPLOYMENT (escola e trabalho)

Em que escolas andas? Como é a tua escola? Mudaste recentemente?

Ando na Escola D. Diniz. Este ano ainda não mudei...mas sim...já passei por 17 escolas! Tive em várias escolas no Algarve, porque a minha mãe mudava trabalhou em vários sítios. Depois para as escolas da margem sul, e agora estou aqui em Lisboa... Gosto desta escola...dou-me bem com toda a gente, e gosto dos meus colegas.

Em que ano da escolas estudas?

Estou no 10º ano... num curso profissional de Desporto! Estava em Ciências no ano passado, mas decidi mudar porque não estava a gostar muito, embora até tivesse boas notas.

Quais as disciplinas que preferes? (és “bom” em quê na escola?)

O que gosto mais são as aulas de desporto/educação física. São as que tenho as melhores notas...

O que consideras mais difícil para ti na escola? (quais as disciplinas que menos gostas?)

Hum...acordar cedo para ir para a Escola! (grande gargalhada) Nas disciplinas tenho notas mais baixas a História, mas não são negativas.

Como é o teu relacionamento com os colegas e professores?

É bom! Gosto dos meus colegas e dos professores. Tenho amigos que são da associação de estudantes e tudo!

Como foram as tuas notas neste ultimo período? (notas mais recentes?)

Este ano ainda não houveram muitos testes...mas tive 17 e 18 valores nos testes que já fiz! Acho que são boas!

Faltaste às aulas este ano?

Não...não falto às aulas!

Trabalhas? Onde? Qual o teu horário de trabalho?

Sim! Trabalho há 4 meses. Inscrevi-me numa agência de modelos, e faço fotografias para publicidade. Inscrevi-me para ajudar a minha irmã, com as despesas da casa. Mas acabei por gostar muito de estar lá...são todos muito simpáticos para mim.

Agora em Janeiro vou ter um trabalho para a H&M, conheces? Vem um fotógrafo espanhol e tudo! Espero já estar boa, para poder ir! Trabalho ao fim de semana, mais ou menos das 9h às 18h! É bom...ajudo a minha irmã, e tenho um dinheiro para mim. Já consegui juntar dinheiro para fazer uma tatuagem... A irmã e a minha mãe também têm! Vou pôr no braço uma frase em inglês...a dizer – “aproveita todos os dias, as coisas boas da vida”.

Que planos tens quanto ao futuro?

Vou acabar o 12ºano. Depois gostava de ir para a faculdade tirar qualquer curso relacionado com Desporto. Quero ser personal trainer!!! Gostava também de fazer algo relacionado com música! Adoro música e cantar! Com o dinheiro que já ganhei também já paguei umas aulas de canto...para me aperfeiçoar.

EATING (alimentação)

O que é para ti uma alimentação saudável? É a que fazes?

Acho que é uma alimentação variada, com carne, peixe, legumes e frutas. Sim é o que faço.

Já alguma vez fizeste dieta?

Não! Não penso nada nessas coisas! Como faço muito exercício todos os dias, tenho de me alimentar bem. Normalmente como o pequeno-almoço em casa, levo um pão e leite para meio da manhã, almoço na escola, e lancho 2 croissants no bar da escola, e janto em casa! Até acho que como muito...mas como faço desporto...

O teu peso alterou-se recentemente? De que modo?

Bem...aumentei 10 kgs desde o ano passado! Acho que foi de ter começado a fazer tanto desporto, porque também como mais.

Do que gostas, e não gostas no teu corpo?

Não penso nessas coisas! Acho-me normal...não há parte nenhuma que não goste. Pronto... gosto dos meus olhos azuis! (grande sorriso)

Praticas exercício diariamente?

Para além da escola, onde faço aulas de desporto, vou 3x/semana a um ginásio com a minha irmã, e faço treinos de futsal 2x/semana num clube de chelas. Sou federada em guarda-redes há já 4 anos, e agora jogo nesta equipa.

ACTIVITIES (Atividades)

O que fazes para te divertires? Que fazes nos tempos livres? (hobbies)

Cantar e dançar, é o que gosto mais de fazer nos tempos livres! Já participei em campeonatos de dança, e naquele programa de televisão – Xfactor! O meu estilo de dança preferido é o hip-hop!

Que fazes quando estás com amigos (as)?

Com os meus amigos, saio à noite! Vamos dançar para as discotecas, vou cinema, vou passear ao centro comercial!

Tens um melhor amigo (a)?ou vários amigos? Os teus amigos são da escola?

Tenho vários amigos lá da escola. São um bocadinho mais velhos (18-19 anos) que eu. Conheci-os na associação de estudantes. E são também amigos do meu namorado que tem 19 anos.

O que fazes quando estás com a tua família?

Com a minha irmã também saio à noite, e vamos ao ginásio as duas. A minha mãe só cá está agora, ainda não tivemos muito tempo para estar as duas!

Gostas de ler? Ouvir música? Que livro estás a ler agora? Qual a tua música favorita?

Ouvir música sim! muito! Leio mais aquilo que me “obrigam” na escola, mas até gosto! Agora, antes de estar aqui internada, estávamos a ler Fernando Pessoa e estava a gostar.

Quantas horas de televisão vês por dia? Quais os programas favoritos? E computador? E vídeo-jogos?

Na televisão gosto de ver séries, e filmes de terror. Mas não vejo muita, não tenho assim tanto tempo. No computador não gosto muito de jogos, uso para fazer trabalhos e ir ao facebook.

Interessas-te por religião? Ou por ir regularmente à igreja?

Não, nunca fui muito há igreja. Há uns tempos vi um programa sobre o budismo e achei muito interessante. A minha mãe já me tinha falado desta religião, e acho que se um dia quiser pertencer a alguma, vai ser essa.

DRUGS (consumos)

Muitas pessoas experimentam cigarros, álcool ou drogas. No teu grupo de amigos alguém já experimentou fumar, beber álcool ou drogas?

Sim, há muitas colegas lá na escola que fumam e bebem, mas no meu grupo não!

E tu próprio? Com que frequência?

Já fumei sim! Durante mais ou menos 1 ano. Quando andava na outra escola. Bebo bebidas com álcool quando saio à noite, mas não é muito! 1 ou duas! quando saio com a minha irmã não!

E na tua família? Alguém fuma na tua casa?

A minha irmã e a minha mãe fumam.

SEXUALITY (sexualidade)

Tens namorado (a) atualmente? Já tiveste antes?

Sim tenho namorado há 2 semanas. Comecei a namorar aqui no Hospital. Já o conhecia da associação de estudantes, e ele começou a vir visitar-me e disse que gostava muito de mim. Antes não tinha namorado com ninguém... os rapazes são parvos, desconfiados e ciumentos... não tenho paciência!

Como tem sido, ou foi, essa experiência para ti?

Até agora está a ser boa. Vamos ver quando sair daqui!

Já tiveste relações sexuais?

Não, nunca tive.

O que significa “sexo seguro” para ti? Já ouviste falar em doenças sexualmente transmissíveis? E a sua prevenção?

É usar preservativo. Eu sei que é o único método contraceptivo capaz de proteger contra doenças.

Quando foi a 1ª vez que tiveste o período? Duração dos teus ciclos menstruais?

Fiquei menstruada aos 12 anos. Sou muito irregular. Nem sei bem...

SUICIDE/DEPRESSION (suicídio/depressão)

Sentes-te triste ou “em baixo”? Sentes-te aborrecido? Ou chateado?

Não...!sou uma pessoa muito positiva! É claro que já começo a ficar aborrecida de estar aqui no Hospital, mas não senti triste por isso! Quero é ir-me embora, para não perder o ano!

Achas que tens perdido interesse em coisas que antes te davam prazer?

Não! Sou uma pessoa positiva! Não fico triste, porque tenho coisas muito boas na vida, neste momento. Tenho a minha mãe que está cá agora...

Tens dificuldade em dormir?

Não! Durmo muito bem!

APÊNDICE VI

Poster dos recursos de atendimento ao adolescente, na comunidade

POSTER – RECURSOS NA COMUNIDADE PARA O JOVEM

Enquadramento

A saúde da criança/jovem e família é fortemente influenciada pela comunidade onde vivem, e a enfermagem pode dar uma contribuição significativa ao trabalhar em parceria com a comunidade na promoção da saúde infantil. Os conceitos de saúde em comunidade podem ser usados para tratar questões em qualquer contexto, sendo os contextos tradicionais de saúde da comunidade: escolas (saúde escolar), creches, centros de saúde, saúde domiciliar, e centros de triagem telefónica.

À medida que desenvolvem competências os adolescentes passam a assumir responsabilidade pela sua própria saúde, cabendo aos profissionais de saúde que trabalham com jovens reconhecer essa mesma crescente aquisição de independência e autonomia. As necessidades, questões e problemas dos jovens mudam, a par das competências e capacidades desenvolvidas, sendo essencial que o adolescente se sinta apoiado e motivado ao longo do seu percurso, para fazer as escolhas certas em saúde. Em geral, a adolescência é dos grupos etários mais saudáveis em comparação com os outros grupos, resultando essa condição numa escassa procura dos serviços de saúde (OE, 2010). Enquanto enfermeira a exercer funções em cuidados de saúde primários, considero ainda que os jovens recorrem poucas vezes aos centros de saúde, pelo desconhecimento do espaço e/ou pelo receio de encontrarem neste local membros da família. Efetivamente, do ponto de vista social e afetivo, as relações mais significativas do jovem, passam da família para os pares, na procura da satisfação de necessidades como valorização, estima e protagonismo social (OE, 2010). As indicações do Programa Nacional de Saúde dos Jovens (DGS, 2006) referem que para uma boa prática na intervenção em saúde nesta faixa etária, é necessário respeitar acima de tudo, a privacidade, a confidencialidade e o exercício do consentimento livre e esclarecido. Na busca de autonomia, afirmação e independência, as relações familiares podem inclusive tornar-se tensas, resultando num afastamento do adolescente, evitando assim os locais onde podem encontrar familiares, sentindo que deste modo, não há comprometimento da sua privacidade e confidencialidade. Assim, torna-se

fundamental que existam locais de atendimento na comunidade dirigidos exclusivamente aos jovens que não os centros de saúde, onde os adolescentes se possam deslocar, para receber informações e esclarecer dúvidas, sentindo-se confiantes para falar acerca de si, dos seus problemas, desejos, sentimentos, opiniões e expectativas. Atendidos por profissionais treinados e especializados, é desta forma que se potenciam capacidades e competências, e asseguram a satisfação de necessidades, conduzindo o adolescente a uma vida autónoma e saudável.

No contexto de estágio de internamento hospitalar de adolescentes, faz sentido a conceção de um poster com locais de atendimento ao jovem na comunidade, como forma de assegurar a continuidade dos cuidados prestados, contribuindo para um desenvolvimento e crescimento saudável. Um jovem que após alta hospitalar, regresse ao domicílio, com conhecimento dos locais na comunidade onde pode recorrer sempre que sentir necessidade ao longo do seu desenvolvimento, é um adolescente mais empoderado, e com maior responsabilidade sobre a sua saúde. A presença dos jovens nos serviços de saúde deve ser sempre encarada como uma oportunidade para potencializar aprendizagens e capacidades, no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença, sendo o internamento hospitalar um desses momentos. Como resultado da aquisição de maior responsabilidade, reforça-se a confiança, a autonomia e a independência do adolescente, que contribui para o desenvolvimento do processo de tomada de decisão. Ao longo do complexo processo de crescimento e desenvolvimento, o jovem ensaia e testa tomadas de decisão que resultam na adoção de um determinado comportamento. Ao fomentar uma escolha informada e ponderada, capacitam-se os adolescentes para responderem a riscos e desafios que se vão colocando, contribuindo ao mesmo tempo para que adotem comportamentos saudáveis, ou seja, comportamentos que influenciam de modo positivo a sua saúde, e a sua vida, no futuro.

Planeamento

Como forma de planear a construção do poster com os locais de atendimento ao adolescente na comunidade, realizei uma pesquisa na internet, como forma de identificar os locais, tipos de serviço disponíveis, horários de atendimento, e

contatos. Numa era pautada pela tecnologia pareceu-me essencial incluir no poster, para além da morada, o endereço eletrónico e o telefone, do local de atendimento. Muitos foram os locais encontrados, tendo sido escolhidos aqueles que se encontravam em diferentes áreas geográficas, uma vez que os adolescentes internados são provenientes de vários locais do concelho de Lisboa, e com acesso gratuito e livre a todos os jovens. Foram incluídas ainda linhas telefónicas de ajuda e esclarecimento de dúvidas, pelo facto da maioria dos locais não ter um horário para atendimento à noite, e ao fim de semana.

Execução

Para a construção do poster, utilizei o programa informático power-point, tendo o mesmo ficado exposto na parede à entrada/saída do serviço de internamento de adolescentes. Foi ainda sugerida a impressão do poster, em formato mais pequeno, para entregar aos jovens aquando do momento de alta hospitalar.

Avaliação

A elaboração do poster com os locais de atendimento ao adolescente na comunidade foi uma atividade realizada com o objetivo de dar a conhecer ao jovem a existência de vários locais na sua comunidade, bem como linhas telefónicas de fácil acesso, onde profissionais de saúde habilitados a escutar, apoiar, esclarecer e informar, se encontram disponíveis para ajudar. Desta forma, pretendeu-se capacitar o jovem para que escolha de forma livre, mas informada e responsável, promovendo a sua autoconfiança e autonomia, contribuindo para um desenvolvimento harmonioso. Assim, foi possível desenvolver competências de EEESCJ, nomeadamente ao nível da promoção da autoestima do adolescente, e da sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. Reconhecendo a especificidade dos cuidados, em resposta às necessidades da etapa de desenvolvimento adolescência, foi possível adquirir capacidades no sentido de promover um crescimento juvenil adequado, através da transmissão de orientações antecipatórias aos jovens e famílias, nomeadamente a disponibilização dos locais de atendimento ao adolescente na comunidade, considerando a maximização do seu potencial.

Referências Bibliográficas

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-95849-5-2

POSTER – RECURSOS NA COMUNIDADE PARA O JOVEM

Recursos na comunidade para jovens

Aparece (de 2ª a 6ª feira - das 9h às 19h)
Largo Professor Arnaldo Sampaio – Fátima
27222883

ccral.aparece@casactoria.min-saude.pt



Unidades de Saúde W Maia (de 2ª a 6ª feira - das 8h às 17,30h)

Rua Duque de Palmela, nº2, 7º

27580380

Unidade.wmaia@ccrml.pt

Olá Jovem (só para residentes no concelho de Amadora)

Avenida Brito Paes, nº2, R/C(Dto) – Ventura, Amadora (de 2ª a 6ª feira - das 14h às 18h)

24999783 (de 2ª a 6ª feira - das 16h às 18h)

Espaço S (só para residentes no concelho de Cascais)

Avenida Valbom, nº22 – Cascais (de 2ª a 6ª feira – das 16h-17h e das 14h às 17h)

24809923

Espaco-s@igmpccc-c.com

Gabinete Orienta-te (Casa da Juventude)

Largo da Memória nº2 – Odivelas (de 2ª a 6ª feira – das 16h às 18h)

29320480

juventude@cm-odivelas.pt

Serri Jovem

Avenida Chaby Pinheiro, nº9, 2º - Mem-Martina (de 2ª a 6ª feira – das 8,30h às 16,30h)

29320080

Associação Placamento Familiar

Rua Epa de Queiros 17-2º (de 2ª a 6ªfeira - 16h às 17h e 14h às 18h)

Telefone:29892992

www.apf.pt (outras locais de atendimento – Marvila e Casal de Cambra)

Gabinete de Sexualidade Juvenil (Instituto Português da Juventude)

Rua de Mouzinho Lt 40001 – Parque das Nações (4ª feiras das 16h às 17h)

28920800

ipi.liabco@ipi.pt

Sexualidade em linha - 808 222 003 (2ª a 6ª feira - das 16h às 17h; Sáb. das 16h às 17h)

Linha Jovem – 808208 000 (todas as dias das 9h às 18h)

SOS Adolescente – 800 202 484

SOS Estudante – 808 202 204 / 96 993 43 43 (das 16h às 18h)

APÊNDICE VII

Sessão de Educação para a Saúde – “Conversando sobre as emoções”

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Enquadramento

A sessão de educação para a saúde a realizar tem como destinatários os jovens internados na unidade de adolescentes, e por isso o seu intuito é abordar um tema que lhes seja sensível, ou seja, algo relacionado com o seu dia-a-dia, e que possa promover a sua saúde, com contributos para um crescimento e desenvolvimento saudável. Para Bolander (1998), as atividades de promoção de saúde visam o melhoramento do bem-estar de um indivíduo ou família, de tal modo que os esforços relacionados com a promoção de saúde orientam-se para a promoção da autoatualização e interação entre indivíduos. Embora por norma se pense que a promoção da saúde é algo em que se empenham principalmente as pessoas saudáveis, na verdade também os indivíduos doentes beneficiam com atividades de promoção de saúde. No caso do adolescente, este é o momento ideal para realizar ações de promoção da saúde, visto que o jovem se encontra numa etapa do ciclo de vida propícia ao desenvolvimento e adoção de comportamentos que podem influenciar a sua saúde no futuro. Para o adolescente/família, internado e doente, o momento é de destabilização, por estar afastado dos amigos (pares), da escola, da família, num ambiente que lhe é estranho, onde existe dor e sofrimento. No entanto, a hospitalização pode também constituir-se numa oportunidade de educação, no sentido em que pode promover novas experiências em relação à doença, aperfeiçoar o autodomínio, reforçando a tomada de decisão, que aumenta a independência e a autoconfiança do adolescente (Barroqueiro, 1996). Assim, a presença dos jovens nos serviços de saúde deve ser encarada como uma oportunidade excecional para potencializar aprendizagens relativas à integração de condutas que influenciam positivamente a sua saúde no futuro, promovendo-se assim a adoção de comportamentos saudáveis (OE, 2010). Cabe precisamente ao EEESIP prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem e família saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde, em qualquer contexto em que ela se encontre – hospital, centro de saúde, escola, comunidade – com vista a promover o mais elevado estado de saúde (OE, 2011).

O tema escolhido para a sessão de educação para a saúde relaciona-se com as emoções, pelo facto de a adolescência ser uma etapa do ciclo de vida plena de vivências emocionais (emoções), resultantes das muitas transformações físicas, psicológicas e sociais, que os jovens enfrentam. A crescente perda de dependência dos pais, as alterações de imagem – a perda de um corpo infantil e a aceitação de um corpo adulto - a nova definição de si próprio, a renegociação da relação com a família e amigos (pares), o encontrar de um projeto de vida, são acontecimentos que acarretam mudanças, sobretudo a nível emocional e afetivo para o adolescente (Matos, 2008). Importa assim reconhecer que as emoções/experiências emocionais são o motor das ações humanas (Phaneuf, 2005), ou seja, são elas que determinam ações e condutas, demonstrando-se que a maneira como nos sentimos, reflete-se na maneira como nos comportamos. No caso do jovem, assume-se que as suas experiências emocionais irão determinar os seus comportamentos, que podem ser de risco, se considerarmos a sua “normal” conduta exploratória, e o facto do adolescente se sentir emocionalmente fragilizado e confuso, pelas muitas mudanças que acontecem ao nível físico e social, acabando as suas condutas por revelar, insegurança, tensão e indecisão (Hockenberry e Wilson, 2014). Os comportamentos de risco do adolescente embora expectáveis, são causadores de problemas de saúde, como as doenças sexualmente transmissíveis, parentalidade precoce, consumo de substâncias (álcool, tabaco e drogas), e desequilíbrios alimentares (DGS, 2013). As emoções do adolescente, e em particular a sua fragilidade emocional, determinam a adoção de comportamento, que podem resultar em prejuízo (risco) para a sua saúde, ou numa oportunidade de crescimento, com desenvolvimento de capacidades.

Por tudo o que foi referido anteriormente falar acerca das emoções com os adolescentes, enquanto sensações diárias, inevitáveis, que podem ser de natureza positiva ou negativa, e que conduzem à adoção de determinados comportamentos, considerou-se de extrema relevância. Falar de emoções com os jovens significa conhecer as suas experiências emocionais, os seus sentimentos, e ao mesmo tempo ajudá-los a tomar consciência da existência de várias emoções (alegria, tristeza, raiva, nojo, surpresa) ao longo do dia, permitindo assim que se conheçam melhor. Só a partir desse autoconhecimento, podem aceitar-se, reforçar a sua

autoestima, adquirir competências e capacidades, que lhes permitam enfrentar desafios e decidir com responsabilidade relativamente à sua saúde, nomeadamente optar por comportamentos saudáveis.

Planeamento

Para planear a sessão de educação para a saúde para os jovens internados realizei pesquisa uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa de imagens, sobre as emoções, que me auxiliaram na construção de uma apresentação, no programa informático prezi. Como forma de informar e sensibilizar os adolescentes para estarem presentes na sessão de educação para a saúde, construí um pequeno poster com: a data, o local e o tema da sessão de educação para a saúde. Elaborei ainda um plano de sessão, onde concebi como objetivo geral para a sessão, refletir com os adolescentes acerca das emoções e como objetivos específicos: revelar a importância e função das emoções; apresentar as emoções básicas; identificar as emoções “sentidas”, por cada um no seu dia-a-dia; demonstrar a presença de emoções no dia-a-dia; dar exemplos de emoções positivas e negativas; relacionar emoções e comportamentos; sensibilizar para a importância do reconhecimento das próprias emoções, e das emoções dos outros; e promover a consciencialização das estratégias utilizadas para lidar com as emoções negativas.

Execução

A sessão de educação para a saúde para os jovens internados denominou-se de – “Vamos conversar sobre as emoções?” e decorreu no dia 23 de Novembro pelas 17h, com a presença de 7 adolescentes. O local escolhido para a realizar a sessão foi o Espaço Jovem, por constituir um local de preferência dos jovens, e com condições físicas e logísticas adequadas. Relativamente ao horário optou-se por realizar a sessão no início do turno da tarde, por ser um momento mais calmo no serviço, com possibilidade de mais adolescentes estarem presentes. A sessão decorreu durante 35 minutos com recurso a uma apresentação, a imagens apelativas e com a participação ativa dos jovens.

Avaliação

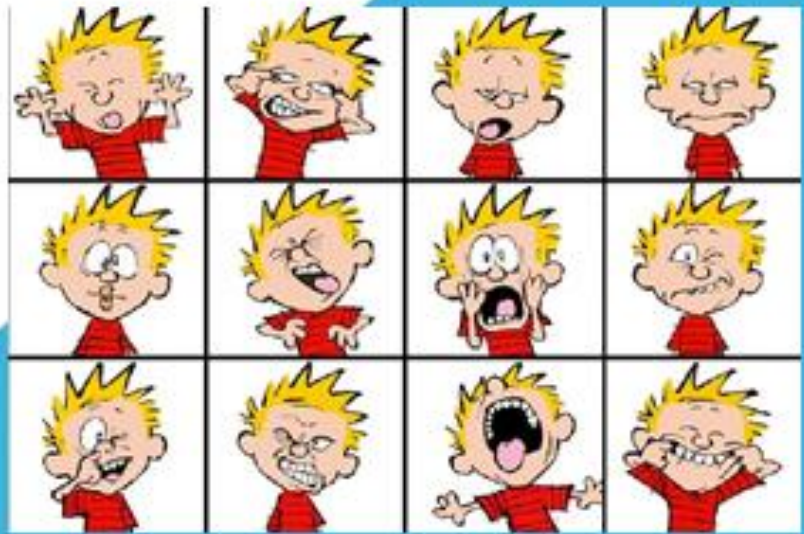
No final da realização desta atividade, considero que ela foi uma mais-valia para o desenvolvimento de competências e capacidades de EEESIP, em particular na aquisição de conhecimentos e habilidades, que visem a promoção da saúde do jovem e o seu bem-estar. Ao proporcionar um momento de educação para a saúde aos adolescentes foi possível desenvolver competências no sentido de avaliar conhecimentos, e de facilitar a aquisição de comportamentos relativos à saúde. O momento de interação com os jovens permitiu ainda o treino de técnicas de comunicação e relacionamento, apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento, proporcionando o desenvolvimento de uma relação de parceria, com contributos para uma prestação de cuidados efetiva. Em suma, esta atividade assumiu-se como um momento de trabalho com os jovens, no sentido de ajudá-los a conhecerem-se, a reconhecerem as suas emoções, bem como a ação que as mesmas têm sobre as suas condutas, contribuindo assim para o reforço da tomada de decisão responsável, e consequentemente para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Referências Bibliográficas

- Barroqueiro, M. C. M. G. (1995). *Experiência de hospitalização no adolescente: uma abordagem fenomenológica*. Dissertação de Mestrado acedida em 2/10/2013. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/220>.
- Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-6-5
- Direção Geral de Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 14/08/2013. Disponível em www.dgs.pt
- Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência. ISBN: 987-989-748-004-1
- Matos, M. G. e outros (2008). *Comunicação, Gestão de conflitos e Saúde na Escola*. 3ª Edição. Lisboa: Edições FMH

CARTAZ - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

VAMOS CONVERSAR SOBRE AS EMOÇÕES?!



DIA 23 DE NOVEMBRO ÀS 17 HORAS
UNIDADE DE ADOLESCENTES - ESPAÇO
JOVEM

Enfermeira Joana Coelho
(Aluna EBEL do 4º Curso de Mestrado
em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatría)

PLANO DE SESSÃO

Título: “Conversando sobre as emoções”

Formadores: Joana Coelho

Formandos: Adolescentes da Unidade de Internamento de adolescentes do Hospital Dona Estefânia

Local: Espaço Jovem – Unidade de Internamento de adolescentes do Hospital Dona Estefânia

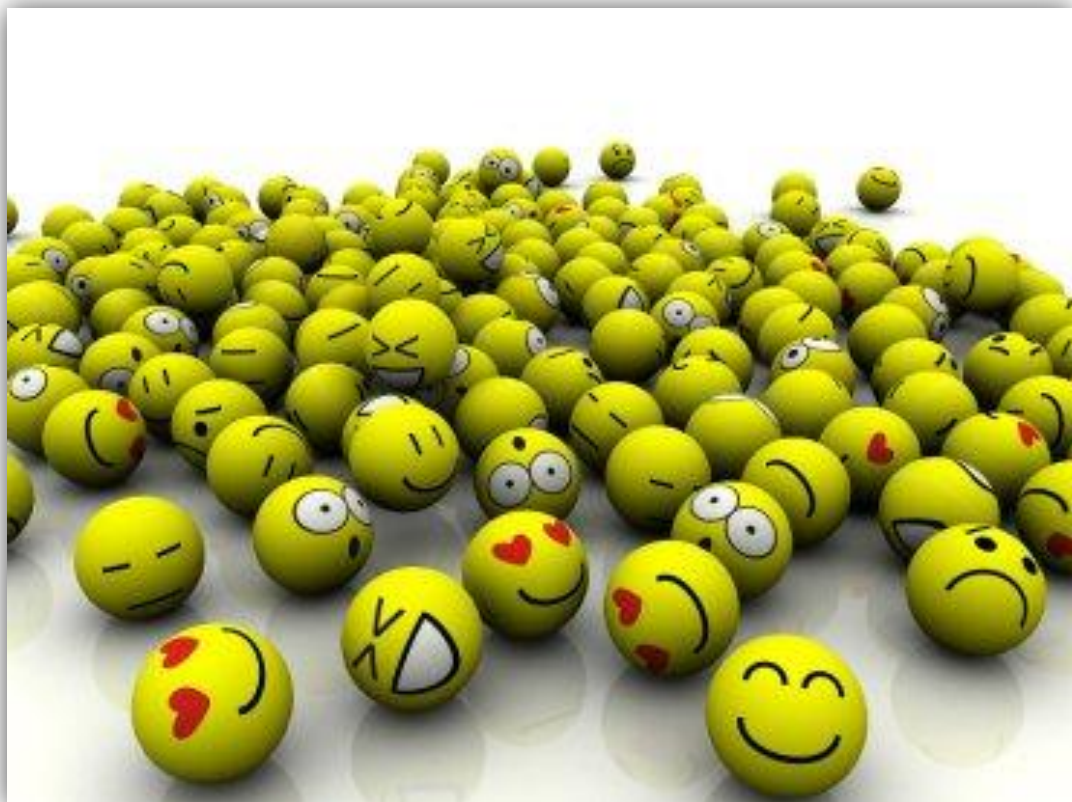
Data: 23 de Novembro 2013

Tempo Previsto: 35 minutos.

Objetivo Geral: Refletir com os adolescentes acerca das emoções

| | OBJETIVOS | CONTEÚDOS | METODOLOGIA | MEIOS | TEMPO |
|------------------------|---|---|--|---|---------|
| INTRODUÇÃO | - Realizar apresentação; | - Formadora, adolescentes e objetivos da sessão. | Expositiva + Participativa | | 5 min. |
| DESENVOLVIMENTO | - Revelar a importância e função das emoções; - Apresentar as emoções básicas; - Identificar as emoções “sentidas”, por cada um no seu dia-a-dia; - Demonstrar a presença de emoções no dia-a-dia; - Dar exemplos de emoções positivas e negativas; - Relacionar emoções e comportamentos; - Sensibilizar para a importância do reconhecimento das próprias emoções, e das emoções dos outros; - Promover a consciencialização das estratégias utilizadas para lidar com as emoções negativas. | - As Emoções, importância e funções; - Emoções positivas e emoções negativas; - As Emoções básicas; - O nosso comportamento e as emoções; - As minhas “emoções” e as “emoções” dos outros; - Estratégias para lidar com as emoções do dia-a-dia; | - Expositiva - Participativa | Imagens Espaço Jovem Programa Prezi | 20 min. |
| CONCLUSÃO | - Evidenciar pontos mais relevantes; - Esclarecer dúvidas; - Refletir com os adolescentes acerca da importância das emoções, no nosso dia-a-dia. | - Resumo da sessão; | - Debate - Participativa - Reflexão do grupo | Espaço Jovem | 5 min. |
| AVALIAÇÃO | - Avaliar se os objetivos propostos foram atingidos. | - Avaliação da sessão. | - Participativa - Reflexão do grupo | Espaço Jovem | 5 min. |

IMAGENS PARA A SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



RECONHECER O EFEITO DAS EMOÇÕES NO CORPO AJUDA A ADMINISTRÁ-LAS



TRISTEZA

Aumentam os níveis de cortisol. A respiração e o intestino ficam mais lentos e há maior produção de lágrimas. A pessoa fica mais introspectiva



RAIVA

A liberação dos hormônios noradrenalina e cortisol aumenta a frequência cardíaca e respiratória; a pupila dilata e o sangue vai para os membros superiores e inferiores, preparando o corpo para bater e correr



MEDO

Taquicardia, vertigem e boca seca, causados pela liberação de adrenalina. O intestino e a bexiga ficam mais ativos e o sangue vai para as pernas, preparando o corpo para fugir



ALEGRIA

Há liberação de serotonina e dopamina, relacionados ao bem-estar. Os músculos relaxam e mais sangue chega ao cérebro, para que o momento seja registrado



NOJO

A boca fica seca, dificultando a ingestão de algo desagradável ou perigoso. A expressão facial demonstra claramente repulsa



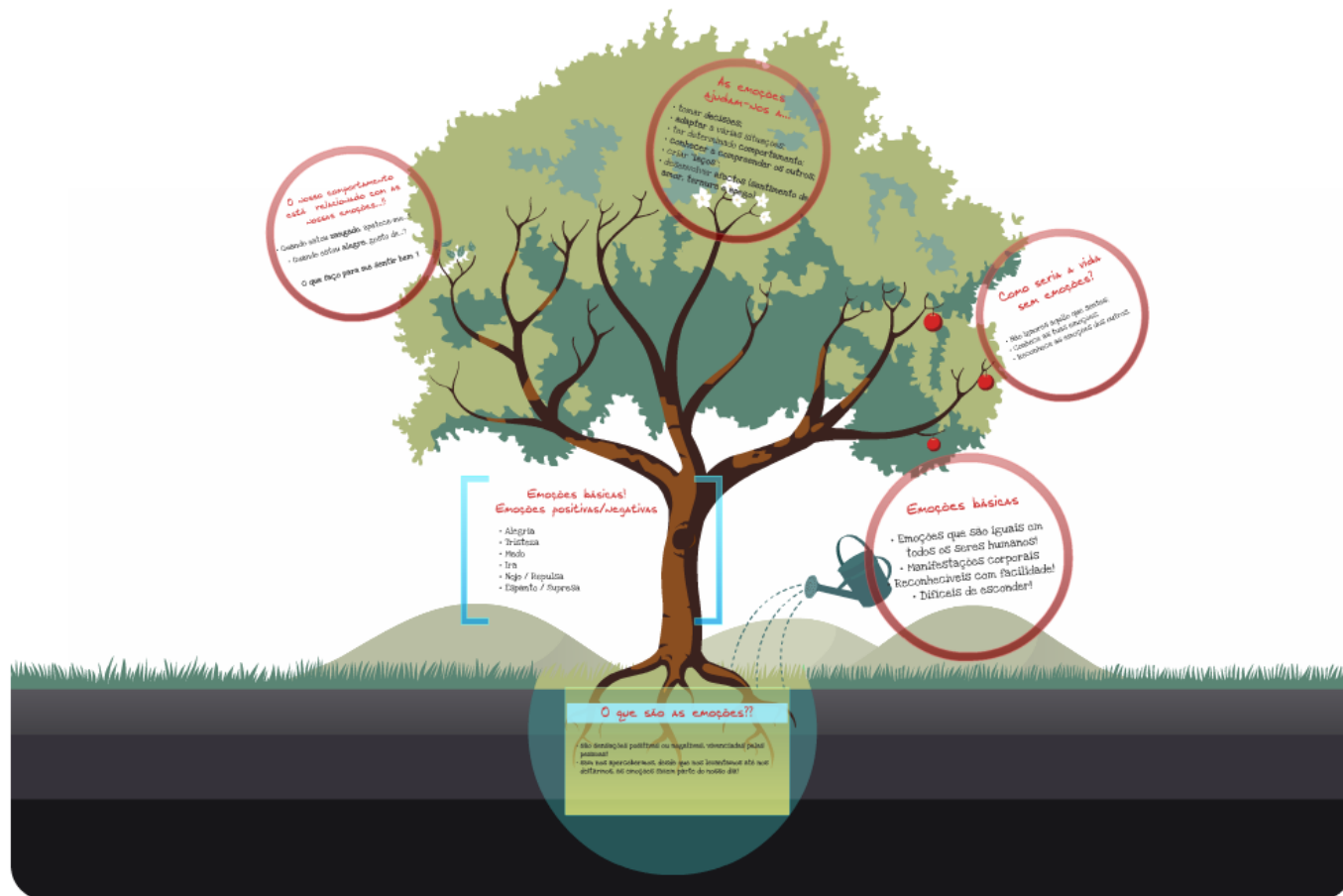
SURPRESA

Há liberação de adrenalina, que contribui para aumentar o tônus muscular. Sob o nível de estresse, a pupila se dilata e aumenta a transpiração

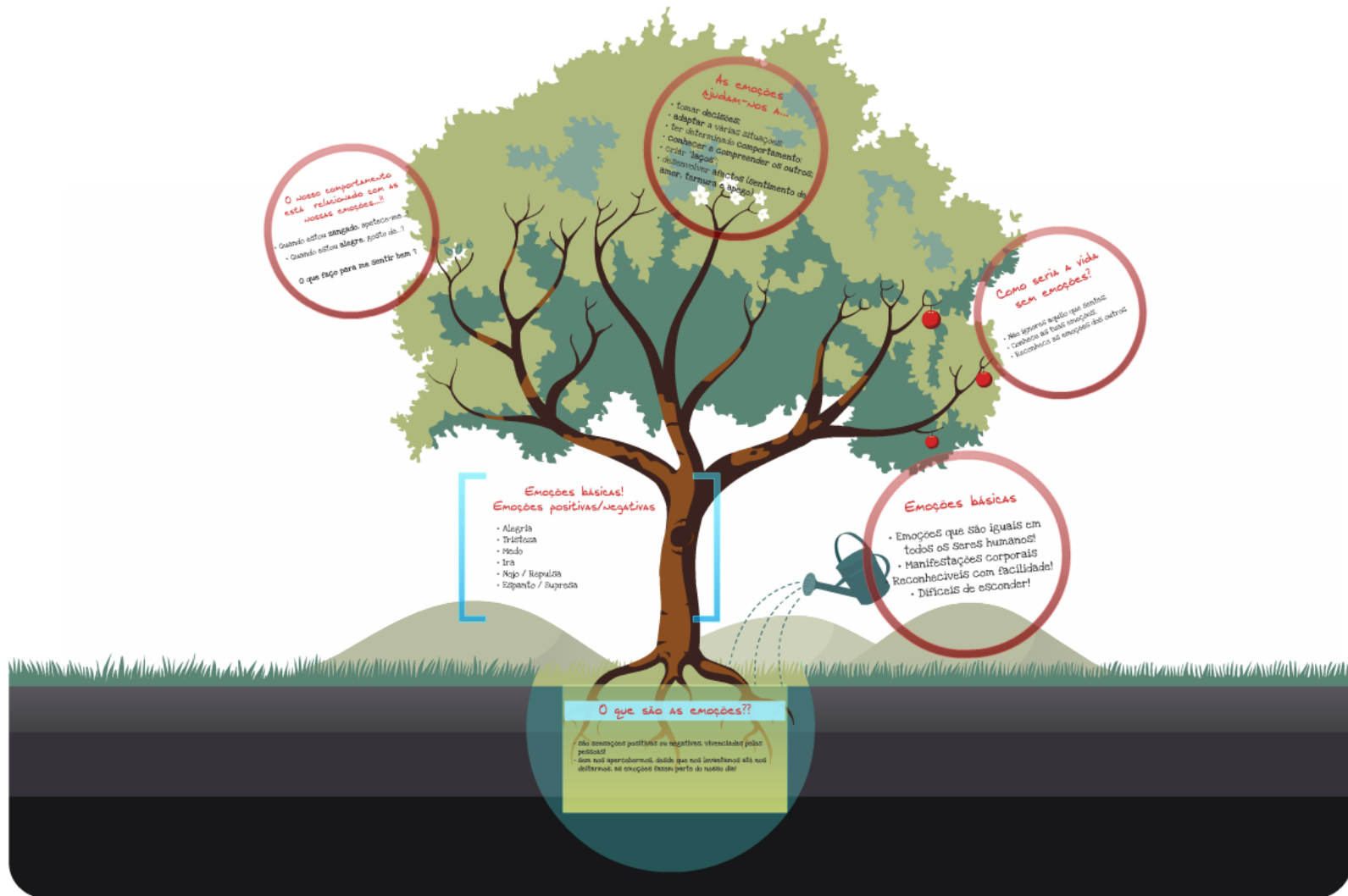
Fonte: Ricardo Monezi, psicobiólogo, pesquisador do Instituto de Medicina Comportamental da Unifesp

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – APRESENTAÇÃO

Conversando sobre as Emoções



Conversando sobre as Emoções



O que SÃO AS emoções??

- São sensações positivas ou negativas, vivenciadas pelas pessoas!
- Sem nos apercebermos, desde que nos levantamos até nos deitarmos, as emoções fazem parte do nosso dia!

Emoções básicas

- Emoções que são iguais em todos os seres humanos!
- Manifestações corporais
- Reconhecíveis com facilidade!
 - Difíceis de esconder!





Emoções básicas!

Emoções positivas/negativas

- Alegria
- Tristeza
- Medo
- Ira
- Nojo / Repulsa
- Espanto / Supresa

O NOSSO COMPORTAMENTO
estÁ relacionado com AS
NOSSAS emoções...!!

- Quando estou zangado, apetece-me...?
- Quando estou alegre, gosto de...?

O que faço para me sentir bem ?

As emoções ajudam-nos a...

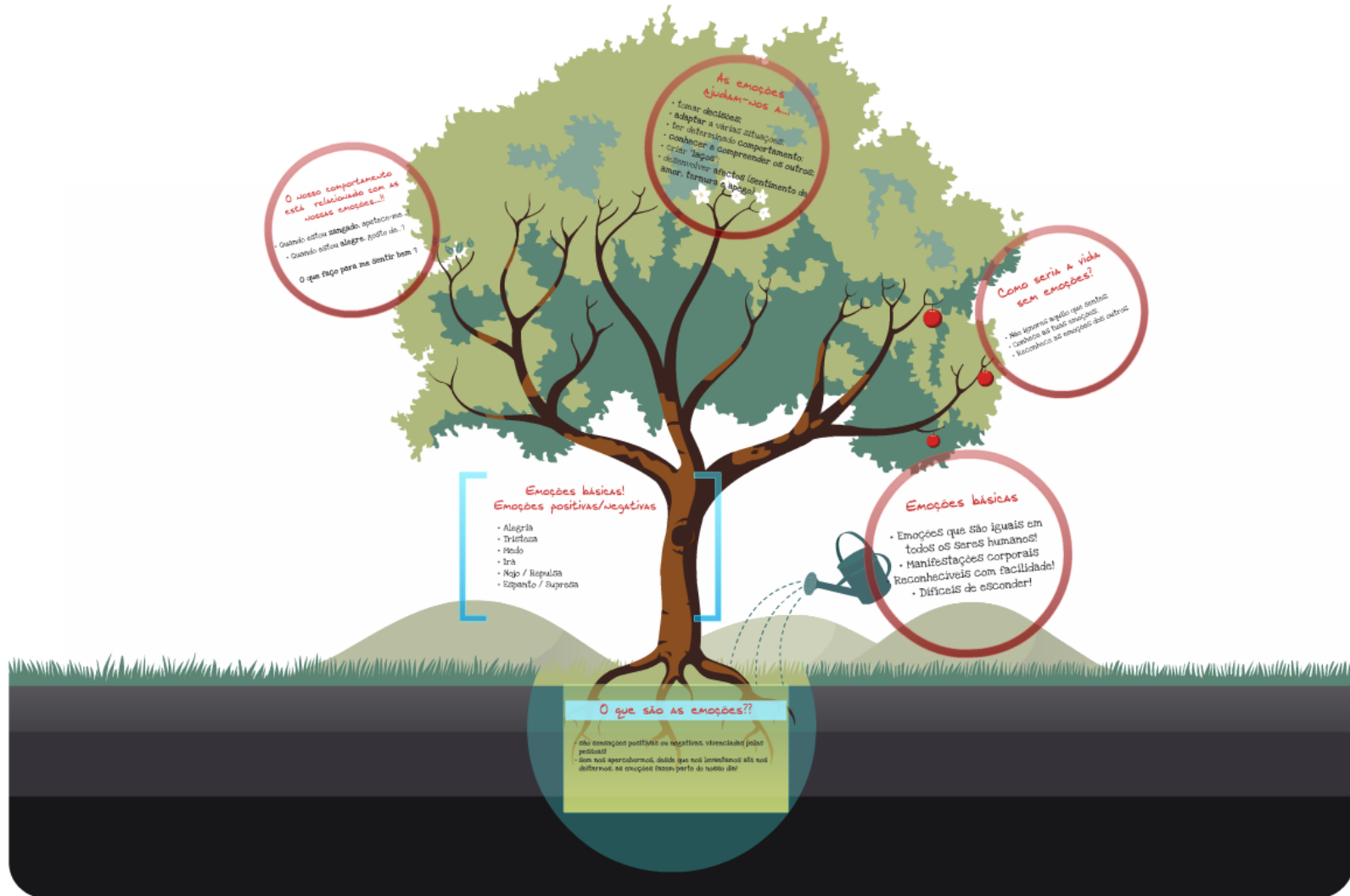
- tomar decisões;
- adaptar a várias situações;
- ter determinado comportamento;
- conhecer e compreender os outros;
- criar "laços";
- desenvolver afectos (sentimento de amor, ternura e apego)



Como seria a vida sem emoções?

- Não ignores aquilo que sentes;
- Conhece as tuas emoções;
- Reconhece as emoções dos outros.

Conversando sobre as Emoções



APÊNDICE VIII

1º Encontro Nacional de Boas Práticas de Prevenção e Controlo do
Tabagismo

1º ENCONTRO NACIONAL DE BOAS PRÁTICAS EM PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO

Enquadramento

A iniciação do tabagismo tem lugar, habitualmente, durante a adolescência ou no início da vida adulta, tal como referem os dados de um estudo Eurobarómetro realizado em 2012, em que se revelou que cerca de 90% dos fumadores portugueses tinha iniciado o consumo regular de tabaco antes de atingir os 25 anos (DGS, 2013a). Um dos programas de saúde prioritários abrangidos pelo atual Plano Nacional de Saúde (2012-2016), é precisamente o Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo, sendo um dos seus eixos estratégicos a prevenção da iniciação do consumo de tabaco nos jovens. Uma das intervenções propostas nesse sentido passa pela promoção de iniciativas que envolvam os jovens, como sejam a prática de atividade física ou desportiva, ou atividades culturais, dado estarem associadas a menores consumos de substâncias e a favorecerem a saúde. Tal medida visa a aquisição de conhecimentos e o reforço de competências, para uma adequada auto-gestão da saúde, pelas crianças e jovens (DGS, 2013a). Efetivamente os últimos dados da DGS revelam que os problemas de saúde dos jovens da atualidade resultam das repercussões possíveis de alguns padrões de condutas, como o consumo de substâncias nocivas - álcool, **tabaco**, drogas - desequilíbrios alimentares, infeções por doenças sexualmente transmissíveis e parentalidade precoce (DGS, 2013b). A conduta exploratória assumida pelo jovem, traduzida muitas vezes em comportamentos de risco, é o seu modo de experimentar, testar e avaliar comportamentos, sendo essencial no processo de aquisição de autonomia e de construção de uma identidade própria. É com base nestes fundamentos que a adolescência é caracterizada como um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro. Assim sendo, em termos de intervenções de Enfermagem, no âmbito do atendimento ao adolescente, a promoção de comportamentos saudáveis assume destaque, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para prevenir a doença (OE, 2010).

A adoção de comportamentos de risco, como o consumo de tabaco, relaciona-se com necessidade de afirmação com a entrada no mundo adulto, e a vontade de ser aceite no grupo (Fonseca, 2012). A sociedade em geral, os pais, os professores, os pares, e em particular, os profissionais de saúde, acompanham o adolescente no seu processo de aquisição de autonomia e busca de identidade. Assim, nas intervenções no contexto do atendimento ao adolescente, pretende-se capacitar o jovem, para que detenha conhecimentos, capacidades e competências, que lhe permitam enfrentar riscos, sentindo-se motivado para fazer as suas próprias escolhas, adquirindo um maior controlo da própria vida, com participação mais ampla nas decisões que lhe dizem respeito (OE, 2010).

Tornou-se assim mandatário, enquanto futura EEESIJ desenvolver conhecimentos, competências e habilidades para trabalhar em parceria com o jovem e família as questões dos consumos nocivos, nomeadamente a sua prevenção ou abandono, tendo por base o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Tabagismo.

Planeamento

O 1º Encontro Nacional de Boas Práticas em Prevenção e Controlo do Tabagismo realizou-se no dia 29 de Novembro de 2013 no auditório da Fundação Bissaya Barreto. A sessão decorreu como forma de reflexão acerca do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo, inserido no Plano Nacional de Saúde (2012-2016), e das orientações técnicas da Direção Geral de Saúde no sentido da implementação de iniciativas de prevenção e controlo do tabagismo de âmbito populacional.

Execução

Das várias palestras do encontro considerei que a mais relevante para o desenvolvimento do meu projeto foi - “Jovens e tabaco. Como intervir?”. No decurso da mesma foram apresentados três projetos, da responsabilidade das administrações regionais de saúde centro e norte, e do instituto português do desporto e da juventude, todos relacionados com a temática - jovens e tabaco.

O primeiro projeto a ser apresentado, da responsabilidade da Administração Regional de Saúde Centro, denomina-se de Projeto (In)dependências. Os seus

principais objetivos são: a promoção da saúde e prevenção de hábitos tabágicos no jovem, a promoção de estilos de vida saudáveis no jovem, a melhoria do nível de literacia em saúde e a diminuição do consumo de tabaco e álcool no adolescente. A implementação deste projeto acontece nas escolas, tomando como grupo alvo os alunos do 5º ao 9º ano, a comunidade escolar - pessoal docente e não docente, e os pais/encarregados de educação. Como metodologias utilizadas para um melhor conhecimento da realidade, é realizada uma formação prévia às equipas de saúde dos ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde), e aplicados questionários a docentes e alunos sobre perceção e conhecimento, acerca do álcool e tabaco. Das várias ações do projeto destaca o envio de carta aos pais/encarregados de educação com apelo para cessarem hábitos tabágicos (para os alunos do 5º ano), as sessões psicoeducativas para os alunos do 6º ano (exemplo: 15 mitos sobre o álcool e o tabaco), o concurso de logotipo (para os alunos do 7º ano), o concurso de poster (para os alunos do 8º ano) para o projeto, e o trabalho de pesquisa sobre “publicidade e o tabaco/álcool” (para os alunos do 9º ano).

De seguida foi apresentado o Programa Escolas Livres de Tabaco (PELT), da responsabilidade da Administração Regional Norte, criado em 2005. O PELT tem como objetivo principal contribuir para evitar, ou atrasar a idade do início, do consumo de tabaco, através do desenvolvimento de competências para a adoção de estilos de vida saudáveis nos jovens. O grupo alvo de intervenção foram escolas que adiram ao PELT, trabalhando com alunos do 3º ciclo (7º, 8º e 9º ano) e comunidade escolar – pessoal docente e não docente. A sua principal metodologia foi a constituição de uma “equipa dinamizadora”, com pessoal docente e pais/encarregados de educação. Essa mesma equipa assume o papel de sensibilizar a comunidade escolar para a temática, de dar formação aos professores sobre a temática, de fomentar a adesão ao projeto das várias escolas, e de intervir no grupo alvo através de várias atividades.

O Programa Cuida-te, promovido pelo Instituto Português da Juventude e do Desporto, em parceria com diversas entidades do setor público e privado, tem como principal objetivo trabalhar na área da saúde juvenil, e na promoção de estilos de vida saudáveis. As atividades desenvolvidas neste projeto visam educar para a saúde, olhando o jovem de forma global e integradora, fomentando a prática de

exercício físico, uma alimentação saudável, uma saúde sexual e reprodutiva responsável. Este programa destina-se a jovens entre os 12 e os 25 anos, pais/encarregados de educação, dirigentes associativos, comunidade escolar (pessoal docente e não docente), profissionais de saúde, e outros que desenvolvam atividades nesta área dirigidas aos jovens. As candidaturas ao programa têm surgido maioritariamente de escolas e associações. Para o desenvolvimento de medidas de ação, este programa conta com: unidades móveis, apresentações de teatro/debate, gabinetes de saúde juvenil, apoio em projetos, e ações de formação dirigidas aos vários públicos-alvo. As unidades móveis têm a particularidade de ir ao encontro dos jovens, ou seja, ir aos locais onde os jovens habitualmente estão, tais como escolas, locais de convívio, festivais de verão, etc. O teatro/debate é uma técnica utilizada pelo grupo de teatro USINA, onde são apresentadas peças de teatro sobre vários temas (sexualidade, afetos, dependências/consumos), cujo principal objetivo é a discussão, reflexão e participação dos jovens.

Avaliação

Pela apresentação dos projetos desenvolvidos é fácil compreender que é tão ou mais importante trabalhar com os jovens, e com os contextos sociais e ambientais, em que estes crescem e aprendem, assim como com os pais, escola, e restante comunidade educativa. De fato, é do escopo de ação do EEESCJ trabalhar em parceria com a criança/jovem e família, em qualquer contexto em que ela se encontre – hospitais, centros de saúde, escolas, e comunidade, assegurando a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (OE, 2010). O EEESCJ confronta-se com novos desafios decorrentes dos problemas das crianças e dos jovens da atualidade. O sedentarismo, os desequilíbrios nutricionais, e os comportamentos aditivos são algumas das situações identificadas como causadoras de mal-estar, e que influenciam negativamente a saúde e a qualidade de vida, das crianças e jovens (OE, 2010). Assim, considerando as atuais tendências e necessidades de cuidados ao jovem e família, foi de extrema importância o aprofundar de conhecimentos e a aquisição de competências e habilidades, que me permitam no futuro prestar cuidados especializados, que visem a promoção de saúde, a prevenção de complicações e o bem-estar do adolescente.

Os projetos de promoção de saúde e prevenção de consumos apresentados valorizam a aquisição de conhecimentos e o reforço de competências, para uma adequada autogestão da saúde pelas crianças e jovens, por apostarem em trabalhar diretamente com os jovens no seu ambiente. O ambiente onde o jovem se encontra, seja ele, escolar, físico ou social deve efetivamente favorecer a saúde.

Considerando que um dos problemas de saúde dos jovens da atualidade é o consumo de substâncias nocivas, como o tabaco, a presença e participação neste encontro, contribuiu para a aquisição de competências de EEESCJ, nomeadamente no aprofundar de conhecimentos acerca da temática dos jovens e o consumo de tabaco, considerando o Programa Nacional de Controlo e Prevenção de Tabagismo. A mobilização de tais conhecimentos para a prática dos cuidados potencializou uma intervenção mais efetiva, com maior fundamentação, ao jovem e família, no sentido de transmitir orientações/informações e reforçar uma tomada de decisão responsável, implicada na adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Deste modo, estabelece-se uma parceria de cuidar, que promove o bem-estar, a independência e o desenvolvimento saudável do jovem/família.

Referências Bibliográficas

Direção Geral de Saúde (2013a). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Direção Geral da Saúde: Lisboa. Acedido a 14/10/2013. Disponível em www.dgs.pt. ISBN 978-972-675-199-1

Direção Geral de Saúde (2013b). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 14/08/2013. Disponível em www.dgs.pt

Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes, um desafio para pais e educadores*. 6ª Edição. Barcarena: Editorial Presença.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-95849-5-2

APÊNDICE IX

Ação de Formação – Intervenções de Enfermagem para capacitar emocionalmente o jovem, na adoção de comportamentos saudáveis

AÇÃO DE FORMAÇÃO ÀS ENFERMEIRAS DA USF

Enquadramento

O adolescente é um ser único, numa etapa do ciclo de vida com características específicas, em pleno crescimento e desenvolvimento, com aquisição de competências. O EEESCJ, no contexto da equipa de saúde, trabalha em parceria com a criança/jovem e família, prestando cuidados que visam a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado (OE, 2011), desempenhando um papel determinante no desenvolvimento harmonioso do adolescente e na transição saudável para a vida adulta. A Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem assume o desafio de promover a autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (OE, 2011), considerando os últimos dados da DGS que revelam que a especificidade das necessidades e dos problemas de saúde dos jovens resulta não de patologias, mas sim da repercussão da adoção de condutas de risco. A motivação para adotar, ou mudar comportamentos não saudáveis, depende de muitos fatores, nomeadamente a autoconfiança. O desenvolvimento de uma autoestima e de uma autoconfiança saudável contribuem para que o jovem seja capaz de fazer face ao conjunto de tarefas, normais do percurso da adolescência, que incluem a conquista de autonomia e identidade, o assumir de responsabilidades e o aumento da capacidade para tomar decisões (OE, 2010). Fica assim demonstrada a importância de promover comportamentos saudáveis no jovem enquanto estratégia de intervenção de enfermagem, capaz de contribuir para o bem-estar e desenvolvimento efetivo do jovem. Os comportamentos ou condutas de qualquer ser humano relacionam-se com as suas experiências emocionais, pois as emoções encontram-se na base do pensamento humano, funcionando como o motor para a ação e com um papel fundamental na validação dos processos de tomada de decisão, e consequentemente na adoção de comportamentos (Damásio, 1994; Diogo, 2012). No caso do adolescente as suas vivências emocionais são inúmeras, como resultado da panóplia de mudanças - alteração da autoimagem, instabilidade nas relações com a família, novas relações afetivas com os pares, descoberta da sexualidade,

interiorização de valores e conceitos da sociedade e definição de um projeto no futuro – encontrando-se o jovem emocionalmente fragilizado, acabando os seus comportamentos por revelar: insegurança, tensão e indecisão (Hockenberry e Wilson, 2014). A condição de vulnerabilidade do adolescente faz com que este se encontre mais exposto ao risco e que no decurso da sua conduta exploratória, essencial para o autoconhecimento, assuma comportamentos considerados de risco, ou seja, condutas capazes de provocar mal-estar físico, psi-afetivo, relacional e ambiental. O EEESCJ, numa prestação de cuidados de nível avançado, detêm competências para responder globalmente às necessidades do jovem, potencializando o seu crescimento e desenvolvimento, de modo a que este seja capaz de se tornar num indivíduo autónomo, apto a assumir responsabilidade, tomar de decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade (OE, 2010, 2011). Perante a importância de promover comportamentos saudáveis no adolescente, para um crescimento e desenvolvimento harmonioso, e uma vez que a adoção de condutas se encontra diretamente relacionada com as emoções vivenciadas pelo jovem, então é possível afirmar que cabe dentro do escopo de ação do EEESCJ ajudar o jovem a lidar com as suas experiências emocionais, capacitando-o para enfrentar desafios e confrontos, e tornar-se num adulto responsável pela sua saúde. Esta capacitação “emocional” pretende aumentar o “empowerment” do jovem, para que este seja capaz de tomar uma decisão, relativamente aos seus comportamentos, de modo consciente e informado. Capacitar emocionalmente o adolescente significa conhecer as suas experiências emocionais, respeitar a sua individualidade, reconhecer as suas capacidades, opiniões, sentimentos, competências e crescente conquista de autonomia, tornando-o no protagonista da solução para os seus problemas e estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde (OE, 2010; Phaneuf, 2005). Esta capacitação deve acontecer em contexto de atendimento ao adolescente, implicando o desenvolvimento de uma relação terapêutica, aproveitando-se todas as presenças dos adolescentes nos serviços. Considerando os pressupostos acima referidos, e tendo em conta que a excelência do exercício profissional de enfermagem exige a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional e para uma prestação de cuidados de qualidade, foi realizada uma ação de formação à Equipa de

Enfermagem da Unidade de Saúde Familiar, para uma abordagem ao tema da capacitação emocional do jovem, na adoção de comportamentos saudáveis.

Planeamento

Para planear a ação de formação para as enfermeiras da unidade de saúde familiar, recorreu-se à bibliografia já pesquisada na construção do Guia Orientador das Atividades de Estágio, incluindo os Guias Orientadores de Boas Práticas em Saúde Infantil da OE e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da DGS. Foram ainda tidas em conta as questões apresentadas pelas enfermeiras ao longo das consultas de saúde juvenil. Após seleção de informação, foi construída uma apresentação com recurso ao programa informático power point.

Execução

A ação de formação subordinada ao tema – “Intervenções de Enfermagem para capacitar emocionalmente o jovem, na adoção de comportamentos saudáveis”, decorreu no dia 10 de Fevereiro de 2014, pelas 14 horas, na sala de reuniões da Unidade de Saúde Familiar, com a presença de toda a Equipa de Enfermagem.

Avaliação

Esta atividade permitiu a partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem, fomentando o seu interesse pela temática, com vista a uma prestação de cuidados de qualidade e sensível à etapa de desenvolvimento do jovem. Desta forma, foram desenvolvidas e treinadas competências de EEESCJ, nomeadamente na sensibilização de profissionais para a importância de trabalhar com o jovem e família, aproveitando todas as oportunidades de atendimento para capacitar emocionalmente o adolescente, facilitando desta forma a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Referências Bibliográficas

Damásio, A. (1994). *O erro de Descartes*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência. ISBN: 987-989-748-004-1

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-95849-5-2

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido a 1/8/2013, e disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência

PLANO DE SESSÃO

Título: “ Intervenções de Enfermagem para capacitar emocionalmente o jovem na adoção de comportamentos saudáveis”

Formadores: Joana Coelho

Formandos: Enfermeiras na Unidade de Saúde Familiar do Parque

Local: Sala de reuniões da Unidade de Saúde Familiar do Parque

Data: 13 de Fevereiro 2014

Tempo Previsto: 50 minutos.

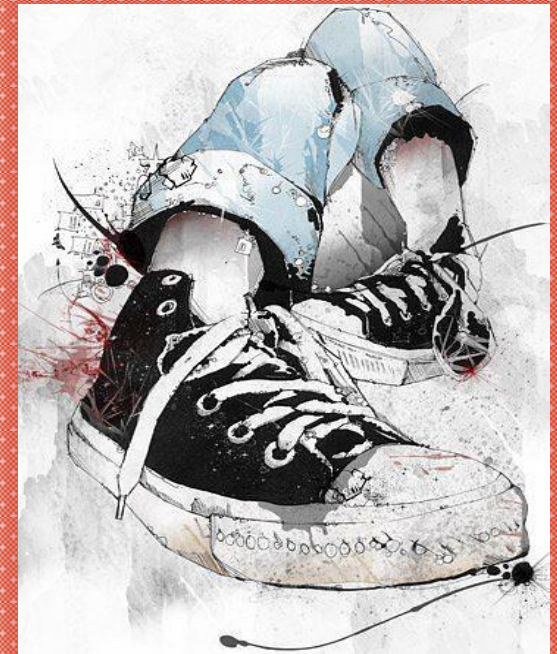
Objetivo Geral: Refletir com as enfermeiras acerca das intervenções de enfermagem no atendimento ao adolescente, nomeadamente na capacitação emocional, enquanto estratégia para a adoção de comportamentos saudáveis

| | OBJETIVOS | CONTEÚDOS | METODOLOGIA | MEIOS | TEMPO |
|------------------------|--|---|--|---|---------|
| INTRODUÇÃO | - Realizar apresentação; | -Apresentação da formadora, temática e objetivos da sessão. | Expositiva + Participativa | | 5 min. |
| DESENVOLVIMENTO | - Destacar os principais conceitos inerentes à etapa de vida adolescência; - Identificar os principais problemas de saúde do adolescente da atualidade; - Reconhecer a importância de estimular para a adoção de comportamentos saudáveis na adolescência; - Relacionar adoção de comportamentos saudáveis na adolescência com capacitação emocional do jovem; - Clarificar conceito de “capacitação emocional” do adolescente; - Sensibilizar as enfermeiras para a importância da capacitação emocional do adolescente, na adoção de comportamentos saudáveis; - Apresentar algumas metodologias no atendimento de enfermagem ao adolescente: entrevista segundo acrónimo de HEADSSS, estratégias de comunicação, e técnicas de apoio à narrativa. | -Etapa de vida: adolescência; -Problemas de saúde do adolescente; -Adoção de comportamentos saudáveis na adolescência; -Capacitação emocional do adolescente; -Intervenções de Enfermagem no atendimento ao adolescente; - Acrónimo de HEADSSS; -Estratégias de comunicação com o adolescente; -Técnicas de apoio à narrativa; | - Expositiva - Participativa | Projektor Sala de Reuniões Programa Power-Point | 30 min. |
| CONCLUSÃO | - Realizar síntese da sessão; - Evidenciar pontos mais relevantes; - Esclarecer dúvidas; | - Resumo da sessão; - Relevância da sessão para a prática de Enfermagem | - Debate - Participativa - Reflexão do grupo | | 15 min. |
| AVALIAÇÃO | - Avaliar se os objetivos propostos foram atingidos. | - Avaliação da sessão. | Participativa | Folha de avaliação | 5 min. |

AÇÃO DE FORMAÇÃO - APRESENTAÇÃO

Ser adolescente hoje!

Capacitar emocionalmente o
jovem na adoção de
comportamentos saudáveis –
Intervenções de Enfermagem



Ser adolescente hoje!

- **Objetivo geral:**

- ✓ Refletir acerca das intervenções de Enfermagem no atendimento ao adolescente, nomeadamente na capacitação emocional do jovem para a adoção de comportamentos saudáveis;

- **Objetivos específicos:**

- ✓ Destacar os principais conceitos inerentes à etapa de vida adolescência;
- ✓ Identificar os principais problemas de saúde do adolescente da atualidade;
- ✓ Relacionar adoção de comportamentos saudáveis na adolescência, com capacitação emocional do adolescente;
- ✓ Clarificar conceito de “capacitação emocional” do adolescente;
- ✓ Apresentar algumas metodologias no atendimento de enfermagem ao adolescente: entrevista segundo acrónimo de HEADSSS, estratégias de comunicação, e técnicas de apoio à narrativa.



Ser adolescente...?

identidade

autoimagem
autoconfiança
autoestima



autonomia

Conduta
exploratória

responsabilidade

Adolescência (*Adolescere*)

Etapa de vida, situada entre os 10 e os 19 anos, caracterizada por um **complexo processo** de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial...

... **processo de transição** para a vida adulta, crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro...



Todas as oportunidades de presença dos **adolescentes** nos serviços de saúde devem ser aproveitadas para potencializar aprendizagens, acerca de comportamentos de saúde...

Ser adolescente hoje!



Os problemas de saúde dos adolescentes resultam de das repercussões possíveis de condutas de risco, como os desequilíbrios alimentares (consumo alimentar e sedentarismo), os consumos nocivos de substâncias (álcool, tabaco e drogas ilícitas), as infeções sexualmente transmissíveis, e a parentalidade precoce.

Matos 2012, Relatório do Estudo HBSC - Health Behaviour School Children;

Ser adolescente hoje!

- O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, reconhece a importância de **estimular a opção por comportamentos saudáveis**, como forma de promover o desenvolvimento pessoal e social, e autodeterminação nas crianças e jovens.

(Direção Geral de Saúde, 2013)

- Nas intervenções de enfermagem, no âmbito do atendimento ao jovem, **a promoção da autoestima do adolescente, e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde**, assume lugar de destaque.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010 e 2013)

Ser adolescente hoje!



Com o avanço das tecnologias de informação do mundo atual, **informar, não é suficiente** para provocar uma mudança, ou estimular a adoção de determinado comportamento.



O desejo ou motivação, para mudar ou adotar determinado comportamento de saúde, relaciona-se com o desenvolvimento saudável da **autonomia**, da **responsabilidade**, da **autoconfiança**, e da autoestima



São estas aquisições que irão permitir ao jovem enfrentar os **riscos normais da adolescência**, e transformá-los em **oportunidades de crescimento e desenvolvimento**

O adolescente e as emoções

A fragilidade emocional surge da alteração da autoimagem, da instabilidade nas relações com a família, das novas relações afetivas com os pares, da descoberta da sexualidade, da interiorização de valores e conceitos da sociedade, e da definição de um projeto no futuro.



O adolescente e as emoções



“Não há razão, sem emoção...”

“As emoções têm um papel essencial na tomada de decisão, pois são elas que validam as estratégias de tomada de decisão...”

Damásio, 2003

As emoções são a base do pensamento, o motor para a ação, desempenhando um papel fundamental na tomada de decisão, e por consequência na escolha/adoção de um determinado comportamento;

Aquilo que o jovem sente (emoções e sentimentos) irá determinar o modo como se comporta!!!

As emoções nos cuidados de Enfermagem

- Os cuidados de Enfermagem centram-se numa relação interpessoal estabelecida entre enfermeira e pessoa/família/comunidade;
- O processo de cuidados é um **processo relacional**, um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos.
- O **envolvimento emocional** na prática dos enfermeiros é necessário para produzir o processo reflexivo, ajudando a pessoa a integrar a experiência subjetiva.

As emoções nos cuidados de Enfermagem



Falar de emoções na Enfermagem faz sentido se pensarmos que a experiência humana diz respeito às emoções e sentimentos das pessoas, ao longo do processo de saúde e doença, e que os enfermeiros têm a capacidade de detectar essas emoções, ou seja, de compreender a forma do outro “estar no mundo”.

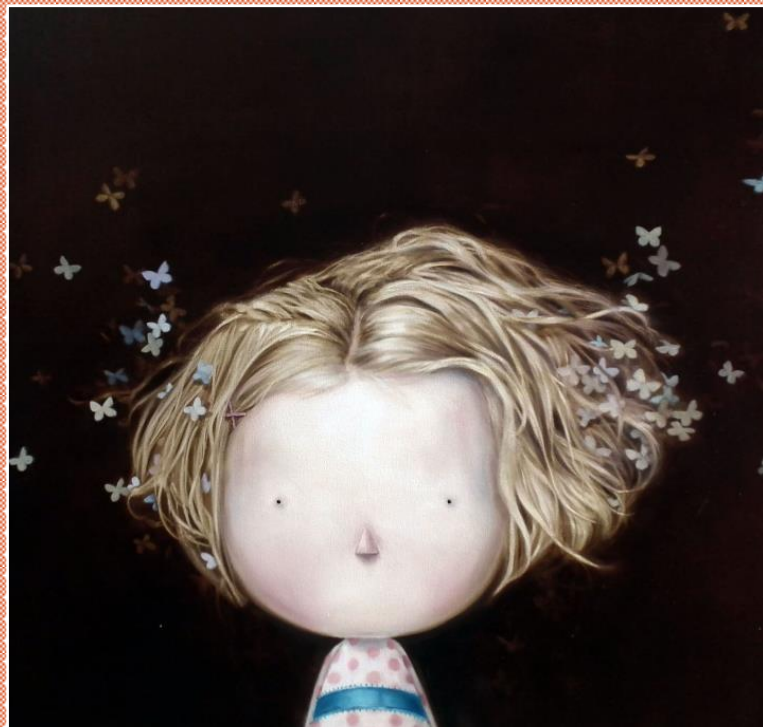
Intervenções de Enfermagem, no atendimento ao adolescente

- Comunicar efetivamente com a díade - adolescente e família, numa partilha de conhecimentos, privilegiando **o envolvimento, a participação e parceria de cuidados, e a negociação de cuidados;**
- Estabelecer relação de natureza aberta e colaborativa, que permita ao jovem revelar os seus sentimentos, crenças, problemas e perspetivas, desejos, e significados de experiências;
- Reconhecer a autonomia, individualidade, e projeto de saúde, do adolescente;
- Respeitar o direito ao sigilo, à confidencialidade, à privacidade, à liberdade de expressão, e ao consentimento nas decisões sobre situação clínica;



Promoção do desenvolvimento e crescimento do jovem, visando a sua autonomia e CAPACITAÇÃO para uma tomada de decisão informada

Capacitar emocionalmente...



...significa conhecer as suas experiências emocionais, respeitar a sua individualidade, reconhecer as suas capacidades, opiniões, sentimentos, competências, e crescente conquista de autonomia, tornando o jovem no protagonista da solução para os seus problemas, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010; Phaneuf, 2005)

Capacitar emocionalmente...

- Conhecer as **emoções** do outro, é ajudá-lo a **tomar consciência das mesmas**, e a partir desse conhecimento fazer emergir uma nova realidade, em que a pessoa se apercebe da sua maneira de ser, do seu sentir, e dos seus comportamentos/reações.

Phaneuf, (2005)

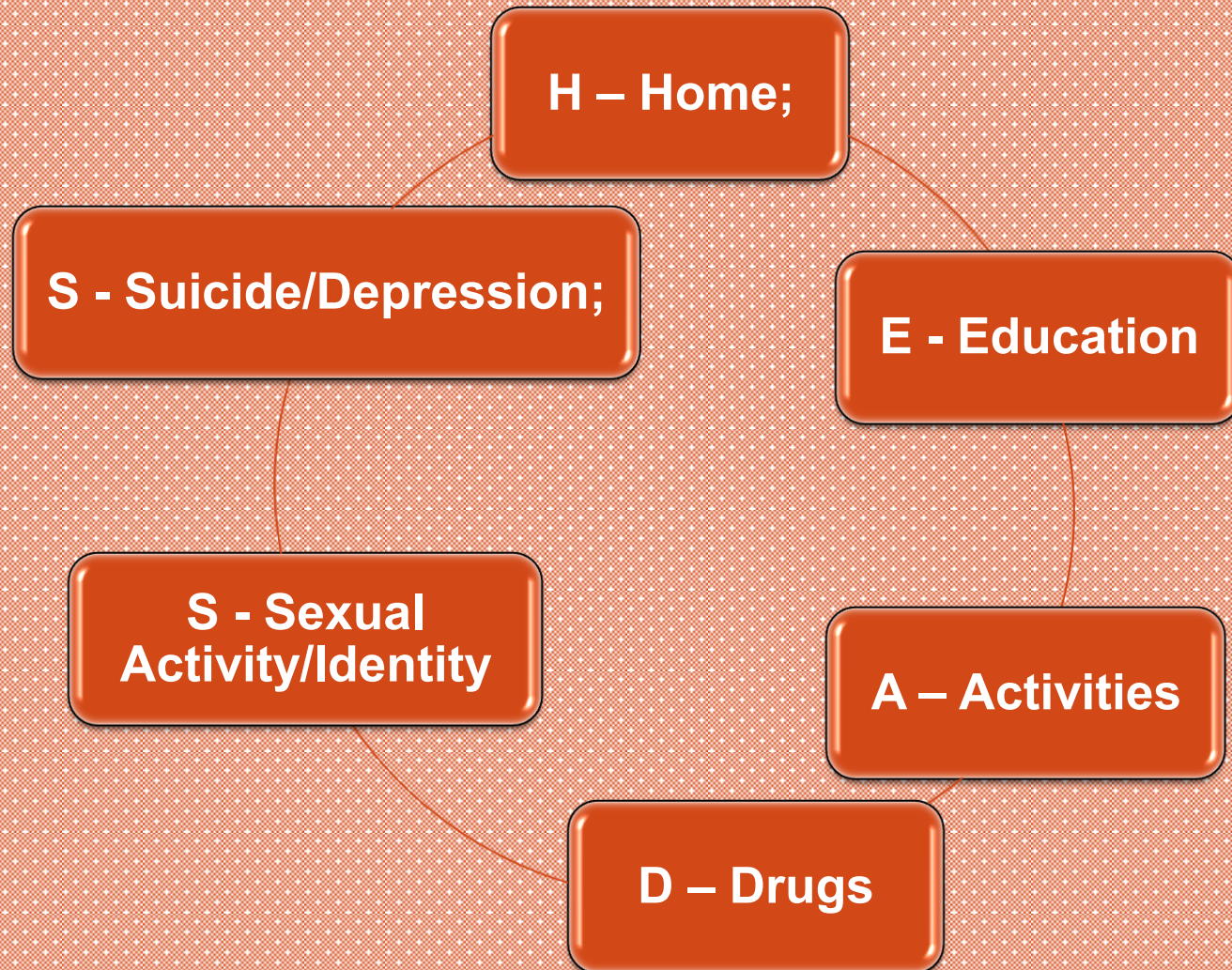
- O reconhecimento dos sentimentos conduz à **autorrealização**, através da **autoaceitação**. Assim, é no reconhecimento da sua essência (sentimentos e emoções), que o adolescente reforça a sua **autoconfiança e autoestima**, que o conduz à **autonomia** e à afirmação do seu ser.

Watson (2002)

- O desenvolvimento da autoestima acontece na base da aceitação e do respeito por nós próprios, através da introspeção para se conhecer a si próprio.

Phaneuf (2005)

Entrevista - acrónimo de H.E.A.D.S.S.S.



Intervenções de Enfermagem

A entrevista constitui um espaço privilegiado de contato com o adolescente para conhecer o seu estado de saúde, estilos de vida, identificar problemas, preocupações, necessidades e competências;

Durante a entrevista devem trabalhadas: a motivação, os espaços e posturas favoráveis à reflexão, ao controlo da própria vida, e às práticas de responsabilização, e participação mais ampla nas decisões;



O que se pretende é que o jovem seja capaz de refletir sobre o seu problema, sendo apoiado e motivado para fazer as suas próprias escolhas e mudanças de atitudes

Comunicação com o adolescente

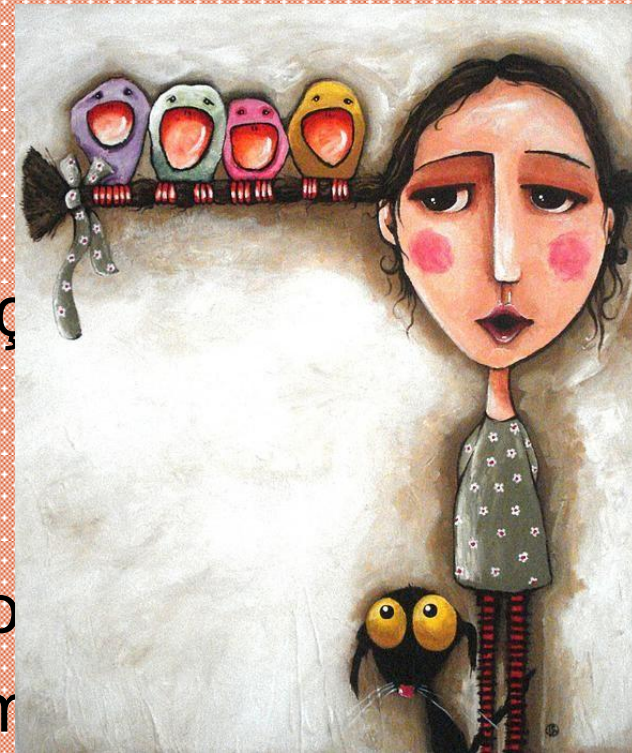
- Demonstrar disponibilidade;
- Dirigir questões e explicações ao adolescente;
- Utilizar linguagem simples e realista (não usar termos técnicos, ou calão juvenil)
- Não induzir a resposta;
- Escutar o adolescente;
- Evitar juízos de valor, deixando que seja o jovem a emitir os seus próprios juízos (“e a ti o que te parece?”, “que queres dizer com isso?”)
- Evitar silêncios prolongados (pode ser entendido como uma interpretação moralista)

Comunicação com o adolescente

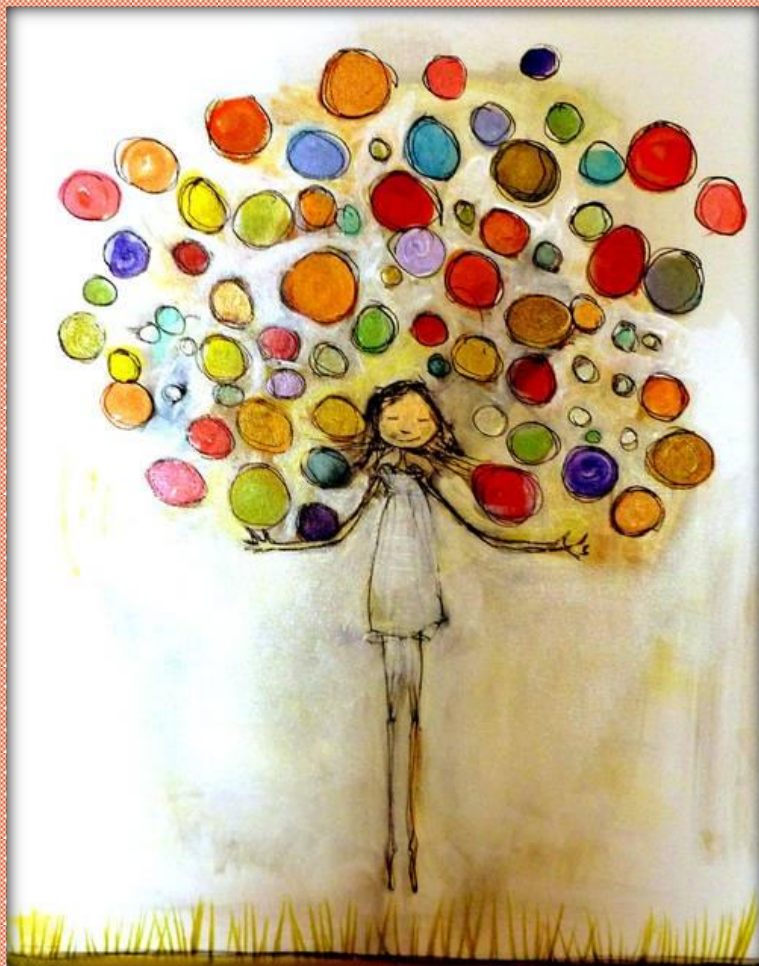
- Reforçar competências;
- Evitar interrupções (chamadas telefônicas, entrada de outras pessoas);
- Escrever pouco, escutar mais;
- Manifestar apoio e compreensão (“imagino o que deves ter sentido”)
- Captar mensagens não-verbais (gestos, postura, estado de animo, silêncios, pausas, tom de voz, expressão da face);
- Atuar como mediador, quando é necessário expor ao adolescente a conveniência dos pais se inteirarem da situação;

Técnicas de apoio narrativa

- Perguntas abertas
- Escuta reflexiva
- Reestruturação positiva
- Afirmações de auto motivação
- Respostas em espelho
- Clarificação
- Usar exemplos na 3ª pessoa
- Afirmações de apoio e animação
- Afirmações que possibilitem a discussão



Adolescente hoje, adulto amanhã!!!



O esforço de ser-se adolescente hoje, resultará na possibilidade de tornar-se amanhã num indivíduo autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade!

APÊNDICE X

Sessão de Teatro Debate na Escola

SESSÃO DE TEATRO-DEBATE NA ESCOLA

Enquadramento

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como uma etapa do desenvolvimento, plena de vivências emocionais, marcada por mudanças físicas, psicossociais e cognitivas e pela busca de uma identidade pessoal, que mais tarde determinará a personalidade (DGS, 2013). A sexualidade, presente no ser humano desde o nascimento, encontra-se ligada ao seu desenvolvimento, constituindo um dos elementos da personalidade. Na adolescência, perante o aparecimento de caracteres sexuais primários e secundários e a maturação de órgãos, inicia-se a intimidade, ou seja, a maturação sexual. O corpo do jovem muda, e ele aprende a lidar, a aceitar e a fazer uso dele. Esta maturação biológica, que corresponde à transição para a vida adulta é acompanhada de conflitos de sentimentos, de atitudes e de práticas sociais relacionadas com o desenvolvimento da sexualidade. Assim, a formação de uma identidade própria na adolescência, compreende também o desenvolvimento de uma identidade sexual (Hockenberry e Wilson, 2014). Do ponto de vista social e afetivo as relações mais significativas do jovem, passam da família para os pares, onde os relacionamentos, o equilíbrio emocional e a manifestação de sentimentos determinam a boa evolução da sexualidade (Costa, Lopes, Souza e Patel, 2001). O desenvolvimento da sexualidade e das relações afetivas encontra-se inerente à etapa de vida adolescência, sendo que estão identificados como problemas de saúde dos jovens, causadores de mal-estar físico, emocional e social, originados pelos seus comportamentos de risco, as infeções sexualmente transmissíveis, e a parentalidade precoce. Assim, dialogar com os adolescentes acerca da sexualidade e dos comportamentos de risco que dela podem advir é fundamental para um crescimento e desenvolvimento harmonioso, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis. Refletir com os jovens sobre sexualidade é procurar compreender emoções, sentimentos, valores, crenças, atitudes, sendo também uma forma de os ajudar a lidar com pressões e expectativas que esta fase acarreta, alertando-os para as várias situações de risco possíveis, e empoderando-os para uma tomada de decisão consciente e informada. A escola, por ser o

principal contexto do jovem, desempenha um papel importante nesse mesmo desenvolvimento de potencialidades, capaz de ajudar o adolescente a responder positivamente às exigências do seu ambiente. Também por possuir um ambiente de excelência para a promoção da saúde, a escola detém uma influência decisiva nos comportamentos das crianças e dos jovens, e no seu desenvolvimento acadêmico e emocional (DGS, 2014). Considerando os pressupostos referidos anteriormente, pareceu-me uma mais valia estar presente numa sessão de teatro-debate dedicada ao tema da sexualidade e dos afetos na adolescência, que decorreu numa escola secundária, numa ação promovida pela equipa de saúde escolar. As questões da sexualidade, consideradas do foro íntimo, nem sempre são de fácil abordagem. Numa sessão de teatro-debate são teatralizadas diferentes situações do dia-a-dia dos jovens numa abordagem dinâmica, por forma a ultrapassar o “desconforto” de falar acerca da sexualidade. Desta forma, o jovem sente-se mais envolvido e responsável, com maior probabilidade de assumir uma participação ativa na ação, desenvolvendo assim a sua autonomia.

Planeamento

No âmbito da semana temática dedicada aos adolescentes que decorreu na Unidade de Saúde Familiar do Parque de 27 a 31 de Janeiro 2014, em parceria com a equipa de Saúde Escolar e o Instituto Português do Desporto e da Juventude, a associação USINA apresentou numa escola secundária, uma sessão de teatro debate com o nome de “Nem muito simples...nem demasiado complicado”, dedicada à temática da sexualidade na adolescência. A sessão dinâmica teve lugar no dia 30 de Janeiro 2014, com a participação de alunos de 10º, 11º e 12º ano, jovens entre os 15 e os 18 anos de idade. Pretendia-se que esta peça tivesse uma ação continuada, podendo ser utilizada como ponto de partida para sensibilizar os jovens, acerca da adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente no respeito à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de uma gravidez não-planeada. A USINA é uma associação de intervenção social que tem como principal objetivo a promoção de projetos que contribuam para o desenvolvimento sustentado da população do nosso país (www.usina.pt). Com pessoal especializado nas áreas da Saúde, Educação, e Comunicação Cultural, a associação USINA utilizou a metodologia do

teatro-debate para abordar de forma envolvente e responsável, situações da sexualidade juvenil.

.

Execução

A sessão de teatro-debate – “Nem muito simples...nem demasiado complicado” – foi dinamizada por atores da associação USINA e teve como tema principal as relações interpessoais e a sexualidade, apresentando situações problemáticas do dia-a-dia dos adolescentes. A sessão de debate teatral iniciou-se com a representação de uma peça de teatro composta por 7 pequenas histórias relacionadas com a sexualidade, reproduzindo situações diárias vivenciadas pelos adolescentes. A peça foi interpretada por jovens atores, acompanhados por um animador que ia apresentando as histórias. Como principal objetivo pretendia-se, educar para a saúde promovendo a aquisição de conhecimentos e competências na área da educação sexual e saúde, de forma global e integradora, interrelacionando as diferentes componentes psicoafectivas e sociais. A primeira história tinha como tema central o início de uma relação amorosa, abordando temas como a timidez e o encontro entre duas pessoas. A segunda história apresentada dirigia o seu foco para as dificuldades encontradas na gestão de uma relação, nomeadamente no encontrar o espaço de cada um e no respeitar do espaço do outro. A história número três abordou os dilemas de terminar uma relação. A história número quatro dizia respeito à relação entre dois jovens, e ao início da vida sexual. A quinta história apresentada referia-se à relação entre dois jovens e retratava as dúvidas/mitos acerca das relações sexuais. Na sexta história representada, abordou-se uma relação amorosa e a necessidade encarar o risco de uma gravidez não desejada/planeada, e da contraceção de emergência. Por fim, a última história a ser apresentada tomou como foco a infidelidade e as doenças sexualmente transmissíveis.

Após a representação da peça, que incluiu as sete histórias referidas, e que durou cerca de 30 minutos, cada situação foi relembada solicitando-se aos jovens que estavam na plateia, que escolhessem aquelas que consideravam mais significativas, e que gostassem que fossem debatidas por todos. Os adolescentes que se encontravam na plateia identificaram-se com muitas das histórias teatralizadas, e escolherem 3 para discutir e debater. Os jovens foram então convidados a participar

nas histórias que tinham escolhido, representando em palco, a sua maneira de encarar/enfrentar as situações/problemas apresentadas, oferecendo diferentes perspetivas e diferentes formas de resolução. Os adolescentes que não subiram ao palco partilharam ainda assim a sua opinião com os outros, e questionaram a sua perspetiva da história que representavam, num clara explosão de emoções e sentimentos. Os vários braços estendidos no ar “pedindo a palavra”, demonstraram a importância que aquele momento teve para muitos dos jovens presentes.

Avaliação

A escola é por norma o principal contexto do jovem, ou seja, é o local onde o adolescente passa mais tempo, onde junto dos pares se sente confiante e seguro, e onde treina e experimenta, comportamentos e condutas, a fim de adquirir habilidades e desenvolver competências para transitar para o mundo adulto. A realização de uma sessão de teatro-debate num espaço familiar ao jovem, a escola, foi intencional pretendendo-se que se sentisse à vontade para demonstrar a sua verdadeira essência. Esta sessão constituiu uma abordagem sobre um tema de particular relevância para a etapa de vida adolescência, os afetos, as relações amorosas e o início da vida sexual, sendo os jovens envolvidos, e participando ativamente ao longo de toda discussão. Assistir a esta sessão permitiu estar próximo dos jovens, gerando-se uma oportunidade de os conhecer melhor, reconhecendo capacidades e competências já adquiridas, identificando dúvidas, necessidades e desconfortos, e tomando conhecimento sobre a sua maneira de pensar e forma de estar. Esta perceção do “mundo” dos adolescentes proporcionou um novo olhar sobre o seu dia-a-dia, atentando nas suas reais necessidades, na sua capacidade para resolver problemas e na crescente capacidade para tomar decisões. Assim, esta atividade permitiu desenvolver competências de EEESIP, nomeadamente adquirir capacidades e habilidades para estabelecer uma relação dinâmica e parceria com os jovens, que facilite a avaliação e aquisição de conhecimentos e comportamentos relativos à saúde, utilizando estratégias motivadoras, como a sessão de teatro-debate, por forma a sensibilizar os adolescentes para situações de risco. Deste modo, desenvolveram-se competências para uma prestação de cuidados especializada, com foco na promoção da autodeterminação dos jovens,

nas escolhas relativas à saúde, com contributos para um desenvolvimento e crescimento harmonioso.

Referências Bibliográficas

Costa, M. C., Lopes, C. P., Souza, R. P., Patel, B. N. (2001). Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. *Jornal de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria*. Rio de Janeiro. Volume 77, Suplemento 2. 217-224

Direção Geral de Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 14/08/2013. Disponível em www.dgs.pt

Direção Geral de Saúde (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 18/5/2014. Disponível em www.dgs.pt

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência. ISBN: 987-989-748-004-1

APÊNDICE XI

Folheto diversificação alimentar dos 4 aos 12 meses

FOLHETO DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR DOS 4 - 12 MESES

Enquadramento

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalham em parceria com a criança e família, para promover o mais elevado estado de saúde possível, tendo como área de atuação particular, a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, com orientação antecipatória às famílias, para a maximização do desenvolvimento infantil. O seu espaço de intervenção compreende o período que vai desde o nascimento até aos 18 anos de idade (OE, 2010a). O primeiro ano de vida é um período crítico em que os nutrientes podem influenciar o desenvolvimento, nas várias vertentes (psico-motora, sensorial, cognitiva) (Guerra e outros, 2012). Uma alimentação saudável na infância deverá ser equilibrada em termos qualitativos e quantitativos, contribuindo decisivamente para um bom estado de saúde e conseqüentemente para um bom desenvolvimento, prevenindo igualmente diversas situações patológicas (OE, 2010b). Assim, um dos aspetos a considerar pelo EEESCJ, como forma de promover um desenvolvimento e crescimento harmonioso é a alimentação da criança e em particular a introdução de alimentos. Entre os 4 e os 6 meses, o aparelho digestivo do bebé amadureceu o suficiente para digerir nutrientes mais complexos do que o leite, podendo ser iniciada a diversificação alimentar, obedecendo a regras mais ou menos flexíveis, de acordo com as características de cada criança. No entanto, existem princípios que devem ser cumpridos de forma otimizar a saúde e qualidade de vida da criança e família (OE, 2010b). Deste modo, considerando os pais como principais cuidadores, com uma forte influência no crescimento e desenvolvimento da criança, assume-se a necessidade de capacitá-los, e disponibilizar o suporte necessário para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a autonomia e a capacitação para uma tomada de decisão informada (OE, 2011). Considerou-se pois de major relevância para a promoção do desenvolvimento infantil, construir um folheto informativo acerca das principais regras de introdução alimentar entre os 4 e os

12 meses, tendo como destinatários os pais/pessoa significativa. Este folheto pretende fornecer informações detalhadas acerca da diversificação alimentar dos 4 aos 12 meses, partilhar conhecimentos, reforçar a relação de parceria com a família e capacitar os pais para cuidar dos seus filhos, com contributos para um desenvolvimento infantil adequado.

Planeamento

Para a construção do folheto de diversificação alimentar recorreu-se à Ata Pediátrica Portuguesa Vol. 43, nº.5 de Setembro/Outubro de 2012, revista de Medicina da Criança e do Adolescente, órgão da Sociedade Portuguesa de Pediatria, por considerar que esta engloba a informação mais atualizada em termos de nutrição infantil.

Execução

Para a execução do folheto, foi utilizado o programa informático Word, com recurso a imagens apelativas, considerando ainda informações fornecidas pela enfermeira de referência. Posteriormente o folheto foi apresentado em reunião geral da Unidade de Saúde Familiar, com a presença de toda a equipa de saúde, com aprovação para ser entregue a todas as famílias, em consulta de vigilância infantil.

Avaliação

A atividade de estágio - elaboração do folheto acerca da diversificação alimentar dos 4 aos 12 meses – constitui-se como uma aprendizagem efetiva para o meu percurso de aquisição de competências de EEESCJ, nomeadamente ao nível da promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, com orientação antecipatória às famílias. Durante a realização do folheto, foi possível aprofundar e atualizar conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil, e em particular sobre a diversificação alimentar no lactente. A partilha de informações com os pais permitiu estabelecer uma relação de parceria, reforçando ao mesmo tempo

o seu empowerment para prestar cuidados à criança, contribuindo desta forma para um desenvolvimento e crescimento saudável.

Referências Bibliográficas

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido a 30/03/2013, e disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%CA7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-95849-5-2

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido a 1/8/2013, e disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

FOLHETO DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR DOS 4 - 12 MESES

Alimentação da criança



Dos 4 aos 12 meses

4 meses

- ✓ Substitua uma refeição de leite por uma papa sem glúten (1ª papa) ou por uma sopa de legumes, dadas à colher;

Sopa de legumes

- ✓ Batata, cenoura, fio de azeite cru (1 colher de sopa);
- ✓ Introduzir outros legumes, com intervalo de 3 dias entre cada – cebola, alho, alface, curgete, abóbora, brócolo, feijão-verde, e couve branca.

Papa sem glúten

- ✓ Papa láctea – preparada com água, pois já contém leite;
- ✓ Papa não-láctea – preparada com leite materno ou adaptado.

5 meses

- ✓ Substitua outra refeição de leite, por sopa de legumes ou papa, conforme início da diversificação alimentar;
- ✓ Neste momento o bebé já faz 2 refeições de colher (1 sopa+1papa sem glúten).
- ✓ Dê **fruta**, como sobremesa da sopa – maçã, pêra (cozidas, assadas, com casca, cruas raladas, sem adicionar açúcar), banana, uvas (retirar pele e grão), e pêsego sem pele;
- ✓ Cada fruta deve ser dada individualmente, para permitir o treino do paladar;

6 meses

- ✓ Coloque **carne** na sopa de legumes – frango, peru, galinha e coelho (25 gramas – 2 colheres de sopa);
- ✓ **Atenção:** as papas podem agora ser com glúten, e o leite adaptado passa agora para o 2

Aos 7 meses

- ✓ Pode iniciar o **peixe** na sopa de legumes – comece pela pescada, linguado, solha e faneca (10gr no início – 1 colher de sopa, e depois aumenta gradualmente até às 25gr);
- ✓ Mantenha a fruta como sobremesa da sopa – pode experimentar a papaia, o abacate, e a manga;
- ✓ Neste momento o bebé pode fazer 3 refeições de colher – 2 sopas de legumes (1 com peixe e outra com carne) e 1 papa;
- ✓ A quantidade de carne e peixe não deve ultrapassar as 25-30 gr diárias; (distribua essa quantidade pelas 2 sopas diárias)

8 meses

- ✓ **A partir de agora a alimentação deve ser progressivamente mais sólida**, com texturas e paladares diferentes (triture “cada vez menos” a sopa);
- ✓ Introduza na sopa os legumes: espargos e couve-flor;
- ✓ Pode oferecer ao bebé uma refeição de puré com: arroz ou massa, legumes e carne ou peixe, em substituição da sopa;

9 meses

- ✓ Introduza a **gema de ovo** – dar ½ gema por refeição/semana durante 2 semanas. Depois passa a 1 gema por refeição/semana, durante 2 semanas;
- ✓ A utilização da gema de ovo implica a ausência de carne ou peixe;
- ✓ Ao lanche, em vez de leite ou papa, pode dar um **iogurte natural**, sem adição de açúcar;

10 meses

- ✓ Introduza as **leguminosas secas**, na sopa: feijão, lentilhas, ervilhas, favas e grão;
- ✓ Experimente outro peixe: o salmão;
- ✓ As novas frutas: melão, ananás, ameixas e cerejas;

11 meses

- ✓ Experimente dar o **ovo inteiro**: gema e clara (2x/semana), em substituição do peixe e da carne;

Após os 12 meses

- ✓ Os legumes para a sopa – espinafre, nabo, nabiça, beterraba, tomate, beringela e aipo;
- ✓ As novas frutas: morango, amora, kiwi e maracujá;
- ✓ Manter leite materno, leite adaptado ou inicie **leite de vaca**;
- ✓ A partir de agora, **aproxime a alimentação da criança, da dieta familiar**; (faça refeições completas - sopa, prato e fruta)
- ✓ Aguarde pelos 18 meses para dar marisco, polvo, lulas e atum.
- ✓ Entre os 24 e os 36 meses experimente gradualmente os frutos secos (pinhão, amêndoas, castanhas, nozes e avelãs)



APÊNDICE XII

Visita ao “APARECE” Espaço Jovem

VISITA AO “APARECE” ESPAÇO JOVEM

Enquadramento

A adolescência constitui o período mais saudável do ser humano, sendo também uma etapa crucial no ciclo de vida para o desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro (OE, 2010b). Marcada pela curiosidade, a adolescência é um período onde os seres humanos se encontram mais recetivos a receber informações acerca de si próprios, apurando-se o processo de tomada de decisão (OMS, 2002). Os jovens ao vivenciarem um período caracterizado pela busca e conquista, de autonomia, liberdade e identidade, encontram-se na situação ideal para a promoção de comportamentos saudáveis. Ao longo do processo de descoberta e reconhecimento da sua identidade, os adolescentes assumem um estilo de vida, que influenciará a sua saúde, positiva ou negativamente, com repercussões para o seu crescimento e desenvolvimento, sendo por isso essencial que seja incentivada a adoção de comportamentos de saúde, quer para prevenir a doença, quer melhorar o nível de saúde (OE, 2010b). O atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) refere como estratégias de intervenção, a estimulação por comportamentos promotores de saúde e a autodeterminação dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Envolvido num complexo processo de mudanças biopsicossociais, o adolescente necessita de se sentir apoiado, motivado e esclarecido para fazer escolhas certas, e para desenvolver competências, que permitam enfrentar riscos e dificuldades, compreender melhor o mundo que o rodeia e assumir responsabilidades, incluindo pela sua saúde (OE, 2010b). No âmbito do exercício profissional de Enfermagem, os enfermeiros prestam cuidados aos adolescentes e famílias, nos vários contextos de saúde - hospitais, centros de saúde, escolas e comunidade, assumindo particular importância a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado (OE, 2011). O EEESCJ trabalha em parceria com a criança/jovem e família, para promover o mais elevado estado de saúde possível, sendo umas suas áreas de particular interesse a promoção da

autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (OE, 2010a). No contexto de atendimento ao adolescente é essencial o desenvolvimento de uma relação terapêutica, caracteriza por uma parceria entre os diferentes intervenientes (jovem, pais e enfermeiros), no respeito pelos princípios da autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo. A presença do adolescente num serviço de saúde assume-se como uma oportunidade para estabelecer uma relação de ajuda, identificando-se necessidades, problemas, opiniões, sentimentos e competências do jovem. Através deste conhecimento, será possível ajudar o jovem, no seu percurso de transição, a refletir acerca dos seus problemas, sentindo escutado, apoiado e motivado para fazer as suas próprias escolhas em saúde, favorecendo-se desta forma a responsabilização e a participação nas decisões que lhe dizem respeito (OE, 2010b). Os profissionais de saúde desempenham um papel de suporte aos jovens, ajudando-os a manterem-se saudáveis e a completarem o seu percurso até a adultícia, através da aquisição de conhecimentos, habilidades e confiança (OMS, 2002)

Os serviços de saúde com atendimento ao jovem devem ser sensíveis à etapa de desenvolvimento dos seus clientes, possuindo determinadas características para que os cuidados prestados tenham contributos efetivos para um desenvolvimento harmonioso do adolescente. Para os jovens, um serviço de saúde deve ser acolhedor, situado num local adequado, acessível, com um horário flexível, e gratuito. O respeito pela privacidade e confidencialidade de informações é essencial para os adolescentes, recusando a necessidade de serem acompanhados por uma identidade parental. Quanto à equipa de saúde os jovens esperam ser respeitados, que não façam julgamentos, que os ajudem a resolver problemas, sem necessidade de voltar outro dia, ou de se dirigirem a outro atendimento. Assim, a OMS defende que um “Serviço de Saúde Amigo dos Adolescentes” deve ser acessível, equitativo, adequado, aceite por todos, compreensível, efetivo e eficiente (WHO, 2002). Os “Serviços de Saúde Amigos dos Adolescentes” facilitam oportunidades significativas para a promoção de saúde, criando um ambiente seguro, onde os adolescentes podem descobrir informação sensível, nas várias dimensões da saúde, incluindo necessidades físicas, emocionais e sociais. (WHO, 2002)

O Aparece é um espaço de atendimento ao adolescente na comunidade, livre e desburocratizado, amplamente conhecido e reconhecido por jovens e profissionais de saúde. Assim, tomar conhecimento deste espaço e desta realidade, compreendendo o seu funcionamento, e intervenção de enfermagem, foi perspectivado como uma mais-valia para o desenvolvimento de competências de EEESCJ, para uma prestação especializada e sensível aos jovens.

Planeamento

O espaço “Aparece” é um local de atendimento exclusivo ao jovem, localizado no centro da cidade de Lisboa, reconhecido quer por profissionais de saúde, quer por adolescentes, como um espaço de referência. A visita ao local foi planeada telefonicamente com a enfermeira responsável, e foram delineadas previamente algumas questões para a interação:

- ✓ Como é realizado o encaminhamento dos jovens para o APARECE?
- ✓ Como é realizado o acolhimento do jovem, na 1ª vez que vem ao APARECE?
- ✓ Quais os principais problemas/questões/necessidades identificados nos jovens que se dirigem ao APARECE?
- ✓ Após o 1º contato como é assegurada a continuidade da vinda do jovem, ao APARECE?
- ✓ Quais as principais intervenções de enfermagem realizadas, no âmbito do atendimento ao jovem/adolescente e família no APARECE?

Execução

A visita ao espaço “Aparece” aconteceu no dia 11 de Fevereiro de 2014, pelas 15 horas. A enfermeira responsável deu a conhecer o espaço físico e numa breve interação referiu-se, à organização e funcionamento do serviço de atendimento aos jovens, aos principais motivos da sua vinda e ao processo de encaminhamento dos adolescentes. Um resumo desta interação encontra-se no documento que se segue.

Avaliação

A visita ao Espaço APARECE foi uma atividade desenvolvida durante o período de estágio em cuidados de saúde primários que permitiu conhecer um serviço de saúde na comunidade, exclusivamente dedicado ao atendimento ao jovem. O adolescente tem direito a ser atendido num espaço privado, garantindo-se o reconhecimento da sua autonomia e individualidade, sendo por isso uma mais-valia dispor de um espaço próprio, livre e desburocratizado como o Aparece, onde pode recorrer sempre que sentir necessidade. A interação mantida com a enfermeira responsável foi deveras interessante e motivadora, permitindo a aquisição de conhecimentos e habilidades para trabalhar com o jovem, no sentido de contribuir para um crescimento e desenvolvimento harmonioso, procurando dar resposta às diferentes situações, colmatando necessidades e ajudando o adolescente na sua transição para a vida adulta. Esta visita contribuiu sem dúvida para o desenvolvimento de competências de EEESCJ, nomeadamente no estimular para a identificação de situações que afetam negativamente a vida ou a qualidade de vida do jovem, para a importância de melhorar a acessibilidade dos jovens aos serviços de saúde e para aproveitar todas as oportunidades de vinda do jovem a um ser serviço de saúde para trabalhar adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Referências Bibliográficas

Direção Geral de Saúde (2013a). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 14/08/2013. Disponível em www.dgs.pt

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido a 30/03/2013, e disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-95849-5-2

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido a 1/8/2013, e disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services – An Agenda for a Change*. Geneva: WHO. Consultado a 18 de Dezembro 2013. Disponível em <http://www.who.int/child-adolescent-health>

VISITA AO “APARECE” ESPAÇO JOVEM

O Aparece é um espaço de atendimento ao jovem dos 12 aos 24 anos, situado no centro da cidade de Lisboa, com boa acessibilidade em termos de transportes (metro, comboio e autocarros). A porta deste serviço de saúde encontra-se aberta das 9h às 18h, de 2ª a 6ª feira, com livre acesso a todos os adolescentes, e sem necessidade de inscrição ou marcação. Em termos físicos, o espaço é composto por uma sala de espera, e por 5 gabinetes de atendimento. O primeiro contato dos jovens com o serviço é através da sala de espera, ampla, luminosa, arejada, com um “graffiti” numa das paredes, um poema na outra e um conjunto de sofás disposto em forma de “U”. As revistas espalhadas sobre as mesas referem-se aos diferentes temas da promoção de comportamentos saudáveis: alimentação saudável, doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, entre outros. Integrado fisicamente num Centro de Saúde, o Aparece dispõe de um espaço próprio e individualizado, onde uma equipa multidisciplinar, constituída por 3 médicos de medicina geral e familiar, 2 enfermeiras, 1 socióloga, 1 psicóloga, 1 administrativa, e 1 assistente social, realiza o atendimento ao jovem e família. A equipa conta ainda, neste momento, com 1 voluntário, com formação na área de recursos humanos, que ajuda os jovens a construir currículos e a preparar-se para primeira entrevista de emprego. O adolescente é atendido individualmente, no respeito pela privacidade e confidencialidade de informações fornecidas, sendo que quinzenalmente a equipa reúne para debater casos e discutir estratégias de atuação. Os jovens que vêm ao Aparece fazem-no por decisão própria, e/ou por encaminhamento do médico ou enfermeira de família, com proveniência de diferentes locais, incluindo fora da cidade de Lisboa. Muitos jovens universitários que residem temporariamente em Lisboa dirigem-se ao Aparece pela facilidade de acesso (local central na cidade), gratuidade e pela desburocratização de não terem de realizar nova inscrição num serviço de saúde. Outros adolescentes vêm ao Aparece para evitar encontrar-se com familiares no seu Centro de Saúde da área de residência, assegurando desta forma a sua privacidade. Todos estes jovens, a vivenciarem diferentes fases da etapa de vida adolescência (inicial, intermédia e tardia) recorrem a este serviço de

saúde sobretudo pela necessidade de resolver um problema/situação que lhes provoca mal-estar, esclarecer dúvidas ou obter informações. Os principais problemas de saúde identificados pela equipa de saúde nos atendimentos aos jovens relacionam-se com os consumos nocivos de álcool, tabaco, drogas, e internet, os desequilíbrios alimentares (dieta com excesso de doces), sedentarismo, e gravidezes indesejadas. Destaca-se ainda a verbalização de sentimentos de tristeza e solidão, por parte dos adolescentes durante as interações. A sexualidade é um tema de particular interesse na adolescência, sendo que muitas jovens realizam aqui as suas consultas de planeamento familiar, antes e após iniciarem a sua vida sexual, com ensinamentos, escolha e entrega de métodos contraceptivos. A equipa de saúde do Aparece realiza também a vigilância e acompanhamento das adolescentes grávidas, em consultas periódicas, com encaminhamento se necessário para o hospital. Todos os jovens que se dirigem ao Aparece são atendidos nesse mesmo dia, sem muito tempo de espera, sendo que numa primeira interação é realizada uma entrevista, seguindo o acrónimo de HEADDS (Home, Education/Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexual Activity/Identity, Suicide/Depression and Safety), como o intuito de conhecer melhor o adolescente e de contextualizar o seu motivo de vinda. No que diz respeito ao respeito à família, quando a mesma acompanha o jovem, é explicado ao início que a consulta pode ter vários momentos, conforme a necessidade. Ou seja, poderá haver necessidade de falar só com os pais, ou só com o adolescente, ou com ambos juntos. São as enfermeiras que normalmente realizam esta primeira abordagem/avaliação ao jovem e família, sendo posteriormente encaminhados para consulta médica, de psicologia, conforme a disponibilidade ou necessidade, ou é agendada nova consulta de enfermagem para reavaliação da situação. Relativamente ao regresso dos jovens ao serviço, quando estes não comparecem a uma consulta marcada, é tentado o contacto telefónico, sendo que a enfermeira responsável considera que a maior publicidade que se pode efetuar ao Aparece, e aquela que funciona melhor com os adolescentes, é o “passar a palavra”. A maioria dos jovens que vêm pela 1ª vez, ou que regressam, ao Aparece é porque algum amigo lhes falou da existência do local, ou referiu que vinha realizar consultas neste serviço de saúde. Num futuro breve a equipa prepara-se para dinamizar ainda mais o Aparece com atividades para os jovens, como debates e sessões de grupo.

O atendimento telefónico é também algo a melhorar, pois neste momento o serviço não dispõe de nenhum número direto, sendo necessário aos jovens telefonar para o Centro de Saúde primeiro, para que a sua chamada seja reencaminhada.

APÊNDICE XIII

Diários de Aprendizagem

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I

A Ana é uma adolescente de 17 anos, natural de Cabo-Verde, ilha do Fogo, internada no serviço de Pediatria, com o diagnóstico de insuficiência renal. Desde há alguns meses que realiza hemodiálise, tendo-se deslocado a Portugal à data para realizar cirurgia, para início de diálise peritoneal. Encontrava-se num quarto individual, na companhia da mãe. Era o seu primeiro dia de internamento e entrei no quarto com o propósito de conhecê-la um pouco melhor. A Ana sorriu quando lhe disse – Bom dia! - e manteve-se calada. Apresentei-me e fiz-lhe algumas perguntas sobre como se sentia, como era a sua vida em Cabo-Verde, como estava a ser a experiência de estar num novo país, de estar num hospital e de ir realizar uma cirurgia. A Ana respondeu à maioria das perguntas com “sim” e “não”, olhava para baixo, tapava a boca com o lençol, falava em tom baixo, abanava a cabeça, sorria e suspirava. Passados alguns minutos começou a falar em crioulo, a sua língua materna e alternava a fala com momentos de silêncio em que olhava a mãe. A D. E. nesses momentos ia traduzindo o que a filha ia dizendo. Da nossa pequena conversa percebi que a Ana, para além da escola, gostava de passear e conversar com as primas, ajudar a mãe em casa e ler livros de banda-desenhada. Esta era a primeira vez que tinha saído de Cabo-Verde e andado de avião. Sentia-se nervosa com “tudo”, contente por a mãe ter vindo com ela para ajudar, mas preocupada pela falta que estaria a fazer aos seus irmãos. No final, falei-lhe da sala de atividades e disse-lhe que era um local onde existiam jogos e livros, incluindo de banda-desenha, onde poderia ir quando sentisse vontade. Encolheu os ombros, abanou a cabeça e deixou-se ficar na cama. Olhei à minha volta e percebi que não havia nenhum livro, apenas um telemóvel pousado sobre a mesinha de cabeceira. Então, fui à sala de atividades, e levei-lhe dois livros. A Ana escolheu o de banda desenhada e sorriu. Embora de curta duração, o momento de interação com a jovem Ana constituiu uma experiência gratificante e de grande aprendizagem para mim.

Antes de entrar no quarto lembro-me de pensar em todas as mudanças que a adolescente Ana tinha passado nestes últimos dias – a saída da sua casa, do seu país, o internamento hospitalar, a futura cirurgia, a estadia num país diferente, com uma língua diferente, longe do seu ambiente familiar (escola, amigos, irmãos,

família). Ao longo da interação, fui percebendo que embora estivesse diante de uma jovem com uma doença crônica, em situação de hospitalização, ela continuava a ser uma adolescente, com as todas as características comuns da fase da adolescência. A bibliografia diz-nos que a adolescência é uma etapa do ciclo de vida marcada por grandes transformações ao nível físico, cognitivo, social, emocional e cultural, tratando-se de um complexo processo de transição para a vida adulta, onde se espera que ocorra a construção de uma identidade e a aquisição de competências, como a autonomia e a responsabilidade. Assim, apercebi-me que estava diante de uma jovem que vivenciava um momento de transição para a vida adulta, ao mesmo tempo que enfrentava uma serie de transformações na sua vida resultantes de uma situação de doença crônica. Para além de todas as mudanças “normais” ao seu desenvolvimento e crescimento resultantes da adolescência, a Ana enfrentava ainda uma situação de doença crônica, potenciadora de instabilidade para o seu quotidiano, como a saída do seu país e o internamento hospitalar. Seria ainda importante considerar que todas estas mudanças se relacionavam entre si, influenciando-se mutuamente, ou seja, a situação de doença crônica que “obrigou” a um internamento hospitalar, influenciava certamente a “normal” aquisição de competências desenvolvimentais normais da adolescência. Como estaria então, a jovem A. a vivenciar todas estas mudanças ao mesmo tempo? Como se sentia esta adolescente com todas estas “transições” (incluindo futura alteração da autoimagem, por colocação de cateter peritoneal)? Que estratégias poderia usar para a ajudar a vivenciar este momento de uma forma adaptativa, tornando-o num momento positivo, facilitador de uma aprendizagem efetiva para o desenvolvimento de competências na gestão do processo de saúde-doença?

Era imprescindível dar um sentido positivo ao acontecimento, procurando acima de tudo, maximizar as suas capacidades e potencialidades até então adquiridas. Seria importante promover, a sua autoestima e autoconfiança, através do reconhecimento das suas “forças” e competências. Assim, considerei que seria fundamental começar por estabelecer uma relação empática e de confiança, para que a adolescente se sentisse segura para falar dos sentimentos e emoções, que tais mudanças lhe estavam a provocar. Queria conhecê-la um pouco melhor - os hábitos, os gostos, a vida em Cabo-Verde, as preocupações, os medos, as dúvidas e os significados em

relação à doença, ao internamento e à cirurgia, para tentar compreender a sua perspectiva e o seu projeto de saúde. Depressa percebi que a Ana tinha dificuldade em compreender e expressar-se em português, e que todo o processo de cuidar iria ser afetado por essa mesma “diferença” cultural. A relação terapêutica, característica do exercício profissional de Enfermagem, pressupõe uma comunicação efetiva entre enfermeiro e pessoa cuidada, e neste caso, considerando a barreira “língua”, a comunicação não-verbal tornou--se no meu maior foco de atenção.

A dificuldade na compreensão e expressão da língua constituiu efetivamente uma barreira no início da relação, e por isso considero esse o ponto negativo desta interação. No entanto, considero que a “barreira da língua” teve, ao mesmo tempo, um efeito positivo na minha aprendizagem, uma vez que me obrigou a estar atenta a toda a comunicação da A. – verbal e não-verbal. Permitiu-me treinar o meu “olhar” relativamente à sua comunicação não-verbal e ainda, compreender a verdadeira importância de ter uma comunicação sensível à cultura do outro. O estar atenta ao seu comportamento não-verbal, ao olhar, à expressão facial e aos gestos permitiu-me descodificar alguns dos seus sentimentos e emoções, com possibilidade de uma maior compreensão da sua situação e de prestar cuidados sensíveis. Um dos outros momentos que considero positivo nesta interação foi o ter sentido que no final, apesar da dificuldade inicial, tinha conseguido comunicar de modo efetivo com a jovem A. iniciando assim uma relação terapêutica, de empatia, confiança e ajuda.

Durante a minha abordagem à jovem A. procurei: manter uma postura de ajuda, empatia e escuta, estar atenta à sua comunicação não-verbal, demonstrar abertura e disponibilidade, respeitando a sua privacidade, os seus silêncios e a sua tomada de decisão. A sua comunicação verbal e não-verbal - respostas “sim” e “não”, tapar a boca com o lençol, falar baixo, abanar a cabeça, transmitiam-me que a Ana se sentia pouco à vontade com as minhas perguntas, e /ou talvez com a minha presença. Como forma de diminuir esse sentimento e para lhe mostrar que a tinha escutado e compreendido, trouxe-lhe livros da sala de atividades, sendo que um era de banda desenhada (os seus preferidos).

Decerto não consegui conhecer todos os seus sentimentos, dúvidas e medos, que este momento de internamento hospitalar tinha despoletado na jovem A. nesta curta interação, mas penso que terá sido importante este primeiro contato positivo, a partir

do qual podem surgir outros igualmente enriquecedores para o desenvolvimento de uma relação de confiança e ajuda. O início de uma relação de confiança e empática, foi o ponto de partida para que a situação de hospitalização de A. pudesse tornar-se numa oportunidade de educação, capaz de trazer novas experiências em relação à doença, aperfeiçoando-se o autodomínio, que reforça a tomada de decisão, e que aumenta a independência e a autoconfiança da adolescente.

Ao longo da interação com a Ana, a sua mãe esteve sempre presente, demonstrando-se disponível para ajudar na tradução, respeitando a vontade da filha em falar ou de se manter em silêncio. Identificada pela Ana como elemento de apoio, quando afirmou que ficou contente por a mãe ter vindo com ela para Portugal e pelos olhares que trocaram ao longo de toda a interação, ficou demonstrada a importância da D. E.. Penso que teria sido importante continuar a trabalhar com a mãe da Ana, numa relação de parceria, proporcionando-lhe o desenvolvimento de habilidades para lidar com o todo o processo de doença que a filha estava a enfrentar.

Depois desta interação, sinto-me agora muito mais desperta para a importância de estar atenta e explorar todas as formas de comunicação da pessoa, recorrendo a técnicas e estratégias apropriadas à idade, ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. Elas são uma fonte reveladora de necessidades, pulsões, sentimentos e emoções, com particular relevância na fase da adolescência, que muitas vezes não transparecem nas palavras. Reconheço neste momento que a comunicação com a criança/jovem e família deve ser feita utilizando técnicas apropriadas ao seu desenvolvimento e culturalmente sensível, numa parceria de cuidar promotora da otimização da saúde. Numa próxima situação decerto irei estar desde logo atenta para toda a comunicação da pessoa cuidada, reconhecendo a importância que a mesma pode ter no estabelecimento de uma relação de empatia e confiança. O encontrar de “novas” estratégias de comunicação com a pessoa, como por exemplo a escrita, poderá ser um desafio a explorar, se a situação assim o permitir.

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II

A situação que passo a relatar aconteceu na Unidade de Adolescente onde a Maria e a Joana, jovens com 15 anos de idade, se encontravam internadas. Naquela tarde quando iniciei o turno as duas jovens encontravam-se animadamente a jogar às cartas com outros adolescentes, com sorrisos e gargalhadas, entre todos. Segui para a sala de trabalho de Enfermagem e passados alguns minutos fui alertada pelos gritos que vinham da sala de atividades. Quando cheguei ao espaço, deparei-me com uma discussão entre as duas adolescentes, com trocas de palavras agressivas – “dou-te uma estalada”, “vais levar na boca”, “parto-te a cara” e com acusações mútuas. De imediato as adolescentes foram separadas. Uma enfermeira pediu à Joana que fosse conversar com ela para o quarto, e eu fiquei na sala de atividades com a Maria. Todos os outros jovens abandonaram a sala e então pedi à Maria que se sentasse um pouco comigo. Ficamos lado a lado na mesa. A Maria começou a chorar e a soluçar. Disse-me que não queria “*ter armado toda aquela confusão*”, porque “*estava ali para se tratar*”. Depois, num tom de voz mais alto, referiu-me que “*não tinha medo*” da Joana e que se ela a ameaçasse novamente bater-lhe, “*teriam de ajustar contas*”. Nesse momento, sentava-se e levanta-se constantemente da cadeira, respirava rapidamente, soluçava, chorava e limpava logo de seguida as lágrimas com a palma da mão. Sugeri-lhe que respirasse fundo e que falasse mais devagar para que a pudesse compreender. Baixei o meu tom de voz e procurei falar pausadamente, enquanto lhe pedia que se acalmasse e me contasse o que tinha acontecido. A Maria contou-me então que se tinham desentendido porque a Joana “*não queria jogar às cartas, mas também não deixava que os outros jogassem*”. Disse-lhe que compreendia a zanga dela, mas que isso não podia ser um motivo para discutirem aos gritos, em especial porque estavam num hospital com outros jovens doentes. Escutei-a até ao fim, abanei a cabeça afirmativamente em sinal de que compreendia aquilo que me estava a dizer e quando ficou mais calma, perguntei-lhe como se sentia. A Maria respondeu-me que se sentia triste porque não queria que este conflito tivesse acontecido e porque - “*agora todas as outras pessoas vão pensar mal de mim*”. Procurei tranquilizá-la e referi que ambos os comportamentos, o seu e o da Joana, tinham sido errados.

Acrescentei ainda que o importante no momento seria que ela compreendesse que perante uma situação de conflito, gritar e/ou agredir física e verbalmente a outra pessoa, não pode ser uma solução.

Na passagem de turno anterior tinham sido transmitidas informações relativamente ao internamento da jovem Maria, que por certo acabaram por influenciar o meu sentir ao longo desta situação. A Maria é uma adolescente com uma história de absentismo escolar, alterações de comportamento com hétero-agressividade para com os pares, ideias suicidas e impulsividade. Terminou uma relação amorosa há 2 semanas e deste então tem manifestado humor triste e alguma irritabilidade, com comportamentos de desafio e oposição, segundo a mãe. O seu internamento inclusive tinha sido pós tentativa de suicídio. Perante tais informações pareceu-me evidente que a agressividade e irritabilidade demonstradas pela jovem Maria durante o incidente com a outra adolescente resultavam claramente do seu mal-estar.

Quando cheguei à sala de atividades e encontrei as duas jovens aos gritos e a agredirem-se verbalmente, senti que era necessário de imediato controlar a situação e que tal só era possível com o afastamento das duas jovens. Como a enfermeira levou a Joana para o quarto e os outros jovens também saíram da sala de atividades, senti que era o momento ideal para escutar a Maria. Seria importante que ela se acalmasse para que pudesse falar acerca do incidente, refletir sobre o que tinha acontecido, tomar consciência dos sentimentos/emoções despertados e que tinham levado ao conflito. Senti que este incidente poderia transformar-se numa oportunidade para aquela jovem aprender a lidar com as suas frustrações e dificuldades. Na avaliação da situação, realço como aspeto positivo o facto de a jovem Maria ter conseguido acalmar-se após o incidente e conversado comigo acerca dos seus sentimentos. O facto de no final da situação a jovem ter partilhado comigo que se sentia triste, foi para mim significado de que tinha conseguido estabelecer uma relação empática e de confiança, que permitiu uma abertura para a expressão de emoções. Além disso, a expressão de tristeza e de que “*não queria que aquele conflito*” tivesse existido, por parte da jovem, indica uma tomada de consciência, um amadurecimento, próprio de alguém que se encontra num complexo processo de desenvolvimento e crescimento. Como aspeto negativo desta situação refiro a minha inexperiência em gestão de conflitos, que condicionou o tomar de uma

decisão imediata sobre qual a melhor intervenção perante duas jovens em conflito. Ao refletir agora, entendo que o mais adequado pudesse ter sido sugerir à Maria para conversar no seu quarto, longe do local de conflito, em vez de ficar na sala de atividades.

Esta situação por mim experienciada encontra sentido se considerarmos que os jovens fazem parte de um grupo etário que vivencia muitas emoções, associadas às mudanças características da adolescência, como a alteração da autoimagem, a instabilidade nas relações com a família, as novas relações afetivas com os pares, a descoberta da sexualidade, a interiorização de valores e conceitos da sociedade e a definição de um projeto no futuro. Perante tal panóplia de emoções, é comum o jovem encontrar-se emocionalmente fragilizado, acabando os seus comportamentos por revelar: insegurança, tensão e indecisão (Hockenberry e Wilson, 2011). Para além desse mar de emoções, neste caso em particular é preciso considerar ainda a ansiedade gerada por um internamento hospitalar. Afastado dos amigos (pares), da escola, da família, num ambiente que lhe é estranho, desprovido das suas rotinas diárias, o adolescente experimenta sentimentos de solidão e de frustração (Barroqueiro, 1996). Se as emoções têm uma função biológica de produzir uma reação específica (comportamento) para determinada situação, atuando como motor para ação tal como refere Damásio (2001), então as condutas da jovem Maria refletiram uma explosão de sentimentos, relacionada com as suas experiências emocionais negativas – internamento hospitalar, terminus de relacionamento amoroso, dificuldade na relação com os pares – e que resultou numa situação de mal-estar, com consequências para a sua saúde.

A situação do incidente aconteceu muito rapidamente com necessidade de uma resposta imediata, para que não tomasse outras proporções. A minha intervenção foi sobretudo de escutar a jovem Maria, compreender como se sentia, procurar que se acalmasse e fazê-la tomar consciência do que tinha acontecido. As experiências emocionais negativas vivenciadas pela Maria provocaram um mal-estar, que se traduziu em comportamentos de agressividade e oposição. O que procurei numa primeira intervenção foi escutar a Maria, conhecer a sua opinião, com o intuito de diminuir a sua ansiedade, iniciar o desenvolvimento de uma relação terapêutica e de confiança, capaz de facilitar futuros momentos de expressão. Perante os

conhecimentos e capacidades adquiridas na resolução desta situação de conflito, como plano de ação para uma próxima situação semelhante, será importante melhorar a tomada de decisão imediata. Embora se constitua sempre como um incidente, um conflito pode também ser gerador de uma aprendizagem, sendo o momento ideal para aprendermos sobre nós, sobre os nossos sentimentos e comportamentos. Só com esse autoconhecimento e autoconsciência é possível encontrar estratégias que permitam relacionarmo-nos com os outros, no respeito pelas diferenças, numa atitude responsável e geradora de bem-estar. No caso dos jovens em particular, a intervenção do profissional de saúde, direciona-se para a capacitação, através da aquisição de competências, para enfrentar todas os problemas e sentimentos negativos, que vão surgindo ao longo da sua vida. Considerando que os jovens se encontram num processo de construção de uma identidade, essa capacitação passa muito pelo reforço da autoestima e da autoconfiança, que promove a autonomia e a responsabilidade, contribuindo de forma efetiva para um desenvolvimento e crescimento saudável.

Referências Bibliográficas

Barroqueiro, M. C. M. G. (1996). *Experiência de hospitalização no adolescente*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada na Universidade Católica Portuguesa, consultada em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/2202>

Damásio, A. (2001). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção, e a Neurobiologia do Sentir*. Mem Martins: Publicações Europa América.

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência. ISBN: 987-989-748-004-1

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM III

A situação que passo a relatar aconteceu no serviço de urgência pediátrica, numa interação que mantive com a jovem Rita, uma adolescente de 13 anos que se encontrava internada por dores abdominais, que persistiam há dois dias. Aguardava naquele momento, os resultados de análises e outros exames complementares de diagnóstico. Os pais que a acompanhavam tinham-se ausentado por momentos e a Rita encontrava-se sozinha, deitada sobre a cama, com um fâcies triste e desanimado. Aproximei-me da jovem e perguntei-lhe se ainda tinha dores abdominais, dizendo que se fosse necessário poderia tomar algum medicamento, ou podíamos tentar outras estratégias de alívio da dor. A Rita disse-me que já não lhe doía quase nada, e que estava “só triste” porque o avô, que por coincidência se encontrava internado no mesmo hospital, tinha falecido naquela manhã. A jovem, com um olhar cabisbaixo, verbalizou que tinha muita pena de não se ter despedido do avô e acrescentou que provavelmente também não iria ao funeral, porque os pais normalmente “*não deixam ir a esses sítios*”, para “*não ver todas as outras pessoas a chorar*”. Procurei então compreender a relação da jovem com o avô, e a Rita contou-me que não via o avô há algum tempo, porque ele tinha ido residir par um “lar de idosos”, mas como o lar ficava longe, ainda não tinha ido lá visitá-lo. A jovem Rita olhou para mim com ar muito sério, e perguntou – “*o pai disse que o avô tinha pedido que quando morresse queria ser cremado, e não enterrado... como é que isso se faz?*” Expliquei à Rita que ser cremado significava que o corpo do avô era colocado num caixão e vez de ser enterrado na terra, era queimado num local próprio, sendo as cinzas entregues aos familiares, conforme as pessoas desejassem. A Rita ia ouvindo com atenção a minha explicação e assentindo com a cabeça. Por fim, disse-me que isto lhe fazia alguma confusão e que tinha estado a pensar que assim não ia levar flores ao avô no cemitério, como fazia com os outros avós. Disse à adolescente que embora fosse um pouco confuso agora, mas se este era um desejo do avô, era importante respeitar e cumprir o seu pedido. Para tentar tranquilizar a jovem Rita, disse-lhe que embora não pudesse efetivamente ir ao cemitério como fazia com os outros avós, poderia ter uma flor em casa e lembrar-se, sempre que quisesse e em qualquer momento da sua vida, do avô. Por fim, disse-

lhe que era normal neste momento sentir-se triste e confusa e que muitas vezes conversar sobre o assunto, com os pais, irmã, ou alguém de confiança, pode ajudar a esclarecer dúvidas, e a voltar a sentir-se bem.

Esta interação com a jovem Rita foi de extrema importância para a minha aprendizagem neste contexto de estágio. Quando percebi que a Rita se encontrava sozinha e com um fâcies triste, o meu primeiro pensamento foi que estivesse desanimada pelo internamento, e/ou com dores abdominais, visto que era esse o seu motivo de vinda ao serviço de urgência. Aproximei-me da adolescente com o intuito de avaliar a sua dor e delinear uma estratégia, farmacológica (analgésico), ou não farmacológica (distração), que pudesse aliviar o seu sofrimento, fornecendo-lhe conforto e bem-estar. À medida que fui conversando com a jovem, a Rita acabou por me revelar que o fundamento da sua tristeza estava sobretudo relacionado com a morte do avô. Embora não fosse esse o motivo da sua hospitalização, era esta a sua preocupação e a sua principal necessidade/problema no momento. Senti então que era essencial para o seu bem-estar, conversar um pouco sobre este assunto, no sentido de conhecer as sensações/emoções que tal situação lhe estava a suscitar, compreender os seus sentimentos de confusão, esclarecer dúvidas, ajudando-a a tranquilizar-se e a procurar o seu bem-estar.

Na avaliação da situação destaco como aspeto positivo, o facto de ter conseguido tornar o momento do internamento hospitalar, numa oportunidade de aprendizagem para a jovem Rita. Embora o verdadeiro motivo de vinda ao serviço de urgência fosse outro, foi possível identificar uma situação problemática, reconhecer necessidades, o que possibilitou uma intervenção capaz de contribuir para o seu desenvolvimento e crescimento, com aquisição de conhecimentos e competências. A situação de hospitalização da jovem tornou-se no momento ideal para a ajudar a refletir e a desenvolver capacidades pessoais, que permitam ser bem-sucedida na resolução de problemas, adquirindo ao mesmo tempo competências para enfrentar dificuldades futuras, relacionadas com perdas de pessoas significativas. Em termos negativos, considero que antes de iniciar a interação com a jovem Rita, assumi que a sua tristeza e desânimo se encontravam relacionadas somente com as dores abdominais, identificadas à entrada da urgência. No entanto, apenas após realizar uma avaliação global da situação e adquirir um conhecimento da totalidade da e

especificidade das situação da adolescente, foi possível delinear intervenções sensíveis às suas necessidades. Esta situação por mim vivenciada encontra sentido, se se considerar a morte como parte integrante do percurso de vida e a adolescência como uma etapa do ciclo de vida, onde a capacitação do jovem através da aquisição de conhecimentos, pode influenciar de forma positiva o seu crescimento e desenvolvimento, ao nível afetivo e emocional.

A adolescência é um dos períodos de maiores e mais radicais desenvolvimentos no ciclo da vida humana, com importantes alterações físicas, cognitivas, afetivo-emocionais e psicossociais. Um dos maiores desafios do adolescente é encontrar-se a si e aos outros, enquanto procura descobrir o seu papel e lugar na sociedade. Esta busca de identidade acontece, através de experiências, vivências e escolhas, sendo que para o adolescente é como se a morte não existisse, numa vivência de onipotência total. Para os jovens a vida encontra-se associada aos amigos e à diversão, enquanto a morte relaciona-se com saudade, tristeza e sofrimento. Em particular para as raparigas, a vida encontra-se no relacionamento com os outros, e a morte no afastamento do outro e no ritualismo. De facto, mesmo para os adultos a morte é algo estranho e incómodo, desde os rituais que se lhe associam (velório, caixão, funeral, enterramento ou cremação), até à decomposição do corpo e à ausência da pessoa que parte (Rodrigues, Oliveira e Sampaio, 2010). A jovem Rita faz precisamente referência a estes rituais, como algo que lhe causa estranheza e confusão. Piaget, na sua teoria do desenvolvimento cognitivo, situa o adolescente, no estágio das operações formais, onde ao nível do cérebro, dá-se o desenvolvimento das áreas responsáveis pela linguagem, pelo planeamento a longo prazo e pelo controlo das emoções. O pensamento torna-se abstrato, para lá do presente, sendo o adolescente capaz de lidar com situações hipotéticas, pensar sobre possibilidades, imaginar-se e projetar-se no futuro (Hockenberry e Wilson, 2014). Deste modo, a partir dos 10 anos de idade o conceito definitivo da morte encontra-se já formado, enquanto situação irreversível. O jovem, enquanto ser que consegue agora pensar de modo abstrato, projetar-se e refletir acerca do seu futuro, apresenta expectativas, desejos e sonhos, incompatíveis com a situação de finitude que é morte. Assim, a morte traz muitas vezes ao adolescente a sensação de perda de controlo, abandono e sentimentos de profunda tristeza.

Ao longo da interação que estabeleci com a Rita procurei criar um momento empático, de comunicação aberta, que facilitasse a expressão de sentimentos e dúvidas, relacionadas com a morte. Desta forma foi possível perceber as suas experiências anteriores, responder às suas questões e transmitir informações concretas que lhe permitissem uma compreensão maior da situação vivenciada. O foco da minha intervenção foi sobretudo de escutar a Rita, conhecer as suas necessidades/problemas, esclarecer as suas dúvidas, tranquilizá-la e ao mesmo tempo capacitá-la, através da aquisição de conhecimentos, para conseguir enfrentar situações semelhantes futuras, contribuindo desta forma para o seu crescimento e desenvolvimento.

Após esta reflexão considero que teria sido benéfico conversar também com os pais da Rita acerca da situação, uma vez que, embora na adolescência as atenções se centrem fora da família, particularmente nos pares, ela permanece como elemento integrador na vida do jovem. Assegurando confidencialidade máxima da interação que mantive com a jovem Rita, penso que teria sido importante alertar os pais para os sentimentos de tristeza e confusão verbalizados pela adolescente, no sentido de ficarem mais atentos e despertos para os seus comportamentos, capacitando os pais para a deteção precoce de qualquer situação problemática. Numa relação aberta e colaborativa, a partilha de conhecimentos com pais, através de uma relação de parceria, poderia ter sido uma mais-valia, com contributos para a sua capacitação, enquanto principais cuidadores.

Como plano de ação para uma próxima situação semelhante, penso que a minha intervenção pode melhorar, reconhecendo que é essencial ter um conhecimento da totalidade da pessoa e da sua situação, não recorrendo apenas aos dados colhidos num primeiro momento de interação. Só desta forma é possível reconhecer necessidades reais e conceber estratégias sensíveis aos problemas identificados, no sentido de promover um crescimento e desenvolvimento juvenil, saudável. Concebendo a família como contexto primordial do jovem, pelo facto de este se encontrar dependente para suprimir as suas necessidades económicas e emocionais, o trabalho em parceria com os pais reveste-se de particular importância, em especial, na mobilização dos recursos de suporte da família, na capacitação,

reconhecimento de habilidades e competências dos pais, enquanto primeiros cuidadores.

Referências Bibliográficas

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência. ISBN: 987-989-748-004-1

Rodrigues, R., Oliveira, O., Sampaio, D. (2010), O som e os outros na vida e na morte: Percepções da vida e da morte na adolescência. *Psychologica* nº 52 – Vol1, pp 99-121.

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM IV

A Ana é uma jovem de 17 anos, estudante do 11º ano, que se encontrava internada no serviço de urgência, após ter sido trazida pelo INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) pelas 5h da manhã. Na passagem de turno da manhã, foi referenciado que a jovem à chegada ao hospital estava acompanhada por duas amigas, e que se apresentava sonolenta e com tremores. Foram realizados vários procedimentos, incluindo análises que revelaram etilismo, e consumo de canabinoides. No início do turno da manhã, a jovem encontrava-se acordada, um pouco assustada, olhando para todos os lados. Aproximei-me dela e perguntei-lhe como se sentia, explicando-lhe que estava na urgência de um hospital, que as suas amigas a tinham trazido e que a sua família tinha já sido contactada, para que soubessem que se encontrava ali. A Ana disse-me que não se lembrava de a terem trazido para o hospital, nem de nada do que tinha acontecido, para estar ali. Expliquei-lhe então que as amigas a tinham encontrado num banco na rua e como a jovem se encontrava inconsciente, ficaram assustadas e resolveram chamar o INEM, que a trouxe para o hospital. A Ana começou de imediato a chorar, tapou a cara com as mãos e disse-me que estava muito envergonhada com a situação, e que queria ir embora para casa. Aos soluços e abanado a cabeça em sentido negativo, referiu-me que não queria que nada daquilo tivesse acontecido e que não queria falar sobre o assunto. Mantive-me em silêncio durante alguns minutos e esperei que se acalmasse. Depois sentei-me ao seu lado na cama e pedi-lhe que me contasse o que se lembrava daquela noite. Respondeu-me que tinha saído de casa para ir a uma festa com amigas e amigos da escola. Lembrava-se de ter bebido álcool “*numa quantidade acima do normal*”, porque era a primeira vez que ia a uma festa com as amigas. Recordava-se que estava a adorar a festa, porque se sentia “*à vontade com todos*” e tinha “*dançado muito com as amigas*”. A meio da noite começou a sentir-se “*tonta e enjoada*” e foi então que decidiu vir apanhar ar fora do recinto da festa. Depois disso não se lembrava de mais nada, senão acordar no hospital. Veio-me à memória o resultado das análises e perguntei-lhe se alguma vez tinha fumado, tabaco ou outras drogas. A Ana com o olhar em baixo respondeu que já tinha experimentado com as amigas, mas que naquela noite não tinha chegado a

fumar. Expliquei-lhe que pretendia ajudar e não julgar, para que pudesse sentir-se melhor e regressar a casa. Referi que era importante falar sobre o que aconteceu, para que juntas pudéssemos compreender o motivo do seu mal-estar, que tinha originado o seu internamento na urgência. Disse-lhe então que as sensações que tinha acabado de referir (tonturas e enjoos) aconteciam muitas vezes quando se bebia álcool em excesso e fumava tabaco ou drogas. Expliquei-lhe também de que forma o consumo de álcool e as drogas, podem ser prejudiciais para o organismo humano, para sua saúde e desenvolvimento. A Ana ia assentindo com a cabeça, e dizendo “eu sei”. Acrescentei que era normal que saísse com as amigas para dançar, mas que como as discotecas são locais onde existe álcool e drogas, o importante era, agora que detinha conhecimentos, lembrar-se dos malefícios do consumo dos mesmos, ser responsável pelos seus comportamentos. No final, cobriu-se com o lençol até à cabeça e referiu-me que apenas queria ir para casa para esquecer que tudo aquilo tinha acontecido. Disse-lhe que ia respeitar o seu silêncio, mas que estava disponível se quisesse conversar.

Esta curta interação com a jovem Ana despertou em mim vários sentimentos. Detendo conhecimentos acerca dos efeitos que o álcool e as drogas podem provocar no organismo humano, senti que era importante falar à jovem das consequências negativas que o seu comportamento (consumo excessivo de álcool) pode ter na sua saúde. Refleti de seguida, que os problemas de saúde dos adolescentes resultam sobretudo dos seus comportamentos de risco, como o consumo de álcool, estando os mesmos relacionados com a sua conduta exploratória, normal ao percurso de desenvolvimento da adolescência. Qual seria então a melhor intervenção a ter com a jovem, no sentido de uma tomada de consciência, dos resultados do seu comportamento? Seria este, o momento e local adequado para a tomada de consciência, tendo em conta a proximidade do incidente e a situação de hospitalização? Assim, decidi que a minha intervenção deveria ter como propósito estabelecer uma relação de empatia com a jovem, escutando-a e ajudando-a a refletir acerca do sucedido, para que pudesse reconhecer que o seu comportamento de (risco) - consumo de álcool em excesso - lhe tinha provocado mal-estar e prejudicado gravemente a sua saúde. O desejável seria capacitar a jovem, com recurso à aquisição de competências e conhecimentos para enfrentar

situações semelhantes futuras, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde.

Na avaliação da situação considero como aspetos positivos o facto de ter conseguido estabelecer uma relação de parceria com a jovem, no respeito pelos seus silêncios e sentimentos, assegurando sigilo e confidencialidade, dos dados revelados. Esta relação permitiu que a adolescente se sentisse confiante e segura para revelar que já tinha experimentado fumar e que o consumo de álcool na noite da festa tinha sido numa quantidade acima do normal. Outro aspeto positivo desta situação foi o facto de ter encarado este internamento como uma oportunidade de aprendizagem para a jovem, no sentido da aquisição conhecimentos e capacidades, contribuindo para que numa situação semelhante, a sua tomada de decisão fosse refletida e informada, estimulando assim o desenvolvimento da sua autonomia e do sentido de responsabilidade.

A sala de observações do serviço da urgência pediátrica, onde se encontrava internada a jovem, constitui-se num espaço amplo com 6 camas, onde crianças e famílias estão separadas fisicamente por cortinas, sem impermeabilização do som. Desta forma, a privacidade e a confidencialidade das interações estabelecidas não são completamente asseguradas, considerando-se este um aspeto negativo, podendo ter contribuído para a renitência da jovem em manter uma interação mais longa. É ainda importante considerar que a jovem se encontrava física e emocionalmente debilitada e ainda numa situação de hospitalização, tida sempre como perturbadora para os adolescentes, o que dificultou no desenvolvimento de uma relação de proximidade.

A situação referida encontra sentido se considerarmos que os problemas de saúde dos jovens de hoje resultam não de patologias, mas sim de comportamentos (de risco), estando descritos como: o consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas), os desequilíbrios alimentares (consumo alimentar/sedentarismo), as infeções por doenças sexualmente transmissíveis (VIH/Sida) e a parentalidade precoce (Matos 2012, Relatório do Estudo HBSC - Health Behaviour School Children; DGS, 2013). O consumo de álcool no jovem poder ser sinal de emancipação, o desejo de reconhecimento de uma mudança de estatuto, e/ou a necessidade de ser aceite pelo grupo. Assim, não nos podemos esquecer que muitas das condutas de risco

assumidas pelos adolescentes, não são mais do que a sua forma de ensaiar, experimentar e testar. Esta conduta exploratória encontra-se na linha da descoberta e da avaliação das capacidades já adquiridas, e é assim que deve ser encarada (Fonseca, 2012). Capacitar o jovem, de modo a que adquira competências para enfrentar riscos, e transformá-los em oportunidades de crescimento e desenvolvimento, é uma forma de permitir ao adolescente adaptar-se à nova realidade do mundo adulto e escolher de modo responsável. A presença do adolescente nos serviços de saúde constitui uma oportunidade para potenciar as competências desenvolvimentais até aí adquiridas, pois são elas que lhe permitem compreender melhor o mundo que o rodeia, assumir responsabilidades e participar ativamente em tudo que lhe diz respeito, incluindo na sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Durante a interação com a jovem procurei facilitar a expressão de sentimentos, emoções e necessidades, realizando uma escuta ativa. Numa perspetiva de respeito pela sua individualidade e pela sua crescente conquista de autonomia, procurei que refletisse e tomasse consciência do que tinha acontecido e de como o seu comportamento (consumo excessivo de álcool) tinha conduzido a um mal-estar. De modo a melhorar a minha intervenção penso que teria sido essencial dispor de mais tempo para a interação com a jovem, para que se sentisse melhor, em termos físicos e emocionais, existindo assim a possibilidade de nos deslocarmos para um espaço com maior privacidade, assegurando total confidencialidade e sigilo das informações que me ia transmitindo.

Como plano de ação para uma próxima situação semelhante é essencial que sejam asseguradas as condições necessárias para a construção de uma relação empática, que garantem o reconhecimento da individualidade, autonomia e crescente responsabilidade do adolescente, pela sua própria saúde. Sem realizar juízos de valor, ou julgamentos, será importante alertar e demonstrar ao jovem, que todos os comportamentos humanos têm consequências, algumas negativas, outras positivas. O comportamento referido – consumo de álcool - tinha posto em risco a saúde da adolescente, com um impacto negativo para o seu crescimento e desenvolvimento. Uma vez que, a vivência do risco e a confrontação com a necessidade de fazer escolhas fazem parte do processo de desenvolvimento do adolescente, essencial na

construção da sua autonomia, então importará acima de tudo ajudar o jovem a adquirir competências e conhecimentos para uma tomada de decisão, informada e consciente.

Referências Bibliográficas

Direção Geral de Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 14/08/2013. Disponível em www.dgs.pt

Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes, um desafio para pais e educadores*. 6ª Edição. Barcarena. Editorial Presença

Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira M., Ramiro, L., ... Diniz, J. A. (2012). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana / Universidade Técnica de Lisboa. ISBN 978-989-95849-5-2

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-95849-5-2

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM V

O Felisberto é um jovem de 14 anos que se encontrava internado na unidade de cuidados intensivos pediátricos, transferido da urgência pediátrica, por queixas dolorosas na região dorsal e lombosagrada, relacionadas com os antecedentes de drepanocitose, diagnóstico médico realizado há 4 anos. Quando iniciei o turno o Felisberto encontrava-se na companhia do pai, agitado, balouçando o corpo de um lado para o outro no leito. Aproximei-me da família e perguntei ao Felisberto se estava com dores. O jovem disse-me que sim, referindo que as dores tinham desaparecido, mas que estavam a começar a voltar. Disse-lhe então que era importante percebermos a intensidade da sua dor, para que pudesse tomar a medicação certa, e a mais eficaz para as suas dores. Expliquei-lhe como funcionava a escala numérica de avaliação da dor e de seguida perguntei-lhe qual seria o número correspondente à sua dor. Respondeu-me que naquele momento a sua dor correspondia ao número 7. Após alguns minutos, regresssei ao pé da família já com a medicação analgésica prescrita, para iniciar terapêutica endovenosa. As lágrimas escorriam na cara do Felisberto e o seu fôlego era doloroso. Encontrava-se já em decúbito ventral, pedindo ao pai que lhe massajasse as costas, em especial na região lombosagrada. O pai do Felisberto, sem nunca parar de massajar as costas do filho, olhou para mim, e perguntou – “posso fazer mais alguma coisa, para aliviar o sofrimento do meu filho?”. Respondi-lhe que estava já a fazer a massagem, o que era ótimo e iria por certo ajudar o filho, em conjunto com a medicação. Uma vez que esta não era a primeira situação de crise do Felisberto, com dores na região cervical e lombar, questionei o pai se a aplicação de calor local costumava aliviar a dor do jovem. O pai respondeu-me que por vezes utilizavam o saco de água quente e ajudava. Peguei na mão do Felisberto e disse-lhe baixinho que a medicação para as dores estava já administrada, e que enquanto o pai continuava a fazer a massagem ia buscar-lhe “algo quente” para as costas, para ajudar mais um bocadinho. O Felisberto apertou a minha mão com força e abanou a cabeça em sentido afirmativo. Voltei pouco depois com um saco térmico que coloquei na região lombar. Observando que o pai trocava rapidamente de mãos nas costas do Felisberto, perguntei-lhe se queria que fizesse eu agora massagem para descansar um pouco.

Respondeu-me que sim. Continuei a massagem, alternando entre a região dorsal e a região lombar, apenas com a mão direita, porque a esquerda o Felisberto ia apertando de cada vez que fica com dores. Aos poucos foi acalmando, até adormecer e largar a minha mão.

No início desta interação com o Felisberto e sua família senti-me ansiosa e angustiada. Ansiosa, por perceber pelo fácies doloroso, pela verbalização de dor e pelo comportamento (balouçar do corpo) que o jovem Felisberto se encontrava numa situação de grande sofrimento, sendo necessário uma intervenção rápida e eficaz da minha parte, que o pudesse ajudar a aliviar a dor. Angustiada, por considerar que a medicação analgésica demoraria o seu tempo a fazer efeito e até lá o jovem iria continuar com dores. No final senti-me mais confiante, ao perceber que consegui ajudar o Felisberto a ultrapassar aquele momento doloroso, com recurso a uma intervenção não-farmacológica em complemento da analgesia.

Relembrando agora a situação de interação com o Felisberto, considero como pontos positivos, a avaliação da dor, de acordo com uma escala numérica, adequada à idade do jovem, que me permitiu compreender a intensidade da dor do adolescente e tomar uma decisão relativamente aos meios a utilizar para o alívio da dor, e a promoção do bem-estar, físico e emocional, do jovem e família. Considero ainda como aspeto positivo o facto de ter optado pelas intervenções não farmacológicas de massagem e aplicação de calor local para o alívio da dor, em complemento da medicação analgésica, pela sua comprovada eficácia, no caso particular do Felisberto. Destaco por fim, o toque, como elemento facilitador para estabelecer uma relação de confiança e esperança com o jovem, em situação de dor. Como pontos negativos desta situação, refiro a minha inexperiência em cuidar de crianças/jovens e famílias em situação crítica, considerando que poderia ter sido fundamental no alívio da dor do Felisberto, promover o uso de medidas não farmacológicas logo numa primeira abordagem, enquanto preparava a medicação analgésica.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2003) instituiu a dor como 5º sinal vital, considerando como boa prática, a sua avaliação e registo regular da intensidade, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. A dor é por definição uma experiência subjetiva, pelo que a forma como se vive e classifica a dor de cada um é

única e intransmissível, dando-lhe por este motivo, uma necessidade de intervenção individualizada. No caso da criança, a dor apresenta uma enorme variabilidade como se expressa, devido às especificidades de cada grupo etário, que vai desde o recém-nascido ao adolescente. Assim, reconhecer a individualidade da dor na criança, quer na sua perceção, quer na sua manifestação, leva os enfermeiros a prestar cuidados diferenciados, ajudando a criança a lidar com a situação da dor (OE, 2013). Uma vez identificado o fenómeno dor, é necessário proceder à avaliação da sua intensidade, utilizando instrumentos de avaliação recomendados, relativamente à idade, desenvolvimento da criança e boas práticas da avaliação da dor. Os instrumentos de avaliação, nomeadamente escalas, garantem a uniformidade da linguagem na equipa de saúde, facilitando a tomada de decisão, e a adaptação de forma personalizada, do controlo da dor e da consistência da avaliação (DGS, 2010). As escalas de avaliação da dor são instrumentos a que os enfermeiros recorrem para facilitar as crianças a relatarem a sua dor, sendo que na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, a escala numérica é a mais utilizada para os jovens com capacidade de verbalizar a dor que sentem, como o Felisberto. A Ordem dos Enfermeiros, no seu Regulamento de Competências Específicas de EEESIP refere que na procura permanente de excelência profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar da criança e família, tomando como foco de atenção a dor na criança, adotando estratégias que estejam ao seu alcance para prevenir e controlar a dor em todas as situações (OE, 2010). A presença dos pais no processo de gestão da dor na criança assume particular relevância, nomeadamente na planificação de intervenções individualizadas, cabendo assim ao EEESCJ trabalhar em parceria com os pais, de forma a avaliar a dor na criança/jovem e a decidir quais intervenções eficazes. A prática de Enfermagem na área de intervenção do controlo da dor na criança contempla a utilização de medidas farmacológicas, mas também de medidas não-farmacológicas, consideradas as últimas como intervenções autónomas de enfermagem. As medidas não farmacológicas são um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em complemento dos analgésicos, aumentando o sentimento de controlo da dor e promovendo uma maior autonomia da criança. A sua seleção deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica (OE,

2013). No alívio da dor do jovem Felisberto, foram escolhidas como medidas não-farmacológicas, em complemento dos analgésicos administrados, a massagem e a aplicação de calor. Esta tomada de decisão ficou a dever-se ao facto de ter questionado o pai acerca da história da dor do Felisberto, com o intuito de compreender que medidas tinham resultado em situações semelhantes anteriores, e pela preferência do próprio adolescente. Relativamente ao “toque”, enquanto elemento facilitador da interação entre mim e o jovem Felisberto, Roxo (2008) demonstra a existência de benefícios do toque para a relação, tais como: segurança, compreensão, sinceridade, preocupação, respeito, apoio, tranquilização, encorajamento, desejo de ajudar e desejo de se envolver. De facto, o “toque” foi tido como uma experiência marcante, que deu muito sentido à minha interação com o jovem, permitindo que se estabelecesse uma relação de proximidade, ajuda e esperança.

Na avaliação da situação, refletindo acerca da minha intervenção enquanto futura EEESCJ, penso que um dos aspetos a melhorar seria a utilização de medidas não-farmacológicas desde o primeiro momento. Para tal, seria essencial realizar uma história da dor do jovem, numa partilha de conhecimentos com a família, por forma a deter conhecimentos acerca de quais as medidas que habitualmente utiliza, com resultados no alívio da dor, permitindo uma intervenção mais individualizada.

Como plano de ação para uma próxima situação semelhante penso que será importante estabelecer uma relação de proximidade e empatia, com o jovem/família com dor, realizar uma história da dor, tão cedo quanto possível, avaliar a dor sistematicamente, de acordo com escalas adequadas, e proporcionar medidas farmacológicas e não-farmacológicas no controlo e alívio da dor, sempre que necessário. Sendo da responsabilidade do EEESIP a otimização do bem-estar da criança/jovem e família, traduzida por um desenvolvimento e crescimento harmonioso, um dos focos de atenção dos cuidados de enfermagem será a implementação de medidas, farmacológicas e não farmacológicas, numa adequada gestão da dor na criança/jovem.

Referências Bibliográficas

Direção Geral de Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: DGS (Circular Normativa nº9/DGCG/2003)

Direção Geral de Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º14/2010. Consultado a 14/01/2014. Disponível em www.dgs.pt.

IAC (Instituto de Apoio à Criança) (1988). *Carta da Criança Hospitalizada: Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança*. European Association for Children in Hospital (EACH).

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento n.º 123/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido a 30/03/2013. Obtido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não-Farmacológicas no controlo da dor na criança*. ISBN 978-989-844423-3

Roxo, J. R. S. (2008). O toque na prática clínica. *Revista Referência*. IIª Série. Nº6 Junho. pp. 77-89

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM VI

O João é um toddler de 18 meses internado na unidade de cuidados intensivos desde há 6 semanas, com o diagnóstico médico de hepatoblastoma. Devido à sua baixa imunidade, como forma de proteção, o João encontrava-se num quarto de isolamento, na companhia dos pais. Naquela manhã entrei pela primeira vez no quarto do João e num primeiro olhar deparei-me com uma criança rodeada de sondas, cateteres, terapêuticas, monitores, ventilador e outros dispositivos, com alarmes sonoros, necessários à sua situação clínica. Entubado, e a realizar ventilação assistida por dificuldade respiratória, o João tinha alguma dificuldade em “vocalizar”, mas expressava-se quando falávamos com ele, mexendo braços e as pernas energicamente. O seu olhar, um pouco assustado, seguia todos movimentos que fazia para lhe prestar cuidados. Deparei-me com a necessidade de realizar várias técnicas, algumas invasivas e dolorosas, sendo que procurava ao mesmo tempo, conversar com o João e com os pais. De repente, fora do quarto, espreitaram por entre os vidros os “doutores palhaços” da operação nariz vermelho, que captaram de imediato a atenção do João. Estavam vestidos com chapéus, roupa colorida e cara pintada, e faziam inúmeras expressões faciais, dançavam, deixando o João com um olhar atento e de espanto. Tinham uma caixa de música, que colocaram junto ao vidro e que começou a tocar uma música. O João estendeu os braços na sua direção, procurando ao mesmo tempo voltar o seu corpo para a janela onde estavam os palhaços. Reposicionando toda a panóplia de dispositivos, necessários à especificidade dos cuidados prestados, colocou-se a cama do João o mais próximo possível da janela onde estavam os palhaços e ajudámo-lo a rodar o seu corpo. Naquele momento parámos de prestar cuidados e ficámos em silêncio, a ouvir a música que vinha lá de fora, e a observar o João. O João dava grandes sorrisos, olhava para os pais, e voltava-se novamente para os palhaços. Foram momentos muito emocionais.

A interação que acabei de referir despertou em mim vários sentimentos. No início, tendo um conhecimento prévio da complexidade da situação clínica do João, mas com uma total inexperiência na área dos cuidados intensivos pediátricos, senti-me um pouco insegura acerca da minha intervenção, considerando a exigência e

especificidade dos cuidados a prestar aquela criança e família. A situação era complexa e exigia uma intervenção também complexa, quer no âmbito dos vários procedimentos técnicos a realizar, quer no processo relacional com o João e os pais. No final da interação compreendi que para uma prestação de cuidados efetivos, era necessário atentar que o João tinha necessidades específicas relacionadas com a sua situação clínica, mas também exigências desenvolvimentais, sendo uma criança em plena aquisição e treino de capacidades. Tal conceção fez-me sentir confiante, e motivada para adquirir competências, no sentido de lhe prestar cuidados de forma segura e que promovessem o seu bem-estar, desenvolvimento, suprimindo as suas necessidades.

Relativamente aos aspetos positivos desta interação, destaco o sorriso e a alegria do João, proporcionado em grande parte pela intervenção dos palhaços. Ao perceber o sorriso do João, a equipa de saúde procurou aproximar a cama da criança dos vidros, mobilizando todos os dispositivos inerentes ao seu tratamento, para que ficasse mais próximo dos palhaços, proporcionando-lhe uma experiência emocional positiva. Foi esse o culminar da minha intervenção e o momento que me fez confrontar com as minhas próprias inseguranças, refletindo acerca da importância de encarar a totalidade da criança, no sentido de encontrar uma estratégia sensível ao seu bem-estar físico e psicossocial. Considero este um momento muito positivo na minha aprendizagem por ter permitido conhecer a totalidade do João e assim encará-lo como uma criança numa situação de hospitalização que exige uma prestação de cuidados complexos, mas também a satisfação de necessidades inerentes à sua etapa de desenvolvimento. Em termos de desenvolvimento de competências comunicacionais, este foi também um momento muito positivo, o que facilitou o desenvolvimento de uma relação com o João e família.

Os aspetos negativos desta interação relacionam-se sobretudo com a minha inexperiência em cuidar de crianças e famílias em situação crítica e de me ter sentido apreensiva e insegura relativamente à minha intervenção. Tal insegurança ficou a dever-se à necessidade de responder de forma global às necessidades do João/pais, onde se incluíam abordagens de ordem técnica, relacional e afetiva, numa complexidade de cuidados. Considero inclusive que inicialmente o meu foco

de atenção incidiu mais na abordagem técnica dos cuidados, por me sentir insegura pela panóplia de dispositivos desconhecidos. Numa situação de especial complexidade, como é o caso da doença oncológica, a prestação de cuidados criança e família, exige um largo espectro de abordagens, com necessidade de considerar a especificidade da etapa do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança. Em termos desenvolvimentais, os toddlers, crianças com idades compreendidas entre os 12 meses e os 3 anos como é o caso do João, comunicam intencionalmente com gestos, vocalizações e verbalizações. Ainda incapazes de usar palavras, comunicam sentimentos e necessidades, através de comportamentos não-verbais, sendo que por norma, sorriem quando estão contentes e choram quando estão desagradados. As tarefas normativas de desenvolvimento ao longo da infância centram-se na aquisição de autonomia e no incrementar de um sentido do “eu”, sendo que nos toddlers estas aquisições fazem-se aprendendo através de experiências sensoriomotoras. Assim reconhece-se como intervenção de suporte às necessidades de desenvolvimento dos toddlers, proporcionar experiências sensoriais, como o brincar utilizando a música (Hockenberry e Wilson, 2014). O momento de interação com os palhaços e música foi visivelmente uma experiência positiva para o João, quer em termos desenvolvimentais, quer como momento de bem-estar e distração das várias técnicas a que era submetido, durante a prestação de cuidados. O aproximar da cama do João dos vidros onde estavam os palhaços e o suspender da prestação de cuidados, por breves momentos, fez-se com o propósito de ajudar a criança a vivenciar de forma plena, aquele momento que lhe tinha trazido um sorriso, contribuindo para o seu bem-estar e desenvolvimento emocional. As crianças e suas famílias que vivem uma situação de doença e hospitalização, beneficiam de contextos relacionais com uma tonalidade afetiva que promova as suas forças, resistências e adaptação à situação, tal como o seu bem-estar e desenvolvimento. Considera-se ainda que na abordagem ao cliente pediátrico, é essencial que existam momentos exclusivamente para dar carinho, colo ou para uma brincadeira (Diogo, 2010). Com contributos ao nível relacional e afetivo, a interação com os palhaços foi momento privilegiado, pois permitiu ao João sensações de bem-estar e alegria, facilitando a vivência de um internamento hospitalar.

Watson (2009) realça que num ambiente onde prevalece a tecnologia, é necessário que os enfermeiros estejam conscientes da necessidade de ligação com o outro, mediante demonstrações de compaixão, carinho e sensibilidade sincera. O ambiente hospitalar onde sem encontrava o João era efetivamente muito tecnológico, com muitos dispositivos que alarmavam constantemente, com muito material clínico disposto numa bancada, tendo sido por isso necessário identificar e desenvolver estratégias, que ajudassem a desenvolver uma relação dinâmica, empática, e afetiva, para dar resposta ao desenvolvimento de habilidades, à gestão do bem-estar e às necessidades identificadas, relacionados com o processo de doença crónica.

Considero que esta interação me proporcionou um momento de grande aprendizagem na prestação de cuidados à criança e família em situações de particular exigência e complexidade, como é caso da criança com internamento hospitalar, numa unidade de cuidados intensivos pediátricos. Foi possível aprofundar conhecimentos, identificar necessidades, treinar técnicas e desenvolver capacidades, ao nível relacional, comunicacional e técnico, que me permitirão numa situação semelhante no futuro prestar cuidados especializados à criança/família em situação crítica, de forma segura e competente. A abordagem para uma próxima situação semelhante será a de delinear intervenções capazes de responder de forma global às necessidades da criança/família, considerando o seu estágio de desenvolvimento, com um balanço equilibrado, entre técnicas necessárias à sua situação clínica, e o bem-estar da criança, proporcionado através de momentos de brincadeira, distração e afeto.

Referências Bibliográficas

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência. ISBN: 987-989-748-004-1

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM VII

O recém-nascido David e os seus pais, Paula e António, encontravam-se na sala de cuidados intermédios, da Unidade de Neonatologia, transferidos do Serviço de Obstetrícia. Nascido no Hospital, de parto normal, com idade gestacional de 36 semanas, o bebé David teve de ficar hospitalizado. Agora com 5 dias de vida, era chegado o momento da alta e era necessário assegurar que tanto pais, como lactente, estavam preparados para o desafio da ida para casa. Por norma, todos os bebés e famílias internados, transitam da sala de cuidados intermédios, para a sala de pré-saída, onde os pais/pessoas significativas prestam já autonomamente os cuidados, validando-se o desenvolvimento de competências e habilidades parentais. No entanto, as vagas desta última sala estavam completas e os pais do David ansiosos para levá-lo para casa. Assim, após avaliação da situação e do desenvolvimento de competências parentais até à data, ficou acordado pela equipa de saúde, que o David iria ter alta nesse mesmo dia. Fui ter com os pais para relembrar alguns cuidados a ter nestes primeiros dias com o bebé em casa, e esclarecer dúvidas. Falei-lhes dos principais cuidados na amamentação, da importância de ir ao centro de saúde realizar o diagnóstico precoce e de marcar consulta de vigilância, das primeiras vacinas que tinham sido administradas, dos cuidados ao coto umbilical, da posição para dormir e da posição para eructar, entre outras dúvidas/questões dos pais. Lembrava que manhã anterior, os pais tinham já realizado os cuidados de higiene e mudado a fralda ao RN, autonomamente, e com bastante dedicação e atenção. Tinham sido ainda treinados os cuidados ao coto umbilical e a colocação do bebé à mama tinha decorrido normalmente. Embora ambos os pais fossem bastante jovens – mãe com 17 anos, e pai com 19 anos – mostravam já ter adquirido conhecimentos e capacidades para desempenhar para cuidar do RN autonomamente e em segurança na sua casa. Durante a interação com os pais e RN pude ainda perceber que tinham o apoio da restante família, que os esperava ansiosamente. Seguiu-se o momento de efetuar o “teste do ovo”, com a cadeirinha de segurança adequada, que levaria o David a casa. O bebé foi colocado na cadeira de transporte trazida pelos pais, numa inclinação adequada, de acordo com o controlo que já tinha na cabeça e monitorizado durante 1 hora, para avaliação

dos parâmetros cardíacos, respiratórios e de saturação de oxigênio. Após essa avaliação, parecia-me que tudo estava pronto para a alta efetiva da família. No entanto, mesmo no momento de entrega de toda a documentação, lembrei-me ainda de perguntar – *“Não estavam à espera que o David nascesse tão cedo! têm já a cama pronta?”* Os pais fizeram um ar surpreso, olharam um para o outro, encolheram os ombros e disseram – *“nós moramos numa carrinha, ainda não temos casa, estamos à espera que a câmara nos dê uma...por tanto o bebé vai dormir connosco, na nossa cama”*. Arregalei os olhos de espanto e olhei para a enfermeira de referência. Ela sorriu e disse – *“então vamos lá conversar, o bebé não deve dormir com vocês pelo perigo de sufocar... durante o sono, podem mexer-se, e sem se aperceberem cobrem o David...temos de arranjar uma solução, enquanto vocês não têm berço.”* O António entendeu perfeitamente o que a Enfermeira quis dizer, e sugeriu – *“e se puséssemos lençóis e cobertor dentro da banheira, e dormisse lá, isso nós temos!”* A Paula disse – *“e se ele dormisse aqui, no ovo, parece tão sossegadinho!”* Ambos estavam ansiosos para ir para casa, mas era necessário arranjar uma solução que permitisse que a segurança RN não fosse posta em causa. Expliquei então o porquê de nenhuma dessas soluções ser viável para a segurança e bem-estar do David. Depois de muitas sugestões, de muito debate de ideias, partilha de informações, os pais conseguiram arranjar um familiar que emprestasse um berço. Estava encontrada uma solução e a família poderia regressar com o David em segurança.

A situação acima descrita despertou em mim alguns sentimentos de frustração, relativamente ao meu desempenho enquanto profissional de saúde, por não ter feito referência à cama para o bebé dormir, logo num primeiro momento, quando realizei os ensinamentos aos pais. Enquanto relembro com os pais, os principais cuidados ao RN nos primeiros dias em casa, incluindo a posição para dormir, assumi, erradamente, que tivessem já um quarto preparado e uma cama adequada para o David.

Na avaliação da situação, considero como aspeto positivo, a relação de ajuda e parceria estabelecida com os pais, que culminou na identificação de uma necessidade/problema daquela família, que poderia pôr em causa a segurança e o bem-estar do RN. Numa partilha de informações com os pais, através de uma

relação de confiança, foi possível encontrar uma solução em conjunto, que permitisse um regresso a casa do RN em segurança. Ao explicar-lhes a razão pela qual o RN não poderia dormir na mesma cama dos pais, foi possível desenvolver o seu “empowerment” no que respeita aos cuidados para com o seu filho. Para mim, foi sem dúvida um momento positivo, pela percepção de que é extremamente importante desenvolver uma relação de proximidade, confiança e ajuda com pais, que permitia conhecer verdadeiramente aquela família, identificando necessidades/problemas e delineando intervenções efetivas. Como aspeto negativo desta interação refiro o facto de não ter identificado uma necessidade daquela família, logo inicialmente no decurso da realização de ensinamentos acerca dos cuidados ao RN. O não ter questionado os pais acerca da cama do RN e de ter assumido que esse era um dado já adquirido, permitiu-me no entanto refletir acerca da importância de contribuir para o desenvolvimento de uma parentalidade positiva, considerando que todas as oportunidades de trabalhar com a família devem ser aproveitadas, na aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança do recém-nascido/família.

Na análise da situação, atento que a alta de um recém-nascido/família, constitui-se como um momento a ser preparado desde chegada à unidade de neonatologia. Considerando os cuidados específicos ao recém-nascido, em resposta às necessidades da etapa do ciclo de vida e desenvolvimento, penso que foi fundamental estabelecer uma relação de proximidade e parceria com os pais, por forma a ajudá-los na vivência de uma parentalidade saudável. Esta relação foi sendo construída, com o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, como forma de aumentar a sua confiança, no sentido de desenvolverem competências parentais para um desempenho com segurança dos cuidados ao recém-nascido. Nesta relação dinâmica foi fundamental, escutar os pais, conhecer as suas dificuldades/inseguranças, identificar as suas forças/capacidades e transmitir informações/orientações, tomando como foco de cuidados a família, enquanto principais prestadores de cuidados e principal contexto de desenvolvimento do RN.

A filosofia dos cuidados centrados na família, seguida pelos EEESCJ, encerra os conceitos de capacitação e empoderamento. Os profissionais capacitam através da criação de oportunidades e meios, que permitam à família revelar as suas

habilidades e competências atuais, e adquirem novas, para atender às necessidades da criança e família. O conceito de empoderamento descreve a interação dos profissionais com a família, para que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry e Wilson, 2014). Nesta interação foi visível a importância de trabalhar em parceria com os pais, encarando o binómio criança-família como alvo dos cuidados, neste caso, no sentido de avaliar o desenvolvimento da parentalidade, identificar necessidades/problemas reais e determinar intervenções efetivas. A prestação de cuidados foi assim no sentido de promover a parentalidade, contribuir para o crescimento e desenvolvimento harmonioso daquela criança, através da capacitação e empoderamento da família, com particular importância, para as orientações transmitidas no sentido da segurança e bem-estar do recém-nascido. Como conclusão, considero que o momento da alta pode ser gerador de grande ansiedade para os pais e por isso deve ser preparado cuidadosamente, de forma individualizada, para que tanto pais como bebé possam voltar a casa, iniciando a sua viagem de aprendizagem mútua. Assim, talvez tivesse sido benéfico para a minha intervenção dispor de mais tempo com aquela família. No entanto, considero que os cuidados prestados à família, permitiu a identificação atempada do problema do berço do David, encontrando-se uma resposta sensível às suas necessidades e adequada à mudança na dinâmica familiar.

Numa próxima situação semelhante, sinto-me agora mais preparada e atenta, em termos de conhecimentos, capacidades e competências, para trabalhar com os pais, numa parceria de cuidar promotora de saúde, no sentido do desenvolvimento de uma parentalidade positiva, que culmine na aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança do recém-nascido, por parte dos pais/pessoas significativas.

Referências Bibliográficas

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência. ISBN: 987-989-748-004-1