



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Adesão ao regime terapêutico do adolescente com
patologia pulmonar - contributo do cuidador**

Isabel Sofia Nogueira Soares Moreira Afonso

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Adesão ao regime terapêutico do adolescente com
patologia pulmonar - Contributo do cuidador**

Isabel Sofia Nogueira Soares Moreira Afonso

Maria de Lourdes Oliveira

2014



“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.

Paulo Freire

LISTA DE SIGLAS

ART – Adesão do Regime Terapêutico

BK – Bacilo de Koch

CAA – Centro de Atendimento para Adolescentes

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

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

ESIP – Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

INE – Instituto Nacional de Estatística

IVG – Interrupção Voluntária de Gravidez

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial Saúde

ONDR - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RN – Recém-Nascido

RONDR - Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TB - Tuberculose

TEDAC - Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado

TOD – Toma de Observação Direta

UI – Unidade de Infeciologia

UN - Unidade de Neonatologia

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

O presente relatório reflete as atividades desenvolvidas nos vários contextos de estágio e surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio com Relatório, inserido no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O relatório centra-se na descrição e análise das atividades realizadas durante o estágio, que decorreu no período de 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014.

A nível hospitalar, o estágio foi realizado na Unidade de Neonatologia, Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Infeciologia, Consultas Externas de Diabetes e VIH. A nível comunitário decorreu no Centro de Atendimento para Adolescentes, Centro de Diagnóstico Pneumológico e Centro de Desenvolvimento da Criança. Todos eles foram de grande importância para o meu percurso formativo, pessoal e profissional, permitindo ir ao encontro das necessidades de aprendizagem relacionadas com os cuidados de saúde ao adolescente através da vivência de experiências significativas as quais permitiram o desenvolvimento de competências que enriqueceram a minha experiência profissional e académica.

Este relatório tem como objetivo principal desenvolver a análise crítica e reflexiva da prática clínica no processo ensino/aprendizagem. Nele se espelham as competências desenvolvidas ao longo do projeto ensino/aprendizagem. A metodologia utilizada é descritiva e reflexiva, apoiada em revisão bibliográfica.

ABSTRACT

The present report focuses the development activities in the various contexts of stage and falls within the field of Course - Stage with Report, inserted in the 4th Master's Degree in Nursing, Specialization in Nursing Child Health and Pediatrics, at the Lisbon Higher School of Nursing. The report focuses the description and analysis of the activities performed during the stage, which took place in the period from September 30th, 2013 to February 14th, 2014.

At hospital level, the stage was performed in Neonatology, Pediatric Emergency, Infectious Diseases Unit, External Consultations of Diabetes and HIV. At community level took place at the Care Adolescents Center, Pulmonology Diagnostic Center and Child Development Center. These were all of great importance to my training, personal and professional life, allowing to meet the learning needs related to health adolescents care through significant experiences which allowed the development of skills that enriched my professional and academic experience.

This report aims to develop critical and reflective analysis of clinical practice in the teaching / learning process. In on itself is mirrored the skills developed throughout the project teaching / learning. The methodology used is descriptive and reflective, based on literature review.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	9
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	12
1.1. Identificação do problema.....	12
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	16
2.1. O adolescente com doença crónica ou prolongada.....	16
2.2. Adesão ao regime terapêutico.....	20
2.3. Contributos dos cuidadores.....	23
2.3.1. Papel do enfermeiro.....	23
2.3.2. Parceria de cuidados.....	24
2.4. Modelo teórico de Dorothea Orem – Teoria do Autocuidado.....	26
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO.....	30
3.1. Unidade de Neonatologia e Centro de Desenvolvimento da Criança .	33
3.2. Serviço de Urgência Pediátrica.....	38
3.3. Unidade de Infeciologia e Centro de Diagnóstico Pneumológico	43
3.4. Consultas Externas Pediátricas de Imunodeficiências e de Diabetes .	50
3.5. Centro de Atendimento para Adolescentes.....	56
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

APÊNDICES

Apêndice I - Grelha de Observação

Apêndice II - Cronograma

Apêndice III - Reflexão Crítica Unidade de Neonatologia

Apêndice IV - Reflexão Crítica CDC

Apêndice V - Reflexão Crítica da Urgência Pediátrica

Apêndice VI - Formação sobre “As necessidades de atendimento dos adolescentes nos serviços de saúde”

Apêndice VII - Grelha de Observação

Apêndice VIII - Guião de Entrevista

Apêndice IX - Colheita de Dados

Apêndice X - Consentimento Informado

Apêndice XI - Reflexão CDP

Apêndice XII - Reflexão Consultas Externas

Apêndice XIII - Journal Club

Apêndice XIV - Reflexão CAA

ANEXOS

Anexo I - Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

Anexo II - Dimensões da Adesão OMS

Anexo III - HEADSS

INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, integrado no 3º semestre na Unidade Curricular – Estágio com Relatório, foi-me solicitado a elaboração de um relatório de estágio com a finalidade de descrever as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo desta etapa.

A experiência clínica decorreu no período de 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014, sob a orientação clínica de Enfermeiros de referência de cada local de estágio e da docente orientadora. Os objetivos e as atividades definidas no projeto de estágio foram previamente apresentados, analisados, discutidos e avaliados com as orientadoras de cada local de ensino clínico.

O trabalho desenvolvido incidu sobre o tema: “*Adesão ao regime terapêutico do adolescente com patologia pulmonar – contributo do cuidador*”. Foi com base numa reflexão pessoal e em diálogo entre colegas da equipa, bem como perspetivando a qualidade dos cuidados de saúde aos adolescentes que surgiu o interesse sobre esta temática. A adesão ao regime terapêutico é fundamental para a eficácia de um tratamento. Esta adesão é crucial nos doentes portadores de doença crónica como a diabetes, a infeção por VIH ou em terapêuticas cujo tratamento seja prolongado, como a tuberculose pulmonar. Durante o percurso de estágio foi necessário realizar algumas reestruturações no projeto tendo sido alargado a população de estudo aos adolescentes com doença crónica, como a diabetes e a infeção por VIH.

Pretende-se, também, perceber como os prestadores de cuidados, profissionais de enfermagem e família, favorecem o processo de adesão terapêutica e de agente de autocuidado no adolescente. A participação familiar é fundamental para o sucesso de aquisição de hábitos de vida saudáveis por parte do adolescente, pois, ao partilhar do apoio da família, sente-se mais motivado a persistir. Por sua vez, o facto de o enfermeiro ter como parceiro dos cuidados a família, ao agir na promoção da saúde, poderá desenvolver um plano de cuidados adequado ao adolescente de modo a que este seja resolutivo.

As intervenções realizadas tiveram por base os conceitos da teoria de enfermagem de Dorothea Orem - *Teoria do Autocuidado* - que tem como premissa o autocuidado, prática que o adolescente desenvolve em próprio benefício. Através da sua teoria pretende-se perceber qual o papel do enfermeiro no ato de cuidar de adolescentes com défice nos requisitos de autocuidado e face aos desvios de saúde.

A opção dos locais de estágio deveu-se à pertinência da temática, no sentido de dar resposta aos objetivos delineados no projeto de estágio, pretendendo assim saber de que forma os enfermeiros promovem a adesão ao regime terapêutico no adolescente com doença crónica ou prolongada e, de que modo, os principais cuidadores influenciam a adesão. Fez parte deste percurso de desenvolvimento a pesquisa bibliográfica relacionada com o tema que fundamentasse as intervenções de enfermagem, permitindo prestar cuidados ao ser humano de forma holística e obter ganhos em saúde para o adolescente e a sua família.

Para Santos (1999), o relatório é um momento formativo de grande importância dando-nos a possibilidade de olhar para trás, pressupondo que se faça uma reflexão e uma análise cuidada sobre o percurso realizado com o objetivo de retirar algumas considerações finais. Perante isto, o presente relatório tem como finalidade desenvolver a análise crítica e reflexiva da prática clínica no processo ensino/aprendizagem, como forma de expressar as aprendizagens desenvolvidas ao longo do estágio. Esta análise permitiu uma reflexão sobre os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas, os recursos utilizados e, principalmente, as competências adquiridas ao longo dos vários contextos de estágio, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem (2010), e que qualificam um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESIP).

O relatório está dividido em quatro capítulos com uma disposição sequencial. No primeiro é feita a contextualização com a identificação do problema; o segundo capítulo apresenta um breve enquadramento conceptual do problema em estudo e do referencial teórico de enfermagem adotado; no terceiro faz-se a descrição e análise das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas e, no quarto capítulo, tecem-se algumas considerações finais que refletem o percurso e o

processo de elaboração do relatório. Seguidamente, apresentam-se as referências bibliográficas que serviram de suporte ao desenvolvimento do projeto e, no final do relatório, encontram-se apêndices com alguns documentos elaborados no decorrer dos ensinos clínicos, bem como anexos de documentos utilizados.

Como linhas orientadoras para a elaboração do relatório foram utilizadas as Normas APA e ISO 690 (NP 405), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, presentes no Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações (2013).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

De modo a ser possível a concretização desta Unidade Curricular, Estágio com Relatório, foi necessário debruçar-me sobre algo que fosse pertinente para o meu serviço e uma necessidade de aprendizagem. Neste capítulo, apresento a temática em estudo.

1.1. Identificação do problema

A adolescência é uma etapa da vida caracterizada por marcadas transformações, nas quais se evidenciam a definição da identidade, da autonomia e do pensamento reflexivo, procurando a independência dos pais, agindo de acordo com os seus princípios (OMS, 2002). Tendo trabalhado numa unidade de pediatria, considero não ter tido contacto suficiente com adolescentes e, por isso, senti falta de formação nesta área e de desenvolver competências de relação e comunicação de forma a implementar e melhorar a relação terapêutica. A minha realidade atual cinge-se à área do adulto, mais concretamente à especialidade médica de Infecçiology, razão pela qual procurei trazer uma patologia desta área para o meu estágio. Trabalhando num serviço de adultos haverá sempre a hipótese de serem internados adolescentes neste serviço, devido ao facto de o hospital onde trabalho ainda não ter feito a atualização do alargamento da idade pediátrica, tal como se encontra em vigor no Despacho nº 9871/2010, de 11 de Junho, que veio determinar a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento, até aos 17 anos e 364 dias.

Sendo a adolescência uma fase do ciclo de vida do indivíduo mais saudável, por vezes, surgem também doenças agudas ou crónicas que carecem de medicação e de adoção de medidas para as controlar e tratar. O adolescente, com uma patologia, tem necessidade de recorrer mais frequentemente aos serviços de saúde, o que se torna um problema já que os adolescentes têm altos níveis de absentismo na vigilância da sua saúde e demonstram pouca adesão ao cumprimento do regime terapêutico (Tavares e Fonseca, 2009). Duas das razões para este facto prendem-

se com a falta de apoio e acompanhamento pelos pais, nas consultas, e na vigilância da administração da medicação e com a alteração dos estilos de vida e comprometimento do desenvolvimento saudável nos adolescentes, provocados pela presença de patologia que, neste projeto, consistirá na patologia pulmonar, mais concretamente a Tuberculose Pulmonar, bem como nas doenças crónicas - Diabetes e HIV - afetando o autocuidado e originando a não adesão ao regime terapêutico.

O Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) realizou um estudo sobre o impacto das doenças respiratórias nos internamentos hospitalares entre 2002 e 2011. Relativamente à asma brônquica, houve um aumento dos internamentos, de 14 casos em 2002 para 1169 casos em 2011. Os internamentos por Pneumonia apresentaram valores com aumento progressivo nos anos de 2002 a 2011, tendo passado de 106 casos para 3736 (RONDR, 2012).

Em Portugal, segundo dados do INE (2013) e DGS (2012), os casos de tuberculose pulmonar na população portuguesa, em 2011, foram de 2.388 indivíduos, onde estão incluídos os adolescentes. O mesmo organismo, em 2010, refere que o número de casos notificados de doenças de declaração obrigatória, como a tuberculose pulmonar, foi de 1.736 indivíduos. No que concerne aos anos potenciais de vida perdidos por tuberculose, em 2010, foi de 1.028 indivíduos.

Em diálogo com enfermeiros que trabalham nos Centros de Diagnóstico Pneumológico, constatei haver dificuldade do adolescente em aderir ao regime terapêutico, por não haver uma supervisão dos familiares/cuidador principal, por interferir no convívio com os pares e por não estarem sensibilizados para a responsabilização do autocuidado. A OMS (2003) definiu os fatores que poderão influenciar a não adesão: fatores sociais, económicos, culturais e os sociodemográficos, onde se enquadra a falta de apoio e acompanhamento dos pais; fatores relacionados com os serviços e com os profissionais de saúde; fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidade; fatores relacionados com o tratamento e, por fim, fatores relacionados com a pessoa doente.

A OMS (2003) realizou um relatório sobre a não adesão à terapêutica de longo prazo e identificou a não-adesão como sendo um problema mundial de grande

magnitude. Nos países desenvolvidos, a taxa de adesão ao tratamento nos doentes crónicos é, em média, de 50%, sendo mais baixa nos países em desenvolvimento (OE, 2009).

Este tema surgiu da necessidade de desenvolver conhecimentos e competências na área da adesão à terapêutica, face à preocupação dos profissionais de enfermagem em promover a adesão ao regime terapêutico (ART) junto dos adolescentes, ajudando-os a serem agentes do seu autocuidado. Com base na competência “Saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta” (OE, 2009, p. 11), foi delineado o percurso a realizar, traçando os objetivos a atingir e as atividades a desenvolver, de forma a facilitar o alcance dos mesmos, perspetivando os recursos a serem utilizados, com o propósito final de desenvolver um conjunto de competências de enfermeiro especialista ESIP.

Assim, face ao trabalho realizado, ambiciono desenvolver competências comuns às do enfermeiro especialista e competências específicas em ESIP. Penso que desta forma conseguirei prestar cuidados de qualidade ao adolescente e família, indo ao encontro da excelência do exercício profissional nesta área e, simultaneamente, dar corpo e visibilidade ao papel do enfermeiro especialista, justificando a necessidade da minha ação nesta área. A promoção da adesão e do autocuidado são uma intervenção na qual o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental, consistindo num dos domínios da sua intervenção central e autónoma, pelo que o desenvolvimento de competências, técnicas e saberes específicos nesta área, baseados em evidência científica e nas experiências vividas em estágio, se assume como algo essencial. Tendo como referência o perfil de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista enunciadas pela OE (2009), as competências a desenvolver englobam os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Para além destas competências comuns, pretendo também desenvolver competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) definidas pela Ordem de Enfermagem (OE) em 2010, presentes no Regulamento de Competências Específicas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua

saúde, cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Face à problemática apresentada e ao trabalho que me propus desenvolver, considero pertinente a definição de alguns conceitos que ajudam a enquadrar melhor o problema identificado e a necessidade de desenvolver conhecimentos e competências nesta área. Desta forma, abordei os conceitos de adolescente com doença crónica ou prolongada, adesão ao regime terapêutico, contributos dos cuidadores e a teoria do autocuidado desenvolvida pela teórica de enfermagem Dorothea Orem.

2.1. O adolescente com doença crónica ou prolongada

As doenças crónicas tiveram um aumento percentual em todo o mundo devido ao alargamento de fatores relacionados com a urbanização e a globalização económica, com medidas políticas e sociais e com o envelhecimento populacional (Oliveira e Gomes, 2004). A doença crónica, por definição, não tem cura e é para toda a vida. Tem tratamento e controle, pode ter períodos assintomáticos, ser potencialmente fatal, ser progressiva e pode ser incapacitante, impondo limitações às funções do indivíduo nas suas atividades diárias, promovendo alterações orgânicas, emocionais e sociais, que exigem adaptação e constantes cuidados (Santos, Santos, Ferrão, Figueiredo, 2011). A OMS (2002) define as doenças crónicas como sendo doenças permanentes, que produzem incapacidade e deficiências residuais, causadas por alterações patológicas irreversíveis e exigem uma formação especial do doente para a reabilitação.

O adolescente com doença crónica pode necessitar de mudanças drásticas de hábitos de vida e habitualmente precisa de passar por várias recorrências ao médico ou hospitalizações, o que poderá afetar o seu desenvolvimento físico e emocional.

O termo *adolescente* deriva, etimologicamente, do latim *adolescere*, que significa crescer, tornar-se maior, brotar (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Segundo a OMS (2002), a adolescência corresponde à faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade,

sendo um período do desenvolvimento marcado por transformações a nível biológico, psicossocial, cognitivo, emocional e cultural.

De acordo com a classificação da OMS (2002), a adolescência encontra-se dividida em três etapas ou períodos:

- Início da adolescência (10-13 anos): ocorre um surto de crescimento e início da maturação sexual. Pensamento abstrato.
- Adolescência Intermédia (14-15 anos): as principais mudanças físicas estão completas. O jovem começa a desenvolver um forte sentido de identidade em relação a si, aos pares e à família. Pensamento reflexivo.
- Adolescência tardia (16-19 anos): fisicamente semelhante a um adulto. Definição de identidade.

A adolescência é um dos períodos mais importantes do ciclo de vida de um indivíduo e um dos mais saudáveis. É considerada uma fase de oportunidades, mas também de elevada exposição a riscos e pressões externas, onde a promoção da saúde e a prevenção e tratamento da doença assumem particular importância (OMS, 2012).

É de extrema importância que os profissionais de saúde conheçam as transformações que ocorrem na adolescência, de modo a adequar o atendimento ao adolescente e a direcionar os cuidados de enfermagem, consoante a fase em que este se encontra.

O adolescente deve ser encarado como um cidadão pleno de direitos e o principal ator na promoção e construção da sua saúde, devendo os serviços de saúde dar ênfase a um atendimento, que abarque todas as mudanças e necessidades específicas do adolescente, de forma integrada, num ambiente adequado (OE, 2010a; Tavares e Fonseca, 2009).

As doenças crónicas, entre as quais destaco a diabetes e a infeção por VIH, provocam grandes taxas de morbilidade e mortalidade. Aliás, de acordo com a OMS (2005), as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo. A OE (2010) apresenta estatísticas que mostram que 60% das mortes, a nível global, se devem a doenças crónicas e 80% destas ocorrem em países de rendimentos baixos ou intermédios (OMS, 2008a).

A doença crónica afeta a criança, o adolescente e a sua família de forma intrínseca e sem retorno. As famílias necessitam de ter o controlo da situação de doença crónica, nas diversas fases, o que implica desistir do sonho da criança perfeita, fazer várias deslocações ao hospital, conviver com o seu próprio sofrimento e o da criança, e aprender novas habilidades para cuidar do seu filho (Viana, Barbosa e Guimarães, 2007).

Uma situação de doença prolongada, apresenta características semelhantes a uma doença crónica, no sentido em que exige readaptações à mudança e, por conseguinte, um cumprimento do tratamento.

A doença pulmonar é considerada como uma qualquer doença ou distúrbio que ocorra nos pulmões, ou que os leve a não funcionarem adequadamente. As doenças pulmonares mais comuns nos adolescentes são: a Asma, a Bronquite, a Pneumonia e a Tuberculose (TB) Pulmonar (RONDR, 2012).

Segundo a OMS (2009d), existem milhões de pessoas em todo o mundo que sofrem todos os dias de doenças respiratórias crónicas. Em Portugal, as doenças respiratórias crónicas continuam a ser uma das principais causas de mortalidade e morbilidade, com tendência de crescimento na sua incidência e prevalência, atingindo cerca de 40% da população portuguesa, das quais 10% correspondem à asma (DGS, 2000a). Esta problemática contribui para uma sobrecarga considerável no sistema financeiro, social e na saúde das sociedades (OMS, 2003; RONDR, 2011).

A TB pulmonar continua a ser uma das principais preocupações de saúde pública, sendo que, a incidência e prevalência desta doença pulmonar são vistas como indicadores da saúde de um povo. Portugal continua a ser um país de média prevalência e incidência (RONDR, 2011).

A TB pulmonar é uma doença infecciosa e contagiosa que ocorre em todas as idades e grupos sociais. Contudo, é mais frequente nos adultos jovens e em populações com comportamentos de risco devido, provavelmente, à sua entrada na vida social. Os doentes apresentam febre pouco elevada e tosse, com mais de uma semana de evolução. Os sintomas são insuficientes para fazer o diagnóstico sem recurso à radiografia pulmonar e, se for o caso, um exame microbiológico da

expetoração, onde se demonstra a presença do *Micobacterium tuberculosis* Bacilo de Koch (BK). Neste período que precede o diagnóstico, os doentes contagiam os seus conviventes. A propagação faz-se através de partículas emitidas pela tosse, a curtas distâncias, em ambiente fechado. O tratamento é muito eficaz e a maior dificuldade na adesão consiste em garantir que os doentes tomem os medicamentos regularmente durante, pelo menos, seis meses. É por esta razão que se pretende que a toma dos medicamentos seja feita na presença de profissionais de saúde, de modo a evitar situações de TB pulmonar multirresistente.

A tuberculose no adolescente é um assunto de cunho socioeconómico e sanitário em todo o mundo, apesar do pouco conhecimento a seu respeito. Num estudo realizado por Lopes *et al.* (2007), com o intuito de analisar as características demográficas, clínicas e laboratoriais da tuberculose-doença em adolescentes e adultos jovens, e compará-las com as observadas em adultos, verificou-se que a apresentação clínica e laboratorial e o desfecho são semelhantes entre as duas faixas etárias estudadas.

Os adolescentes, tal como a família, quando se deparam com uma doença crónica ou prolongada, como a TB pulmonar, têm necessidade de se reajustarem à nova condição de saúde. As perdas dão-se de forma muito mais difícil e a vivência da patologia será de forma mais contundente. Na abordagem do enfermeiro ao adolescente doente são necessários conhecimentos relacionados, não só com a enfermidade propriamente dita, como também com os que dizem respeito às singularidades do período de vida, cujos componentes são a busca pela identidade, a independência dos pais, a contestação dos padrões vigentes, a aquisição do pensamento conceptual, a vinculação aos pares, os comportamentos de risco, a identidade sexual e a vivência temporal singular. Na adolescência existe um grande apoio dos pares e são estes que vão incentivar o adolescente a cumprir o regime terapêutico e o seu percurso de saúde. No entanto, este apoio pode também ser afetado pelas sucessivas deslocações ou permanências nos serviços de saúde, separando-os do convívio com os amigos e a escola.

As estratégias de intervenção têm por base a parceria de cuidados, entre Enfermeiro, adolescente e a família, em que é feito um acolhimento, designado pelo ato de acolher, permitindo a criação de vínculo entre eles, de relações humanizadas

entre quem cuida e quem é cuidado (Brasília, 2009). Os tratamentos prolongados a que estão sujeitos permitem que se desenvolvam relações mais estreitas, desencadeando uma relação terapêutica facilitadora da comunicação e da intervenção junto do adolescente. É fornecida informação necessária para haver uma compreensão, do adolescente, face à sua situação de modo a que este aceite o regime terapêutico. Neste seguimento, é estabelecida uma negociação dos cuidados, onde ocorre a educação para a saúde, o apoio, e a orientação, no sentido de haver um encaminhamento para recursos assistenciais e um desenvolvimento das capacidades e habilidades para a autonomia.

2.2. Adesão ao regime terapêutico

Vários são os termos utilizados para nomear a mesma entidade, nomeadamente: a adesão ao regime terapêutico, a adesão terapêutica ou a adesão ao tratamento (Vermeire *et al.*, 2001). A CIPE (2011) utiliza o termo adesão ao regime medicamentoso.

A OMS (2003) refere haver adesão quando o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde, relativamente à toma da medicação, no cumprimento de uma dieta e/ou nas mudanças do estilo de vida. O mesmo conceito é definido pela CIPE (2011), como:

“uma acção auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento” (p. 38).

Os ganhos em saúde para o cliente exigem regimes de tratamentos efetivos e a adesão a estes regimes. A adesão ao tratamento envolve muitas atividades por parte do utente, tais como: procurar auxílio médico, adquirir os medicamentos prescritos, tomar os medicamentos de forma apropriada, marcar consultas de cuidados e vigilância da saúde e comparecer às mesmas, fazer mudanças no estilo de vida, bem como a autogestão de outros comportamentos que melhoram a saúde e os resultados dos cuidados (OE, 2009).

O facto de haver pouca adesão ao tratamento compromete os esforços do sistema de cuidados de saúde e dos profissionais na melhoria da saúde das populações. A não-adesão ao tratamento provoca complicações médicas e psicológicas da doença, reduz a qualidade de vida dos doentes, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de resistência aos fármacos, desperdiça recursos de cuidados de saúde e desgasta a confiança do público nos sistemas de saúde (Telles-Correia *et al.*, 2008).

Os adolescentes não aderem ao regime terapêutico por este provocar alteração dos estilos de vida, no convívio com os pares e comprometimento do desenvolvimento saudável provocados pela patologia, afetando o autocuidado. Este facto, segundo Dahlgren e Whitehead (2007), deve-se a determinantes de saúde que consistem nos fatores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que incutem a ocorrência de problemas de saúde e os seus fatores de risco na população. Segundo a OMS (2003) existem diversos fatores, entre eles, socioeconómicos, ou relacionados com o paciente, com a doença, com o tratamento e com o sistema e equipa de saúde. Também a OE (2009) faz referência aos fatores que influenciam a adesão, nomeadamente: o baixo estatuto socioeconómico, aspetos psicológicos, o analfabetismo e baixo nível educacional, o desemprego, a distância dos centros de tratamento, o custo elevado do transporte ou da medicação, as características da doença, os fatores relacionados com a terapêutica, como a complexidade, a duração do tratamento e os efeitos secundários e ainda as crenças culturais acerca da doença e do tratamento.

Dois dos aspetos fundamentais para facilitar a adesão ao tratamento são a minimização e a resolução célere dos efeitos adversos da medicação, tais como: náuseas, vômitos, epigastrias e reações cutâneas. A pessoa em tratamento deve ser orientada no sentido de reconhecer e identificar os sinais e sintomas dos efeitos adversos mais frequentes da medicação, a fim de evitar o seu abandono. Torna-se também importante para o sucesso do tratamento explicar ao doente e à família, de uma forma simples e clara, por que motivo adoeceu, como a doença evoluiu até ser diagnosticada, dando tranquilidade e transmitindo que se trata de uma doença curável, desde que cumpra escrupulosamente a terapêutica prescrita, e informar o doente e a família de que terá várias consultas para avaliar a progressão para a

cura. No caso de crianças ou adolescentes deve haver um adulto/familiar responsável pelo cumprimento do tratamento do mesmo (Oliveira e Gomes, 2004). Ainda segundo Bugalho e Carneiro (2004) existem dois tipos de intervenções para melhorar a adesão terapêutica: a intervenção educacional e comportamental. Neste seguimento, Machado (2009) afirma que “as intervenções de enfermagem são fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar” (p.58). Perante isto, torna-se importante envolver ativamente o adolescente e a família no controlo da doença e fomentar a adesão ao autocuidado, como elemento fundamental para evitar sequelas, permitindo melhorar a qualidade de vida do adolescente e reduzir, assim, a morbilidade e a mortalidade deste grupo (DGS, 2000a; Velsor-Friedrich, Vlasses, Moberley & Coover, 2004).

A relação terapêutica promovida pelo enfermeiro especialista (ESIP) junto do adolescente assume um importante papel facilitando a sua condição de saúde. O enfermeiro, pela oportunidade de contacto e proximidade com ele, pode diagnosticar, intervir e avaliar resultados face às questões relacionadas com a adesão, no que diz respeito não só ao cumprimento e utilização da terapêutica medicamentosa como, também, às modificações no estilo de vida, tendo por objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2010a).

De entre as estratégias mais utilizadas para melhorar a adesão, estão os programas educativos para a saúde, que procuram informar sobre as características da doença e envolver, no tratamento, tanto os adolescentes como a família (Cabrera e Grose, 2010). Um dos mais importantes e frequentes fatores que interferem nos resultados positivos de um programa de educação para a saúde é a qualidade da relação entre os jovens e os seus pais.

2.3. Contributos dos cuidadores

2.3.1. Papel do enfermeiro

A prática holística da enfermagem inclui avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspetos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais), identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão e proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação e avaliar a adesão ao tratamento (OE, 2009).

O envolvimento dos adolescentes como parceiros no planeamento e na execução do seu projeto de saúde melhora os resultados clínicos e a sua satisfação. Os adolescentes preferem planos de cuidados que promovam a adesão ao regime terapêutico, que mencionem o que é necessário saber sobre a doença e os ensine a comunicar com os pares e os adultos sobre a doença, no sentido de obterem o seu apoio. Do mesmo modo, elegem o tipo de ensino através da partilha de histórias e de casos reais em grupo (Englund, Hartman & Segesten, 2006). Este apoio-ensino-educação para a saúde enquadra-se na Teoria de Sistemas de Enfermagem, em que “o paciente consegue realizar ou deve aprender a realizar as medidas requeridas de autocuidado terapêutico orientado internamente ou externamente, porém não o pode executar sem auxílio” (Orem, 1993, p.325).

É importante educar o adolescente sobre a sua doença (crónica ou prolongada), os benefícios do tratamento e as complicações relacionadas com a não-adesão. A educação é essencial para a autogestão, pois os cuidados prestados a adolescentes, com um desvio de saúde, exigem que estes estejam envolvidos no seu autocuidado (OE, 2010).

A comunicação é descrita como um elemento fundamental na relação profissional/adolescente, através de um diálogo aberto e disponível para escutar as suas necessidades sem preconceitos. Segundo Phaneuf (2005), a comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (p. 23). No entanto, é preciso não esquecer que estas pessoas são muito diferentes, tendo cada uma

delas a sua biografia, personalidade, necessidades, tendências e os seus problemas particulares.

A competência da comunicação verbal do enfermeiro especialista (ESIP) em comunicar, verbalmente, com o doente está associada a várias dimensões dos cuidados. Segundo Phaneuf (2005), quando este está em interação com o doente, deve exprimir-se de maneira a ser compreendido e fazer aceitar o que ele quer transmitir. Para isso, a sua forma de se exprimir deve ser simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias e adaptável às reações do doente. Para a mesma autora, a comunicação e a relação de ajuda são considerados fatores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação uma ferramenta de base para o início e estabelecimento da relação de ajuda.

Uma comunicação interpessoal eficaz é fundamental para a saúde de qualquer indivíduo. No adolescente, essa comunicação reveste-se de características próprias, pois envolve atitudes, informações sobre sintomas e prognósticos, prescrição de tratamento e cuidados preventivos (Minanni, Ferreira, Sant'Anna e Coates, 2010). A comunicação tem como funções: transmitir mensagens, obter informações, deduzir novas conclusões, reconstruir o passado, antecipar situações futuras, iniciar e modificar processos fisiológicos e influenciar outras pessoas e acontecimentos externos. A comunicação qualificada modifica o contexto da doença, permitindo que o indivíduo debilitado possa compartilhar, transmitir informação e conhecer a opinião dos outros e facilita a perceção diferenciada da situação, contribuindo para a maturação do indivíduo.

2.3.2. Parceria de cuidados

A família é a fonte primária de suporte da criança e do adolescente. É perante isto que o enfermeiro especialista tem de envolver os pais/família/cuidador principal nos cuidados, através de uma parceria, de modo a que ambos decidam os cuidados a prestar à criança e ao adolescente. Anne Casey, em 1988, criou o modelo de parceria de cuidados direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem no meio pediátrico, identificando o papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos.

Os cuidados centrados na família assumem, em pediatria, uma particular relevância, no sentido do desenvolvimento de uma prática de cuidados em parceria com os pais. É atribuída à família a responsabilidade pela tomada de decisões sobre as práticas de saúde dos seus filhos. Assim sendo, a família assume um papel decisivo na obtenção de saúde de qualidade, devendo, como tal, ser alvo da intervenção do enfermeiro de pediatria (Casey, 1988). O adolescente, adquirindo o apoio e a participação da família, sente-se motivado a persistir na aquisição de hábitos mais saudáveis. É através da família que se poderá intervir na motivação necessária para o desenvolvimento de estratégias, adequando-as às situações do dia-a-dia (Nachshen, 2004).

A filosofia do cuidado centrado na família é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade à criança e famílias, no sentido em que promove o envolvimento dos pais nos cuidados e reduz os efeitos adversos da hospitalização (Jolley e Shields, 2009). Torna-se, assim, importante envolver os pais na promoção da adesão terapêutica, de modo a que os adolescentes se sintam apoiados para ultrapassar a sua situação de saúde/doença.

Quando estamos perante uma criança ou adolescente com doença crónica, a maior incidência de intervenção de enfermagem cinge-se à família, que necessita de muito apoio, (in)formação de como poder ajudar e cuidar dos seus filhos. A intervenção de enfermagem atua no sentido da educação para a saúde e da capacitação dos pais para serem parceiros nos cuidados a prestar aos seus filhos. Trata-se de uma prática de cuidados centrada nas respostas às necessidades da criança, do adolescente e da família, no sentido da maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente (OE, 2010).

2.4. Modelo teórico de Dorothea Orem – Teoria do Autocuidado

O modelo do autocuidado proposto por Orem foi desenvolvido na década de 1950, baseado na premissa de que os indivíduos podem cuidar de si próprios. Este modelo contém as seguintes três teorias, estando relacionadas entre si: teoria dos sistemas de enfermagem, que engloba a teoria do déficit de autocuidado e esta, por sua vez, contém a teoria do autocuidado.

Para compreender a Teoria do Autocuidado (Anexo I) é necessário definir conceitos como: autocuidado, caracterizado como a “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Orem, 2001, p. 43), entendido como uma resposta aprendida perante os processos de saúde/doença individual. Segundo a CIPE (2011), o autocuidado consiste na “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (p.41).

Outro dos conceitos a ser definido consiste no de ação de autocuidado, que se caracteriza pela capacidade do indivíduo em se envolver no autocuidado. Orem(1993, 2001) afirma que é necessário identificar os fatores condicionantes básicos do autocuidado do indivíduo, sendo eles fatores internos ou externos (idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural e fatores do sistema de atendimento de saúde), afetando a sua capacidade de autocuidado, assim como a relação entre o cumprimento dos requisitos de autocuidado terapêutico e a agência de autocuidado, para que seja possível efetuar o diagnóstico de enfermagem (Renpenning, SozWiss, Denyes, Orem, & Taylor, 2011).

Relativamente aos requisitos de autocuidado, estes podem ser considerados universais, os quais, sendo comuns aos seres humanos, estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano; os requisitos desenvolvimentais ocorrem quando há a necessidade de adaptação às mudanças que surgem na vida do indivíduo e por último os requisitos que, por desvio de saúde, acontecem quando o indivíduo necessita de adaptar-se ao estado patológico.

A Teoria do Défice de Autocuidado é aplicada quando este ocorre por o indivíduo se achar limitado ou incapacitado para promover autocuidado o sistemático necessitando de intervenção de enfermagem. Orem (2001), identificou cinco métodos de ajuda no défice de autocuidado: agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar o outro.

A aplicação da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado (TEDAC) de Orem (2001) pode direcionar os enfermeiros no sentido de desenvolver planos de cuidados de enfermagem, num processo educativo de resolução de problemas (identificação, estabelecimento de metas, planeamento, implementação e avaliação), de forma a trabalhar junto dos adolescentes com doença, promovendo a sua autonomia e o autocuidado (Green, 2012).

A Teoria de Sistemas de Enfermagem é caracterizada como o conjunto de ações e interações entre os enfermeiros, os adolescentes e a família variando consoante as necessidades dos mesmos. A teoria encontra-se classificada em: sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e o enfermeiro o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele; sistema parcialmente compensatório, quando a enfermeira e o adolescente participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado e, por fim, o sistema de apoio-educação, quando o adolescente necessita de assistência na forma de apoio, orientação e educação para a saúde. O enfermeiro é um profissional treinado e experiente, que pode proporcionar cuidados de enfermagem a indivíduos que necessitam de cuidados especiais.

Segundo Orem (2001), o tipo de intervenção de enfermagem vai variando consoante o desenvolvimento de competências e aquisições do adolescente e da família, até se tornarem parceiros nos cuidados, partilhando responsabilidades pelos mesmos. Esta parceria permite à família adquirir a responsabilidade pela tomada de decisão sobre os cuidados de saúde dos seus filhos, de modo a que assumam um papel decisivo na obtenção de saúde com qualidade (Casey, 1988).

Para Orem (2001), o doente é um indivíduo (adolescente), família ou comunidade com necessidade de cuidados de saúde (primários, secundários ou terciários); o

ambiente consiste nos aspetos que o rodeiam, que afetam o autocuidado; a saúde baseia-se no ótimo funcionamento do doente, facilitado pelo autocuidado; os cuidados de enfermagem são ações realizadas pelos enfermeiros em conjunto com o indivíduo, com objetivos e resultados esperados dessas ações, que consistem na promoção do autocuidado (Fawcett, 2000).

A TB pulmonar, a diabetes e o VIH, enquanto doenças, são consideradas desvios de saúde, ou seja, situação (patologia, defeito ou incapacidade) que se prolonga pelo tempo. Como requisito de desvio de saúde, as patologias mencionadas, vão interferir no indivíduo de modo a que se adapte ao estado patológico, consistindo na busca e garantia de assistência médica adequada, execução de medidas prescritas pelo médico e consciencialização de efeitos desagradáveis das mesmas, consciencialização e adaptação da vida associada aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos, com vista à promoção do desenvolvimento contínuo do indivíduo (Orem, 1995). Neste sentido, o enfermeiro tem de ter conhecimento das exigências que determinado desvio de saúde origina para o adolescente em causa, pois o número de exigências do desvio de saúde que têm de ser satisfeitas, em espaços de tempo específicos, determina o tipo e o nível de complexidade de cuidados que os indivíduos necessitam (Orem, 2001). Enquanto desvio de saúde, a TB pulmonar vai interferir nos requisitos universais de autocuidado do adolescente ao nível do equilíbrio entre atividade e repouso, por sequelas do cansaço; no equilíbrio entre solidão e interação social, porque os adolescentes com TB pulmonar tendem a isolar-se por imposição ou não do tratamento; a nível de possíveis efeitos secundários provocados pela medicação e na prevenção de riscos para a vida, uma vez que os adolescentes adotam comportamentos de risco devido à necessidade que sentem de terem uma vida “normal” (Stewart et al, 2012). Outro requisito, que poderá ser afetado e também interfere no autocuidado do adolescente, consiste no requisito do autocuidado de desenvolvimento, sendo que este promove as etapas de vida e maturação adaptando-se à situação patológica (Orem, 2001; Berbiglia, 2011).

A diabetes e a infeção por VIH apresentam algumas diferenças. No que se refere aos requisitos universais, a diabetes necessita de manutenção e ingestão de alimentos, controlo glicémico, integridade da pele, entre outros. No que concerne ao

VIH, os principais requisitos para o autocuidado passam pelos requisitos de desvio de saúde com a execução de medidas prescritas pelo médico e consciencialização de efeitos desagradáveis dessas medidas, como o cumprimento da medicação e modificação do autoconceito (e da auto-imagem) na aceitação de si como estando num estado especial de saúde (Orem, 2001).

Os adolescentes, pelo fator condicionante básico de estágio de desenvolvimento, são comumente considerados difíceis de estabelecer ligações e de comunicar, por parte dos profissionais de saúde, com altos níveis de absentismo na vigilância da sua saúde e com pouca adesão ao cumprimento do regime terapêutico (Tavares & Fonseca, 2009). A não-adesão do adolescente ao regime terapêutico, segundo a TEDAC, corresponde a um défice de autocuidado, referido pela autora como a “relação entre a agência de autocuidado e as exigências de autocuidado terapêutico dos indivíduos nos quais as capacidades de autocuidado, devido a limitações existentes, não estão à altura suficiente para satisfazer todos ou alguns dos componentes das suas ações de autocuidado terapêutico” (Orem, 1993, p. 194).

A família/cuidador principal do adolescente constitui um recurso valioso para o seu autocuidado, atuando para si ou por si mesmo, como principal agente de cuidado dependente. O cuidado ao adolescente inclui proporcionar, ajudar a realizar ou a supervisionar o autocuidado sabendo que a conduta de autocuidado é afetada pelo nível de maturidade do indivíduo (Angarita e Escobar, 2007).

Se os cuidados são realizados por profissionais de enfermagem, estes são caracterizados como agentes de autocuidado terapêutico (Orem, 1993). A TEDAC de Orem (2001) expressa que a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem deve-se à incapacidade do indivíduo em colmatar as necessidades de autocuidado. Uma das situações que demonstra que há défice de autocuidado nos adolescentes é o facto de não cumprirem com o regime terapêutico sem o apoio da enfermagem e da equipa multidisciplinar (Johnson e Keogh, 2012; DGS, 2007).

Pelo que referi, a teórica de enfermagem selecionada pareceu-me a que melhor se adequava a esta temática em estudo.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

Após o enquadramento conceptual, apresento a descrição e análise do percurso realizado ao longo do ensino clínico nos diferentes locais de estágio, de forma a atingir os objetivos gerais e específicos delineados, através das atividades desenvolvidas e os recursos utilizados. Devo destacar que, foi necessário reformular alguns objetivos específicos e o planeamento de atividades, tendo em conta o projeto de estágio previamente elaborado, porque a realidade dos contextos assim o impôs, bem como as experiências vividas em cada ensino clínico. Foi elaborada uma grelha de observação (Apêndice I) baseada no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011), com o intuito de ser utilizada nos locais de estágio, de forma a servir como referencial para a prática especializada, desencadeando a reflexão sobre a qualidade do exercício profissional, apoiado nos processos de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem.

Delineou-se no projeto de estágio, como objetivos gerais, transversais aos diferentes locais de estágio, quatro objetivos:

- Conhecer a dinâmica e a filosofia dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional;
- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na promoção da adesão ao regime terapêutico no adolescente;
- Compreender como os Enfermeiros envolvem os adolescentes na adesão ao regime terapêutico;
- Refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade ético-legal dos cuidados de enfermagem.

De modo a dar resposta aos objetivos gerais, foram delineados objetivos específicos transversais aos diferentes locais de estágio, exceto para a Unidade de Neonatologia (UN). Estes são:

- Desenvolver competências relacionais com o adolescente e a família;

- Identificar dificuldades nos adolescentes sobre adesão ao regime terapêutico;
- Promover a adesão a hábitos de vida saudáveis nos adolescentes;
- Identificar estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Especialistas na promoção da adesão do adolescente ao regime terapêutico;
- Ajudar o adolescente e família a tomar consciência sobre a necessidade do autocuidado;
- Compreender de que forma a patologia pulmonar, a Diabetes e o VIH influenciam os estilos de vida dos adolescentes;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e ao adolescente, baseado na evidência científica assegurando o rigor científico e técnico nas intervenções adaptando-as à especificidade da faixa etária.

Com estes objetivos é expectável que as intervenções de enfermagem permitam que o adolescente desenvolva capacidades de autonomia e autocuidado, procurando a promoção da saúde e a prevenção da doença. Perante isto, torna-se importante envolver ativamente o adolescente e a família no controlo da doença e fomentar a adesão ao autocuidado, como elemento fundamental para evitar sequelas, permitindo melhorar a qualidade de vida do adolescente e reduzir a morbilidade e a mortalidade deste grupo (DGS, 2000a; Velsor-Friedrich, Vlasses, Moberley & Coover, 2004).

Os ganhos em saúde para o indivíduo (adolescente) exigem regimes de tratamento efetivos e a adesão a estes regimes só é possível através da relação terapêutica entre o enfermeiro especialista e o adolescente, permitindo, desta forma, diagnosticar, intervir e avaliar resultados das intervenções nas questões relacionadas com a adesão, no que diz respeito não só ao cumprimento e utilização da terapêutica medicamentosa como, também, a modificações no estilo de vida, tendo por objetivo ajudar o adolescente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2010a).

Com a realização deste relatório pretende-se, ainda, refletir sobre as competências desenvolvidas ao longo da realização dos ensinamentos clínicos. Segundo Benner (2001), as competências e as práticas competentes relatam os cuidados de enfermagem aplicados em situações reais. Também a OE (2012), através do Regulamento do

Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), define o Enfermeiro Especialista como sendo o profissional a quem se lhe reconhece “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (p.15). Neste sentido, refletindo as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) mencionado pela OE (2010), é função do Enfermeiro Especialista deter “conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (p.1), identificando-o como um perito. Pretende-se, assim, que este relatório de estágio retrate o percurso de formação, no sentido de descrever as competências adquiridas comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem.

Os contextos de estágio foram selecionados tendo em consideração a problemática em estudo, ou seja, a população alvo (adolescentes) e os seus requisitos de desvio de saúde (doença crónica ou prolongada). Posteriormente, foi organizado um cronograma dos locais de estágio, compreendido entre o período de 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014 (Apêndice II).

As práticas desenvolvidas nos diferentes ensinamentos clínicos serão posteriormente analisadas e refletidas, partindo da análise de cada objetivo específico e agrupando os locais de estágio sempre que os objetivos se sobreponham. Pretendo expor o que vivenciei durante os ensinamentos clínicos, descrevendo os principais contributos para a concretização do projeto de estágio. Ao longo da realização do estágio, foram trabalhados os diferentes conceitos do Modelo Teórico de Dorothea Orem - Teoria de Enfermagem do Autocuidado.

3.1. Unidade de Neonatologia e Centro de Desenvolvimento da Criança

Estes ensinamentos clínicos decorreram em locais e períodos diferentes: na UN e no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), do mesmo hospital. A junção destes locais para análise do percurso realizado justifica-se pelo facto dos cuidados de enfermagem destes dois serviços terem uma continuidade.

De modo a desenvolver competências a nível dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido (RN) e à sua família, escolhi a Unidade de Neonatologia de um hospital central por reger-se por princípios de cuidados de excelência ao RN e sua família, desenvolvendo competências dos RN à adaptação à vida extra-uterina e de apoio na transição para a parentalidade. É considerado um “hospital amigo dos bebés” por procurar, entre outras razões, fomentar a amamentação no RN, desde a primeira hora de vida. Este hospital está também acreditado pela Comissão Internacional de Qualidade, em termos de qualidade dos cuidados de saúde prestados.

No Centro de Desenvolvimento da Criança realizam-se consultas de desenvolvimento e acompanhamento de crianças com alterações do mesmo. Estas crianças são encaminhadas pelo neonatologista, por serem prematuras (menos de 34 semanas e/ou baixo peso – menos de 1500 g) ou através de consultas do exterior. Este centro tem como princípio o envolvimento da criança e da família no percurso de desenvolvimento saudável da mesma.

Tendo em conta o modelo teórico de Orem, as atividades enquadram-se nos sistemas de enfermagem totalmente ou parcialmente compensatórios e de apoio-educação com a promoção do autocuidado nos pais/cuidadores, no sentido de os capacitar para cuidarem dos seus filhos de forma autónoma e segura, com vista ao desenvolvimento e crescimento saudável da criança. Delinearam-se para isso alguns objetivos específicos:

- Identificar como são planeados os cuidados de enfermagem ao RN;
- Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados ao RN, internado na Unidade de Neonatologia e à sua família;

- Sensibilizar os pais para a importância das competências parentais;
- Identificar como se processa o encaminhamento do RN e família após a alta;
- Participar nos cuidados de enfermagem prestados às crianças e famílias, que recorrem ao centro de desenvolvimento;
- Conhecer como é realizado o processo de avaliação do desenvolvimento da criança;
- Identificar como se processa a parceria de cuidados entre o enfermeiro e os pais/família.

Para atingir estes objetivos realizei uma pesquisa bibliográfica mobilizando conhecimentos sobre: competências do RN; cuidados ao RN prematuro e desenvolvimento da parentalidade. Os temas abordados nas unidades curriculares foram de extrema importância para a aquisição de conhecimentos sobre os cuidados ao RN, tendo-os mobilizado para aplicar ou visualizar na prática.

Sendo a Neonatologia uma área tão específica e visto o período de ensino clínico ter sido tão curto, a minha postura foi maioritariamente de observação dos cuidados de enfermagem prestados ao RN internado e à sua família. No entanto, foi possível intervir junto dos pais, no sentido de identificar as suas dúvidas ou preocupações. Neste seguimento, pretendi promover a vinculação precoce junto dos pais, através da implementação de intervenções defensoras da mesma. Intevi junto das mães no sentido de as informar sobre o aleitamento materno e os seus benefícios. Num dos turnos, no qual estive presente, pude presenciar de uma forma participativa, na promoção do aleitamento materno junto de uma mãe, que se recusava em amamentar o seu bebé (Apêndice III). Foi realizada educação para a saúde no sentido de esclarecer a mãe e apoiá-la no processo de amamentação, contudo, o resultado não foi bem-sucedido, porque não houve uma mudança de opinião.

Um dos objetivos que delineeii no projeto para desenvolver na UN, consistiu em identificar como as enfermeiras especialistas planeiam as suas intervenções e os cuidados, junto do RN e da família. Para isso, acompanhei e avaliei com o enfermeiro de referência, os cuidados prestados ao RN, e a sua eficácia. O enfermeiro, nesta Unidade, tem bastante autonomia, permitindo desenvolver o

processo de tomada de decisão nos cuidados a prestar, sempre com o objetivo de preservar o desenvolvimento saudável do bebé respondendo às suas necessidades.

Durante a realização deste ensino clínico, quis também identificar como é realizado o encaminhamento do RN e dos pais para outro recurso especializado na comunidade. Quando o enfermeiro prepara a alta tem em atenção o foco de enfermagem “Papel Parental”, avaliando se há risco de compromisso no desempenho do mesmo, no sentido de colmatar as necessidades do RN. É assim efetuada uma avaliação do risco, através de uma folha de risco, onde se identifica o grau do mesmo. Desta forma, este diagnóstico é transmitido aos profissionais de enfermagem do Centro de Saúde assegurando-se, assim, a continuidade dos cuidados. A carta de transferência é também realizada com o intuito de dar a conhecer à equipa de enfermagem, do centro de saúde, a história clínica do RN e da família, bem como assegurar a continuidade dos cuidados, promovendo o desenvolvimento e crescimento saudável do RN.

Por vezes, perante a situação clínica do RN, é necessário encaminhar a criança e a família para cuidados diferenciados, realizando-se uma articulação entre o enfermeiro de referência da UN e o enfermeiro da unidade referenciada, neste caso, o CDC. Neste hospital, existe um centro (CDC), onde se realizam consultas de seguimento (*follow-up*) de Neonatologia. O enfermeiro da UN contacta o enfermeiro de referência do CDC, que realiza as consultas de enfermagem de Neonatologia. O enfermeiro dirige-se à UN com o intuito de se apresentar à família do RN e explicar-lhe o procedimento seguinte, após a alta da UN. Este procedimento permite aos pais ter um elemento de referência quando se deslocam ao novo serviço, facilitando a integração e o acolhimento, estabelecendo-se, assim, um vínculo entre família/RN e enfermeiro, consistindo numa ferramenta imprescindível nos cuidados de saúde (Brasília, 2009).

O CDC foi desenvolvido para atender crianças com problemas neurológicos e de desenvolvimento, integrado numa Unidade Hospitalar do Sistema Nacional de Saúde. Neste sentido, pretende-se proporcionar uma assistência eficaz e eficiente, defendendo a promoção da qualidade e da excelência, tentando garantir às crianças que aí recorrem, a equidade e a universalidade do acesso. Nesse centro, são desenvolvidas consultas de enfermagem a três grandes grupos de intervenção:

crianças com paralisia cerebral, spina bífida e neonatologia, com a consulta de *follow-up*.

A equipa de enfermagem do CDC tem como principal objetivo prestar cuidados de enfermagem de alta qualidade, humanizados e individualizados à criança, ao adolescente e à família em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde, de acordo com os padrões de qualidade, integrando os pais na prestação de cuidados e promovendo a relação entre a díade e a equipa de saúde. Pretende-se, também, assegurar a cada criança, adolescente e família, cuidados centrados nas suas necessidades, de acordo com as boas práticas.

Durante a permanência no CDC, tive a possibilidade de acompanhar várias consultas de enfermagem, quer de *follow-up* ao RN/família, quer de paralisia cerebral a crianças, adolescentes e família. Este tipo de consultas centra-se no acompanhamento, não só do desenvolvimento e crescimento harmonioso das crianças com necessidades especiais, bem como nas necessidades dos pais. Quero com isto referir que, a equipa de enfermagem dirige grande parte das suas intervenções aos prestadores de cuidados, porque estes têm que desenvolver capacidades a nível físico e psicológico para cuidarem dos seus filhos; vão ser parceiros no cuidar, tornando-os autónomos (Orem, 2001). O cuidar de uma criança com doença crónica acarreta uma sobrecarga psicológica muito grande, mas a equipa de enfermagem transmite segurança e disponibilidade para fazer este percurso passo-a-passo (Apêndice IV). A relação entre enfermeiro, criança, adolescente e família desenvolve-se de forma harmoniosa, assente na amizade, confiança e disponibilidade na procura constante de conhecimentos para a prestação de cuidados de qualidade. São apresentadas estratégias aos pais para aceitarem e ultrapassarem a condição de saúde do seu filho e, deste modo, adquirirem competências para cuidar dele com qualidade.

A avaliação do desenvolvimento é realizada pelos pediatras especialistas em desenvolvimento infantil e psicólogos, recorrendo ao uso da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan (DGS, 2013).

A consulta de enfermagem de *follow-up* centra-se na avaliação contínua do desenvolvimento e aquisições do RN, necessidades e dúvidas verbalizadas pelos

pais. Esta vigilância permite uma intervenção precoce, de modo a minimizar as possíveis incapacidades desenvolvimentais da criança. O CDC conta com o apoio de várias organizações, como o Grupo de Intervenção Precoce e as associações das referidas patologias: Cercisa, Segurança Social, entre outros, no sentido de encaminhar estas crianças, adolescentes e pais para áreas especializadas.

Durante a minha permanência neste local de ensino clínico tive a oportunidade de contactar com os pais de um RN, que esteve internado na UN, aquando do meu estágio neste serviço. Esta situação deu-me uma perspetiva do que os pais pensam quando têm o seu filho numa Neonatologia, considerando que, após alta, são necessárias consultas de vigilância mais específicas, de modo a acompanhar o desenvolvimento e o crescimento do seu filho. Foi também verbalizado pelos pais, que os cuidados prestados pela equipa de enfermagem faz todo o sentido e é de extrema importância, valorizando o apoio e profissionalismo da mesma.

No decorrer do estágio, realizou-se uma formação para os profissionais de saúde cujo objetivo consistiu na apresentação do projeto “Associação de Pais-em-Rede”, com o intuito deste vir a ser aplicado no CDC. Foi possível constatar que os médicos deste serviço já tinham sentido necessidade de encaminhar os pais para grupos de apoio, onde possam conversar sobre as suas preocupações, apoiando-os nas suas necessidades e angústias. Contudo, foi verbalizado por médicos que a administração apresenta alguns constrangimentos humanos e financeiros que dificultam o alargamento destes serviços fora do horário de funcionamento do centro.

A realização destes ensinamentos clínicos permitiu-me concretizar as atividades planeadas e atingir os objetivos delineados. Com o desenvolvimento destas atividades foi possível adquirir as seguintes competências: assiste a criança com a família na maximização da sua saúde – ao ter gerido, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, ter comunicado com a criança e a família, utilizando técnicas apropriadas à idade e o estágio de desenvolvimento; ao intervir nas doenças comuns, que possam afetar, negativamente, a qualidade de vida da criança, ao estabelecer redes de suporte à criança/adolescente/família com necessidades de cuidados e ao trabalhar em parceria, no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/adolescente aos cuidados de saúde; cuida da criança e

família nas situações de especial complexidade - uma vez que geri, de uma forma individualizada, a dor da mãe e do bem-estar da criança, otimizando as respostas; por ter providenciado cuidados à criança promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência, procurando evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança - pois promovi o crescimento e o desenvolvimento infantil, a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente, utilizando estratégias para promover o contacto físico entre pais/RN e promovendo o aleitamento materno; comuniquei com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento; desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove práticas de cuidados, que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais – visto ter demonstrado uma prática que respeita os direitos humanos, os valores e as normas éticas e deontológicas numa variedade de situações da prática; desenvolve o autoconhecimento e a assertividade – uma vez que demonstrei a capacidade de autoconhecimento, reconhecendo que interferi no estabelecimento de relações terapêuticas.

3.2. Serviço de Urgência Pediátrica

A escolha do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) para a realização deste ensino clínico prendeu-se pelo facto de o hospital em causa, atender adolescentes até aos 18 anos de idade, como está preconizado pelo Despacho nº 9871/2010, de 11 de junho, com o alargamento da idade pediátrica de atendimento nos Serviços de Pediatria, Urgência Pediátrica, Consultas e Internamento, até aos 17 anos e 364 dias.

No meu percurso pelo SUP, procurei desenvolver competências no domínio da prestação de cuidados específicos, em resposta às necessidades do adolescente e da família, sob a orientação e supervisão de um Enfermeiro Especialista.

Tendo em vista o modelo teórico de Orem, as atividades desenvolvidas tiveram em conta os requisitos de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem, agindo

de acordo com os sistemas de enfermagem totalmente e parcialmente compensatórios, uma vez que as intervenções de enfermagem têm em vista a necessidade de compensação da capacidade de autocuidado (Orem, 1991).

Neste sentido, além dos objetivos específicos mencionados anteriormente, delinear-se outros:

- Identificar as razões que levam os adolescentes a recorrer ao serviço de urgência;
- Desenvolver uma sessão de formação com o tema: “As necessidades de atendimento dos adolescentes nos serviços de saúde”;
- Desenvolver competências em gestão de recursos humanos.

De modo a dar resposta aos objetivos propostos, realizei reuniões informais com o enfermeiro chefe e o enfermeiro de referência, apresentando o projeto de estágio e os objetivos traçados. Tive a oportunidade de consultar os diversos documentos existentes no serviço: normas de procedimento, protocolos de atuação, processos de enfermagem, registos de enfermagem em suporte informático e bibliografia existente.

Durante a minha permanência neste local de estágio, fui percebendo que os adolescentes recorriam a este serviço, maioritariamente, por alterações do comportamento e por traumatismos. Algumas das causas dos traumatismos estão relacionadas com os comportamentos dos adolescentes nas práticas desportivas, com maior ou menor risco de lesão física. Segundo Prazeres, Laranjeira e Oliveira (2005), os traumatismos acidentais são a primeira causa de morte em crianças e adolescentes na Europa, sendo responsáveis por mais mortes do que todas as outras causas.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças da OMS (2001), há um aumento do número de adolescentes com perturbações comportamentais, divididos em duas grandes categorias: perturbações do desenvolvimento psicológico e perturbações comportamentais e emocionais, em que os rapazes apresentam comportamentos de agressividade e perturbações devido à utilização de substâncias nocivas e as raparigas com perturbações de ansiedade e depressão, levando a comportamentos suicidários.

O SUP dá resposta às situações urgentes e emergentes, atendendo crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade. O principal objetivo dos profissionais de enfermagem visa prestar cuidados diferenciados de enfermagem de alta qualidade ao ser humano (criança/adolescente e família), que sejam individualizados e em articulação com os restantes serviços de saúde, de acordo com os padrões de qualidade. Outro objetivo é assegurar a cada criança e família, cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as boas práticas e numa lógica de governação clínica, promovendo uma eficiente utilização dos recursos disponíveis estimulando a equipa para o desenvolvimento profissional, aumentando as suas competências. Os cuidados prestados neste serviço pretendem-se que sejam diferenciados e de qualidade, em tempo adequado, com eficiência, integrando os pais na prestação dos mesmos, promovendo a relação entre o binómio adolescente e família e os profissionais de saúde.

Durante o tempo que permaneci neste serviço, não foi possível contactar com adolescentes com patologia pulmonar. Neste sentido, a minha intervenção direccionou-se para a prestação de cuidados de enfermagem em saúde do adolescente, em conjunto com a equipa de enfermagem. A intervenção junto do adolescente teve como objetivo o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação, com o intuito de promover hábitos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco. Tive em atenção a individualidade de cada adolescente, bem como a situação clínica que o fez recorrer ao SUP, aproveitando a oportunidade de promover mudanças de atitude e comportamentos, quer individuais, quer em grupo, no sentido de poder ser ele próprio um agente transmissor de informação no seu grupo de pares. Neste seguimento, acompanhei a enfermeira na prestação de cuidados a adolescentes franceses dos 13 aos 15 anos de idade, que deram entrada no SUP por intoxicação alimentar. Nesta situação, que decorreu nos primeiros dias de estágio, observei e analisei a relação entre enfermeiro, adolescente e professor.

Nas minhas intervenções junto dos adolescentes, pude colaborar com a equipa de enfermagem em situações mais ou menos complexas, como foi o caso de uma adolescente que deu entrada no SUP devido a causas etílicas (Apêndice V). Após a estabilização e a recuperação clínica da jovem, pude desenvolver uma relação de

empatia com a mesma, no sentido de perceber o que tinha originado tal situação, analisando em conjunto com esta, o que seria necessário modificar futuramente, no sentido de adotar comportamentos seguros de convívio com o grupo e desenvolver capacidades de se autocuidar, preservando a sua saúde.

Tendo conhecimento de algumas opiniões de adolescentes sobre o serviço de saúde e os profissionais, quis confirmar *in loco* o que é referido pelos autores (Bouzas, 2009, Dodds, 2010; Henriques, Rocha e Madeira, 2010; OMS, 2002; Tavares e Fonseca, 2009) sobre a organização/funcionamento dos serviços e a opinião dos adolescentes sobre os profissionais de saúde (Apêndice VI). Realizei uma formação para os profissionais de enfermagem do SUP. Para esta sessão defini como objetivos específicos:

- Compreender a importância de um atendimento em saúde direcionado às necessidades dos adolescentes;
- Refletir sobre os serviços de saúde e a sua adequação às necessidades dos adolescentes;
- Realçar a intervenção do EEESCJ na promoção de comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis nos adolescentes.

Foi possível constatar que, neste serviço, corroboram as características mencionadas pelos autores, embora seja de realçar o facto de que a nível da organização do serviço, se dê primazia ao ambiente acolhedor e à privacidade. Relativamente aos profissionais de saúde, saliento o respeito que apresentam por cada utente, respeitando-o como ser único bio-psico-socio cultural. Ao realizar esta sessão tive a oportunidade de dar a conhecer as opiniões de adolescentes sobre o atendimento dos serviços de saúde, as suas necessidades e eventuais focos a modificar. Posteriormente, o *feedback* obtido pelos profissionais de enfermagem foi positivo, os quais verbalizaram ter sido abordada uma temática atual e com importância para a qualidade dos cuidados prestados.

O enfermeiro de referência, que me acompanhou durante o ensino clínico, desempenhava o papel de chefe de equipa. Deste modo, as suas funções visavam a gestão de recursos humanos (equipa de enfermagem e assistentes operacionais) e recursos materiais. Neste sentido, pude perceber como se gerem estes recursos

face às necessidades do serviço. Segundo a OE (2010), é competência comum do enfermeiro especialista gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores e a sua articulação na equipa multidisciplinar, adaptando a gestão dos recursos disponíveis às situações e ao contexto, com o intuito de otimizar a qualidade dos cuidados.

Este ensino clínico permitiu a realização das atividades e o alcance dos objetivos delineados, bem como novos objetivos face às necessidades encontradas. As atividades realizadas neste local de estágio, permitiram desenvolver competências: assiste a criança e jovem com a família na maximização da sua saúde – ao ter estabelecido com a adolescente e a família uma parceria de cuidados, promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime terapêutico (intervenção junto da jovem): diagnostiquei precocemente e intervi em situações de risco, que poderiam afetar negativamente a vida da adolescente, isto é, identifiquei evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; identifiquei situações de risco para o jovem pelos seus comportamentos de risco; avaliei conhecimentos e comportamentos do jovem e da família relativos à saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade - ao ter mobilizado os recursos para cuidar do jovem e da família em situação de particular exigência, recorrendo a um largo espectro de abordagens: reconheci situações de instabilidade das funções vitais e prestei cuidados de enfermagem apropriados; fiz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da jovem, otimizando as respostas, isto é, apliquei conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual do jovem; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida da criança e do jovem - ao ter considerado as especificidades e as exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital e respondido, eficazmente, promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento: comuniquéi com a criança/adolescente e sua família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento, demonstrando conhecimento sobre técnicas de comunicação, no relacionamento com a criança, jovem e família; promovi a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, facilitando a comunicação expressiva de emoções; desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove práticas de cuidados, que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais – demonstrei um exercício

profissional e ético seguro com base no respeito pelos direitos humanos; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento – facilitei a aprendizagem, em contexto de trabalho na área da especialidade, atuando como formadora e favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; identifiquei oportunidades relevantes de investigação; demonstrei conhecimentos, colocando-os em prática na prestação de cuidados especializados e competentes.

3.3. Unidade de Infeciologia e Centro de Diagnóstico Pneumológico

Estes ensinamentos clínicos decorreram em períodos e locais diferentes, nomeadamente na Unidade de Infeciologia (UI) de um hospital central e no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP). A junção destes locais para análise prendeu-se pelo facto de terem sido os únicos onde pude contactar com adolescentes, cujo desvio de saúde foi o desenhado no projeto (patologia pulmonar).

Por haver na Unidade de Infeciologia apenas dois adolescentes com patologia pulmonar (derrame pleural), direcionei as minhas intervenções para todos os adolescentes internados com doença crónica. Em contrapartida, no CDP, encontravam-se cinco adolescentes em tratamento com tuberculose (TB) pulmonar. Neste sentido, delineei para estes locais de estágio objetivos específicos e atividades, que permitissem abranger duas áreas do cuidar, a doença crónica e a TB pulmonar. Sendo a TB pulmonar uma doença de tratamento prolongado, pretendi perceber se as manifestações e as posturas dos adolescentes, face à sua doença, são equivalentes.

Para estes contextos de estágio esbocei alguns objetivos específicos, que serão seguidamente analisados:

- Aprofundar conhecimentos sobre a adesão ao regime terapêutico do adolescente e família com patologia pulmonar;
- Compreender de que forma os enfermeiros envolvem os adolescentes na adesão ao regime terapêutico com patologia pulmonar;

- Compreender como é que a doença crónica e a patologia pulmonar influenciam os estilos de vida dos adolescentes;
- Identificar, através de entrevista, dificuldades nos adolescentes na adesão ao regime terapêutico;
- Promover a adesão ao regime terapêutico do adolescente e da sua família;
- Participar com o enfermeiro de referência no rastreio de conviventes de adolescentes com TB pulmonar;
- Participar nos cuidados de enfermagem relativamente ao tratamento da TB pulmonar através da toma de observação direta (TOD).

A Unidade de Infeciologia presta assistência a crianças e adolescentes com patologia da especialidade de infecciologia. Tem como objetivos prestar cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade, desenvolver formas de ligação do hospital com a comunidade, facilitando a acessibilidade aos seus recursos e o desenvolvimento de complementaridades e parcerias no interesse dos doentes intervindo na sociedade no sentido da promoção e defesa dos direitos da criança.

Ao definir estes objetivos pretendi perceber a influência da doença no quotidiano do adolescente e identificar as suas dificuldades relativamente ao tratamento conhecendo as intervenções da equipa de enfermagem na promoção da adesão do adolescente ao tratamento. Foi realizada pesquisa e revisão bibliográfica sobre a adesão ao regime terapêutico e sobre os desvios de saúde existentes. Através da observação participativa, foi possível identificar os fatores que interferem na adesão do adolescente ao tratamento, e perceber como se desenvolve a teoria dos sistemas de enfermagem, segundo Orem.

Esta observação foi orientada através de uma grelha de observação (Apêndice VII), com base nas dimensões da adesão ao tratamento da OMS (2003) e os tipos de intervenções para melhorar a adesão terapêutica, segundo Bugalho e Carneiro (2004). Este tipo de instrumentos permite verificar, com o auxílio de determinados indicadores, factos particulares e colher dados acerca de determinado acontecimento ou comportamento (Fortin, Grenier e Nadeau, 1999). Os resultados permitiram identificar os fatores mais frequentes que interferem na adesão ao tratamento e as estratégias que contribuem para adesão ao mesmo: o tamanho dos

comprimidos; a duração do tratamento; os efeitos secundários dos medicamentos; as restrições dietéticas e comportamentais do adolescente, devido ao facto de, por exemplo, não poder ingerir bebidas alcoólicas; a aceitação da doença; o esquecimento da administração da medicação (idade e maturidade do adolescente); o isolamento obrigatório, isto é, não poder sair com os colegas, facto que interfere com a sua vida académica e social; a necessidade de se ausentar do grupo ou atividades que estejam a decorrer para a toma de medicação; a responsabilidade da família/pais/cuidadores; condições socioeconómicas; a obrigatoriedade no cumprimento da medicação tem custos e perturbações no horário, devido à deslocação à unidade de saúde para administrar a medicação. Estes fatores corroboram com os mencionados por autores como Dahlgren e Whitehead (2007), Brasil (2008), Lopes et al. (2008) e OE (2009).

A identificação dos motivos dos adolescentes para a provável quebra no cumprimento do tratamento permite que o profissional de enfermagem oriente os seus cuidados, através dos diagnósticos identificados e respetivas intervenções. Através das linhas de orientação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) da OE (2009), é elaborado o plano de cuidados, cujo diagnóstico de enfermagem compreende o risco de não-adesão ao tratamento e o autocuidado comprometido. As intervenções de enfermagem serão de educação para a saúde, no sentido de explicar à família e ao adolescente o regime de tratamento, ensinar sobre os efeitos secundários da não-adesão e monitorizar a adesão através da TOD. Os resultados de enfermagem esperados serão o cumprimento do tratamento.

Para atingir alguns objetivos traçados, elaborei um guião de entrevista (Apêndice VIII), onde procurei identificar a existência de conhecimentos sobre o desvio de saúde, os sentimentos face ao mesmo e as mudanças na sua vida. Pretendi, ainda, perceber qual o suporte familiar e dos profissionais de enfermagem. Para a realização de uma entrevista não estruturada utiliza-se um guião com os grandes temas a explorar (Fortin, Grenier e Nadeau, 1999). A elaboração deste guião teve por base a definição de adesão ao regime medicamentoso da CIPE da Ordem dos Enfermeiros (2010) e as dimensões da adesão ao tratamento, segundo a OMS (2003) (Anexo II). A primeira parte do instrumento de colheita de dados corresponde

à identificação e caracterização do cliente pediátrico (Apêndice IX); na segunda parte são colocadas questões abertas, permitindo identificar as dificuldades do adolescente sobre a doença e a adesão ao regime terapêutico e compreender como os enfermeiros e a família apoiam o adolescente na adesão ao mesmo. Para a realização desta entrevista foram considerados e respeitados os princípios éticos inerentes a estes procedimentos, através da explicação do trabalho em desenvolvimento e do pedido de consentimento informado (Apêndice X) para a participação na mesma.

A aplicação do instrumento teve duas fases. A primeira decorreu na Unidade de Infeciologia, onde entrevistei dois adolescentes com doença crónica (dermomiosite e doença de Crohn) e dois com pneumonia e com derrame pleural. Neste serviço, havia mais adolescentes internados, contudo, o motivo do seu internamento prendia-se com doenças agudas. Neste sentido, procurei incrementar outro dos objetivos traçados que consistia em desenvolver com os adolescentes competências relacionais com o objetivo de promover hábitos de vida saudáveis. A segunda fase da aplicação do instrumento aconteceu no CDP, onde tive a oportunidade de o aplicar a cinco adolescentes com TB pulmonar.

O CDP presta assistência a todos os utentes com patologia pulmonar. É constituído por enfermeiros, pneumologistas, um técnico de cardio-pneumologia, um fisioterapeuta e assistentes administrativas. Tem, como objetivos, a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade ao nível das doenças pulmonares, com intervenção junto da população para despiste e erradicação da TB pulmonar.

As considerações retiradas da aplicação do instrumento permitiram identificar o adolescente como agente de autocuidado, envolvendo a família de modo a ser responsável pelo cumprimento do tratamento (Jolley e Shields, 2009). É expectável o envolvimento da família nas ações preventivas e no cuidado do adolescente doente de modo a que passe a manter a doença em níveis controláveis, minimizando as suas complicações (OE, 2010). Foi verbalizado pelos jovens que, no início, foi difícil aceitar a doença, pelo facto de ser necessário tomar a medicação diariamente. Foram, também, identificadas as demandas de autocuidado terapêutico do adolescente e a intervenção do sistema de enfermagem centrado na partilha de

ações terapêuticas de autocuidado entre o enfermeiro e o adolescente e no sistema apoio-educação. Segundo Orem (2001), a enfermeira, tendo como objeto de trabalho o cuidado de enfermagem, percebido sob a forma de autocuidado, levando o adolescente (cliente pediátrico) a participar nesse cuidado dentro das suas capacidades e do seu estado de saúde, transforma-o num agente de autocuidado. Assim, durante a aplicação do instrumento, foi verbalizado pelos adolescentes, que estes sentem apoio por parte da equipa de saúde a qual está sempre atenta às dúvidas e necessidades que existam. A teoria do autocuidado, nos adolescentes com doença crónica ou prolongada, como o desvio de saúde TB pulmonar, baseia-se nos requisitos de autocuidado dos jovens, permitindo traçar estratégias de adaptação às mudanças, que ocorrem na vida.

No sentido de dar resposta a alguns dos objetivos delineados, participei de forma ativa no rastreio de conviventes de adolescentes com TB pulmonar. Tratou-se de uma jovem de 13 anos, à qual lhe foi detetada TB pulmonar no rastreio passivo de sintomas, por ser coabitante do pai, ao qual lhe foi detetada TB pulmonar e laríngea. Por a jovem, apresentar bacilos de Koch diretos positivos (BK+) na expetoração, foi realizado um novo rastreio, desta vez aos conviventes da escola (colegas, professores e auxiliares). O grupo caracterizava-se por 21 alunos e 15 professores e auxiliares. A minha colaboração decorreu no sentido de realizar a leitura da prova de tuberculina, na segunda fase do rastreio, e fazer encaminhamento para a fase seguinte, que seria dois meses após a primeira prova. O rastreio consiste no total de três *Mantoux*, realizados em tempos diferentes (1º; 2º - 8 a 10 dias após o 1º; e 3º - 2 meses após o 1º). Posteriormente, estes resultados foram apresentados à médica especialista em Pneumologia para que esta analisasse os resultados e prescrevesse um plano de intervenções/tratamento.

Pude, ainda, colaborar na realização de análises para a pesquisa do IGRA, nos casos em que o resultado do *Mantoux* foi duvidoso, permitindo identificar com mais precisão se uma pessoa teve contacto recente com o bacilo e, deste modo, apresentar TB latente. O IGRA identifica uma proteína no organismo, que foi produzida há pouco tempo, indicando que foram fabricados anticorpos recentes para o BK.

Outro dos objetivos prendia-se com o facto de participar nos cuidados de enfermagem, intervindo no tratamento da TB pulmonar, através da toma de observação direta (TOD). A OMS (2002) definiu que um dos pontos-chave para o sucesso do tratamento da tuberculose prendia-se com a estratégia DOTS que consiste, acima de tudo, na toma de observação direta de modo a garantir o sucesso do tratamento. Os anti-bacilares devem permanecer nos serviços de saúde, sendo apenas disponibilizados aquando da toma efetiva do medicamento pela pessoa doente e na presença do enfermeiro. A administração da medicação deve ser numa única toma, preferencialmente em jejum, em regime de toma de observação direta (TOD), com atitudes imediatas perante qualquer falta ao tratamento, contactando a pessoa, de forma a averiguar a sua ausência no serviço de saúde para a administração da terapêutica. A TOD é uma medida que ajuda a reforçar a motivação da pessoa para continuar o tratamento, pois permite detetar precocemente os efeitos adversos dos fármacos e assegurar o tratamento de forma correta, medida esta com forte impacto na prevenção da emergência de resistências. Durante o tratamento, a equipa de enfermagem faz uma avaliação constante dos conhecimentos e das dúvidas que possam surgir nos adolescentes, de forma a colmatar possíveis falhas durante o mesmo (DGS, 2013) (Apêndice XI). O enfermeiro deve alertar para o benefício da sua realização e transmitir a necessidade de cumprir o tratamento, durante as visitas para a TOD.

As atividades desenvolvidas e as experiências vivenciadas nestes locais de estágio permitiram atingir os objetivos traçados, contribuindo para a concretização deste projeto.

Estas atividades permitiram a aquisição das seguintes competências: assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde – ao ter considerado a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio adolescente/família como alvo do cuidar do EEESIP e ao ter estabelecido, com ambos, uma parceria de cuidados promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade: negocieei a participação do adolescente e da família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; comuniqueei com o adolescente e a família, utilizando técnicas apropriadas à idade e ao estágio de desenvolvimento; utilizeei estratégias

motivadoras para o adolescente e para a família, com vista à promoção dos seus papéis de saúde; proporcionei conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais aos adolescentes e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências na gestão dos processos específicos de saúde/doença; procurei, sistematicamente, oportunidades para trabalhar com o adolescente e a família, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; utilizei a informação existente e avaliei a estrutura e o contexto do sistema familiar; avaliei conhecimentos e comportamentos do adolescente e da família relativos à saúde; *cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade* – ao ter mobilizado os recursos para cuidar do adolescente, com doença crónica ou prolongada, e da família, em situação de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens: apliquei conhecimentos sobre a saúde e o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do adolescente; promovi a adaptação do adolescente e da família à doença crónica ao capacitá-los para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação e facilitei o suporte familiar e comunitário; *presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem* – ao ter considerado as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, respondi eficazmente ao promover a maximização do potencial de desenvolvimento: promovi o crescimento e o desenvolvimento infantil, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre as técnicas de comunicação no relacionamento com o adolescente e a família; demonstrei habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento do jovem; promovi a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à sua saúde, facilitando a comunicação expressiva de emoções, identificando os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis, reforçando a tomada de decisão responsável e negociando o contrato de saúde com o adolescente; *desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção* - uma vez que demonstrei um exercício profissional e ético seguro, utilizando habilidades de tomada de decisão baseada em princípios, valores e normas éticas e deontológicas, numa variedade de situações da prática especializada na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente; *promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as*

responsabilidades profissionais – demonstrei uma prática que respeita e promove a proteção dos direitos humanos, gerindo as práticas de cuidados que podem comprometer a privacidade do cliente; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro - promovi a envolvimento adequada ao bem-estar e à gestão do ambiente, centrados no adolescente como condição imprescindível para a efetividade terapêutica ao promover a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos familiares e colaborado na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento – baseei as minhas intervenções em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, como agente facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação científica: interpretei, organizei e divulguei dados provenientes da evidência, que contribuem para o conhecimento e o desenvolvimento da enfermagem; contribuí para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada; demonstrei conhecimentos e apliquei-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes e, por fim, rentabilizei as oportunidades de aprendizagem tomando a iniciativa na análise de situações clínicas.

3.4. Consultas Externas Pediátricas de Imunodeficiências e de Diabetes

Estes ensinamentos clínicos decorreram no mesmo local, na Consulta Externa Pediátrica de Imunodeficiências e na Consulta Externa Pediátrica de Diabetes, do mesmo hospital. A opção de realizar estágio nestes contextos clínicos, prendeu-se com o facto de, após decorridas várias semanas de estágio, ter apenas encontrado dois adolescentes com patologia pulmonar (na UI). Neste sentido, tive necessidade de alargar a minha população aos adolescentes, não só com doença prolongada como a TB pulmonar, como também com doença crónica. Por ter sido desmarcado um local de estágio, tive necessidade de reestruturar o meu cronograma procurando novos locais. Com isto, solicitei estágio aos responsáveis por estas consultas, nomeadamente à médica coordenadora das consultas de Imunodeficiências, visto

não existirem consultas de enfermagem, e à enfermeira chefe das consultas externas de Diabetes.

Delineei para estes locais de aprendizagem os seguintes objetivos específicos:

- Assistir às consultas de Imunodeficiências, identificando as dificuldades do adolescente/família na adesão ao regime terapêutico;
- Identificar o papel da família na adesão ao regime terapêutico;
- Participar no atendimento ao adolescente e família, realizado pela equipa de enfermagem, nas consultas de diabetes;
- Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros na promoção da adesão e do autocuidado no adolescente com diabetes;
- Identificar as dificuldades dos adolescentes, com diabetes, na adesão ao regime terapêutico.

Os objetivos mencionados foram de extrema importância, no sentido em que foi possível conhecer a realidade de contextos específicos, de prestação de cuidados, de forma a que as intervenções sejam de qualidade e respondam às exigências destas patologias. Para dar resposta a estes objetivos, realizei reuniões informais com os responsáveis (Médica de Infeciologia, Enfermeira Chefe do serviço e enfermeiras responsáveis pela consulta), apresentei o projeto e procedi à pesquisa e revisão bibliográfica, consultando normas, protocolos e manuais existentes no serviço.

A Consulta Externa Pediátrica de Imunodeficiências defende a prestação de cuidados diferenciados às crianças e adolescentes em regime ambulatorio, onde a qualidade, a eficácia e a garantia de satisfação dos clientes pediátricos e profissionais envolvidos seja uma realidade. Esta consulta teve, em tempos, a colaboração da equipa de enfermagem. Contudo, face aos constrangimentos de redução de pessoal e pelo facto de o existente estar destacado para as consultas de diabetes, atualmente só é realizada consulta médica. Este facto foi verbalizado pela médica coordenadora da especialidade.

O facto de ter estipulado como objetivo assistir às consultas de VIH, tive como intuito identificar as dificuldades verbalizadas pelo adolescente e pela família na adesão medicamentosa e o papel da família no processo de adesão. Foi possível perceber

que os jovens reagem de várias formas quando são informados da doença, mas é mais comum esta não ser bem aceite e isso é expresso através do mau cumprimento da medicação. Enquanto os adolescentes não adquirem responsabilidade pela administração da medicação, são os pais que o fazem e que se responsabilizam por tal. Essa autonomia vai sendo avaliada no decorrer das consultas e ao longo do processo de tratamento. Outra das razões verbalizadas para o incumprimento da medicação, está relacionada com o facto de o adolescente se esquecer da administração da medicação. Este facto deve-se às características do adolescente, que no seu íntimo não aceita ser diferente dos outros e que quer apenas estar com o grupo e desenvolver atividades com estes. Após serem ultrapassados alguns obstáculos de adaptação à doença e ao tratamento, os adolescentes com este desvio de saúde aderem à medicação, porque já não lhes provocam tantos efeitos secundários. Sentem-se bem, como se não estivessem doentes, e a diferença consiste no facto de terem de tomar a medicação. Por outro lado, esta situação também pode levar a que eles não cumpram a medicação, porque consideram que está tudo bem. Este desvio de saúde pode obrigar ao cumprimento da administração de vários medicamentos, o que suscita a não-adesão. As consultas de VIH têm como objetivo: avaliar, globalmente, a criança, o adolescente e a família, ajudando-os na resolução dos problemas reais e/ou potenciais, favorecer a adaptação à doença, incentivar o autocuidado e a autonomia ao tratamento e esclarecer dúvidas existentes.

Os adolescentes são acompanhados à consulta por familiares, que controlam e que se responsabilizam pela medicação, intervindo no sentido do sucesso da adesão ao tratamento, embora os jovens, com as competências cognitivas adquiridas, apresentem capacidade para a auto-administração. Durante as consultas pode constatar que a designação da doença VIH é apresentada aos adolescentes, quando estes apresentam maturidade para a conhecerem e saberem que a têm. Foi verbalizado pela médica que esta situação ocorre a partir dos 12 anos, facto este que pretende proteger as crianças e os jovens de estigmas que surjam. Nestas consultas pode, ainda, assistir à educação para a saúde relativa às orientações da terapêutica instituída, contribuindo para a promoção da adesão ao tratamento, através da verbalização, do doente ou da família, sobre o modo de como tomar a medicação, tendo em consideração a alimentação e o horário.

A experiência vivenciada na Consulta Externa de Diabetes permitiu observar e identificar, através da grelha de observação, aplicada noutros contextos de estágio, os fatores que interferem frequentemente na adesão ao tratamento, nomeadamente: as principais dificuldades, as estratégias delineadas que contribuem para adesão ao regime terapêutico e o sucesso do tratamento instituído.

Neste local de aprendizagem é aplicado o sistema parcialmente compensatório e sistema apoio-educação, bem como a aquisição de competências para a criança/adolescente e família se tornarem autónomos, segundo o modelo de Orem (2001), preservando a sua vida, a saúde e o bem-estar, aderindo ao regime terapêutico.

Neste ensino clínico tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos sobre a diabetes e a relação entre o controlo da glicémia com o regime alimentar e a atividade física. A diabetes é uma patologia que requer educação para a saúde e uma constante atualização e validação dos conhecimentos e competências adquiridas, por ser de difícil compreensão o equilíbrio entre as porções de alimentos e os valores da glicémia.

A consulta de enfermagem de diabetes atende crianças e adolescentes, seguindo um guia orientador de modo a intervir em todos os aspectos, tais como: conhecimento da doença e das suas implicações, alterações inerentes à patologia, alterações das funções parentais, incapacidade individual e familiar para lidar com a doença e reação psicológica individual e familiar face à mesma. Na consulta, tive a possibilidade de observar e assistir aos ensinamentos referentes às orientações do tratamento (dieta, controlo da glicémia e da terapêutica instituída – insulina), contribuindo para a promoção da adesão ao regime terapêutico. É feita também a articulação com outros serviços (serviço social, escola, psicologia), no sentido de apoiarem o jovem nas intervenções necessárias.

No decorrer do ensino clínico, foi possível conhecer as dificuldades dos adolescentes com diabetes, e das suas famílias, na adesão ao regime terapêutico e como se processa a intervenção de enfermagem junto destes. As dificuldades identificadas relacionavam-se com a relação entre a doença e a atividade social e académica do adolescente, por este pretender acompanhar o grupo nas várias

atividades, dificultando a conciliação dos cuidados de saúde com a integração no grupo de pares. Outros dos fatores que podem influenciar a adesão terapêutica na adolescência, devem-se ao facto de os adolescentes não aceitarem a doença; a restrição alimentar; não assumirem a responsabilidade de uma rotina para toda a vida, por sentirem vergonha dos colegas, por se esquecerem por exemplo, da medicação; pela dificuldade em compreenderem os valores da glicémia; da insulina a administrar e da porção de alimentos a ingerir; o nível de controlo que os pais exercem sobre as atividades quotidianas dos filhos; a dificuldade em assumir que apresentam características diferentes, de maior fragilidade, relativamente aos colegas de grupo em que estão inseridos; o desenvolvimento cognitivo e a motivação do adolescente para o tratamento/expectativas de êxito; a relação de colaboração equipa de saúde-adolescente/família; a necessidade de uma mudança de hábitos alimentares, de exercício físico e equilíbrio energético, que pode ter repercussão no convívio social e na participação das atividades com os pares; a complexidade e a frequência diária do regime terapêutico e o facto da adesão a este apenas evitar repercussões negativas da doença e não trazer consequências positivas. Dos fatores individuais que podem dificultar a adesão terapêutica, destaca-se a importância do modo como cada adolescente interpreta, apreende e constrói significações acerca da doença e respetivas exigências terapêuticas, bem como a forma como lida com estes aspectos, nos contextos sociais em que se insere (Minanni, Ferreira, Sant'Anna e Coates, 2010). É este equilíbrio que parece ser difícil, desafiador e que requer autonomia e motivação por parte do adolescente aliado a uma rede social e familiar de apoio eficaz e responsabilização, exigindo a adesão terapêutica para o controlo metabólico.

A questão da adesão terapêutica na diabetes coloca-se com mais ênfase na fase da adolescência, uma vez que durante a infância, os pais são os principais responsáveis pelo cumprimento do tratamento. Neste sentido, é prática do enfermeiro sugerir, nas consultas, que a criança comece a realizar a monitorização da glicémia capilar logo que demonstre competências cognitivas e técnicas para tal, devendo os pais supervisionar este processo. A criança adquire, assim, de modo progressivo, autonomia e responsabilidade pelo seu próprio tratamento. Os ensinamentos vão sendo realizados de uma forma gradual, no sentido de promover a autonomia à medida que a criança/adolescente vai desenvolvendo capacidades para os aplicar. A

educação para a saúde realizada utiliza exemplos práticos do dia-a-dia, através de situações que podem ocorrer, sendo necessário conhecer a doença, em que consiste, o que implica e a constante validação de dúvidas.

Durante este ensino clínico, foi possível verificar a relação que se cria ao longo do tratamento e o processo de vigilância da saúde-doença da criança, o adolescente e a família com a equipa de saúde. A equipa é constituída por uma dietista, um médico e uma enfermeira de referência. Cada criança que recorre à consulta de diabetes, tem atribuído um enfermeiro e um médico de referência, que trabalham em equipa; a criança sabe se vai ser atendida sempre pela mesma médica e enfermeira, facto importante, como é referido pela OE (2011): o método de trabalho do enfermeiro de referência é indispensável para uma “prestação de cuidados de elevado nível de complexidade que contemple e promova a satisfação da criança/jovem” (p.5). Os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro de referência respeitam o conceito de cuidados individualizados (Apêndice XII). Cada cliente tem atribuído um enfermeiro que é responsável por todos os cuidados e que terá de estabelecer um vínculo de confiança entre o adolescente e a sua família, promovendo uma relação interpessoal de qualidade (Dodds,2010; OMS, 2002). Esta relação representa outro dos fatores para a promoção da adesão. Durante a minha permanência neste local de estágio, tive a oportunidade de acompanhar uma criança de 5 anos de idade a adquirir conhecimentos e competências para a introdução de bomba perfusora de insulina. É um percurso longo e difícil que requer o desenvolvimento de competências, para que os pais saibam manipular e intervir face às vigilâncias necessárias que esta doença obriga.

Com o desenvolvimento destas atividades foi possível adquirir as seguintes competências: assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde – ao ter comunicado com a criança e a sua família, utilizando técnicas apropriadas à idade e ao estágio de desenvolvimento; ao procurar, sistematicamente, oportunidades para trabalhar com a família e com a criança e adolescente, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade - promovendo a adaptação da criança/jovem e da família à doença crónica; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da

criança e do jovem - promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil; comunicando com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; promovendo a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde; desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção – uma vez que demonstrei um exercício profissional e ético que respeita os direitos humanos.

3.5. Centro de Atendimento para Adolescentes

Selecionei este serviço para realizar estágio por estar diretamente relacionado com o atendimento a adolescentes e constituir um recurso da comunidade, onde há uma grande adesão dos mesmos a este serviço. Este centro encontra-se inserido no mesmo espaço físico de um centro de saúde da cidade, garantindo uma melhor acessibilidade e qualidade dos serviços, sendo eles independentes. É um centro de atendimento a adolescentes dos 12 aos 24 anos de idade, na área dos cuidados de saúde primários, que visa melhorar a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde aos clientes pediátricos, desde 1999. A equipa multidisciplinar é constituída por médicas de clínica geral, enfermeiras, uma psicóloga, uma assistente social, uma socióloga e administrativas. A consulta de enfermagem segue o Instrumento de Avaliação dos Riscos Psicossociais *HEADSS* (Anexo III) de Goldenring e Cohen (1988). Através deste instrumento, faz-se uma avaliação ao adolescente em todas as áreas da sua intervenção: familiar; académica; relacional/social; comportamental e de saúde, e realiza-se um plano de intervenção negociando um contrato de saúde, entre o profissional e o adolescente.

Neste contexto de estágio, pude intervir ao nível dos sistemas de enfermagem - parcialmente compensatório e apoio-educação - do modelo de Orem. Com estes níveis de intervenção pretende-se que o enfermeiro e o adolescente participem na realização de ações terapêuticas de autocuidado como a contraceção, através da colocação do “Implanon®”, por exemplo, e através do apoio-educação, orientando e educando o adolescente para a prevenção de comportamentos de risco e promoção de hábitos de vida saudáveis. A pertinência de realizar este estágio deveu-se à aquisição de novas competências na área de promoção de saúde, nomeadamente

no relacionamento e comunicação com os adolescentes e outros profissionais. Neste sentido, foram definidos objetivos específicos e planeadas atividades com o intuito de desenvolver neste campo de estágio, nomeadamente:

- Observar a relação terapêutica entre enfermeiro e o adolescente durante as consultas de enfermagem;
- Participar ativamente nas consultas de enfermagem aos adolescentes;
- Realizar um *Journal Club* com o tema: “Interrupção Voluntária da Gravidez: Ajustamento Psicológico”;
- Identificar estratégias utilizadas pelo enfermeiro com vista à promoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco.

Perante a especificidade deste centro de atendimento, pude colocar em prática as atividades planeadas, no sentido em que estabeleci uma interação com os adolescentes, através da comunicação e de um diálogo aberto e disponível para escutar as suas necessidades. Este diálogo desenvolveu-se através de um processo de criação de informação, de troca, de partilha, a fim de dar espaço e tempo para que pudessem expressar sentimentos e emoções. As consultas ao adolescente visam promover o crescimento e bem-estar global do jovem; prevenir os principais problemas bio-psico-sociais e dotá-los de recursos, que lhes permitam ser os responsáveis pela sua saúde. A intervenção do profissional de enfermagem é bem-sucedida, porque se estabelece uma relação de empatia entre o adolescente e o enfermeiro. O enfermeiro deve ser detentor de competências relacionais e comunicativas, que permitem ao adolescente a aceitação dos cuidados e da relação de ajuda do profissional. Segundo Phaneuf (2005), quando este está em interação com o doente, deve exprimir-se de forma a ser compreendido, aceitando o que ele quer transmitir. Para isso, a sua forma de se exprimir deve ser simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias e adaptável às reações do doente. Durante o meu percurso neste local, pude presenciar esta relação entre o enfermeiro de referência e os adolescentes e a família, tendo posteriormente treinado esta estratégia de intervenção. As consultas realizam-se, inicialmente, com o adolescente e o familiar acompanhante. Caso seja necessário, posteriormente, é pedido ao familiar que se ausente, permitindo que o adolescente verbalize alguma situação mais íntima. É estabelecida uma relação de empatia, de respeito pelo jovem e pela

sua identidade, opinião e individualidade. É respeitada a privacidade e a confidencialidade, que promovem a autonomia e as opções do jovem, o qual tem um papel ativo no planeamento e na avaliação das atividades. Contudo, quando as jovens colocam a sua saúde e vida em risco (como a interrupção voluntária da gravidez - IVG), são esclarecidas as complicações, face a tais opções. Nestes casos, o profissional de saúde apresenta uma postura mais assertiva, apresentando limites e regras, responsabilizando a jovem pelos seus atos.

O centro funciona em quatro vertentes: atendimento, promoção da saúde, investigação e formação. Esta última é realizada de 15 em 15 dias, em seguimento da reunião da equipa multidisciplinar, em que se abordam temas ou situações mais problemáticas, realizando-se também um *Journal Club*, onde é apresentado um artigo recente, cujo tema seja atual e pertinente para a reflexão dos profissionais. Com isto, foi-me pedido pela médica coordenadora do centro, que realizasse uma sessão de formação. Perante o elevado número de adolescentes grávidas que recorrem ao centro, com o intuito de efetuar a interrupção voluntária da gravidez, realizei o *Journal Club* com o tema “Interrupção Voluntária da Gravidez: Ajustamento Psicológico” (Apêndice XIII). Esta problemática constitui uma preocupação pessoal, visto que a prática sexual nos jovens ocorre cada vez mais cedo e os cuidados ao nível de proteção (contraceção e doenças sexualmente transmissíveis) são, ainda, pouco aplicados, isto porque os adolescentes apresentam constrangimentos, relativamente ao uso do preservativo ou de outras formas de contraceção (Apêndice XIV). Outra situação deve-se ao facto das jovens terem uma má adesão ao nível da contraceção oral, porque apresentam muitos esquecimentos e informação deficiente sobre a sua administração e os seus efeitos.

Através das consultas de enfermagem realizadas sobre sexualidade e o planeamento familiar, pude identificar as razões para a má adesão na administração da pílula, sendo o esquecimento a principal causa referida. Outras dificuldades são: lembrar-se de tomar a pílula todos os dias e à mesma hora; dificuldade em estabelecer uma rotina para a sua administração; o período de férias letivas leva ao esquecimento; períodos sem necessidade de contraceção por ausência de atividade sexual, leva ao esquecimento quando esta é retomada; estilos de vida e estereótipos relativamente à crença de que o uso prolongado da pílula pode levar à diminuição da

fertilidade e ao aumento de efeitos secundários. A intervenção de enfermagem passa pela realização de educação para a saúde sobre a contraceção, a gravidez através de exemplos diários. No sentido de intervir ao nível da má adesão, são apresentados os riscos que podem surgir com o esquecimento de tomar a pílula (engravidar), e as complicações que podem ocorrer se optar por uma interrupção voluntária da gravidez, responsabilizando-se assim, as jovens.

Através da realização das atividades acima descritas, foi possível atingir e dar resposta aos objetivos inicialmente planeados, desenvolvendo as seguintes competências: assiste o jovem com a família, na maximização da sua saúde – ao ter considerado o binómio adolescente/família como alvo do cuidar do EEESIP e ter estabelecido, com ambos, uma parceria de cuidados, promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade: negocie a participação do adolescente e da família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; comuniquei com o adolescente e a família, utilizando técnicas apropriadas à idade e ao estágio de desenvolvimento; utilizei estratégias motivadoras para o adolescente e a família para a promoção dos seus papéis de saúde; proporcionei conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais aos adolescentes e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências na gestão dos processos específicos de saúde/doença; procurei, sistematicamente, oportunidades para trabalhar com o adolescente e a família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; utilizei a informação existente e avaliei a estrutura e o contexto do sistema familiar; identifiquei evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; identifiquei situações de risco para o jovem; avaliei conhecimentos e comportamentos do adolescente e família relativos à saúde; cuida do jovem e família nas situações de especial complexidade – ao ter aplicado conhecimentos sobre a saúde e o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do adolescente; providencie cuidados ao jovem, promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do jovem – ao ter considerado as especificidades e as exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, respondi eficazmente ao promover a maximização do potencial de desenvolvimento: demonstrei conhecimentos

aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o adolescente e com a família; demonstrei habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento do jovem; promovi a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à sua saúde, facilitando a comunicação expressiva de emoções, identificando os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis, reforçando a tomada de decisão responsável e negociando o contrato de saúde com o adolescente; desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção - uma vez que demonstrei um exercício profissional e ético seguro, utilizando habilidades de tomada de decisão em princípios, valores e normas éticas e deontológicas numa variedade de situações da prática especializada, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais – demonstrei uma prática que respeita e promove a proteção dos direitos humanos e geri as práticas de cuidados que podem comprometer a privacidade do cliente; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro - promovi a envolvimento adequada ao bem-estar e à gestão do ambiente, centrado no adolescente, como condição imprescindível para a efetividade terapêutica, ao ter promovido a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos familiares e colaborado na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros; desenvolve o autoconhecimento e a assertividade – reconhecendo os recursos e os limites pessoais e profissionais; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento – assentei as minhas intervenções em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, assumindo-me como agente facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação científica pois: facilitei a aprendizagem, em contexto de trabalho na área da especialidade, atuando como formadora e favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades; identifiquei oportunidades relevantes de investigação; identifiquei, organizei e divulguei dados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e o desenvolvimento profissional; discuti as implicações da investigação; contribuí para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada; rentabilizei as oportunidades de

aprendizagem e tomei a iniciativa na análise de situações clínicas; utilizei as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão ao regime terapêutico assume um papel importante ao nível das políticas de saúde devido à influência que exerce sobre os doentes com doença crónica ou prolongada, bem como ao nível da economia de um país, traduzindo-se num aumento dos gastos com a saúde. Segundo Bugalho e Carneiro (2004), prevê-se que “o impacto económico mundial das doenças crónicas continue a crescer até 2020, altura em que corresponderá a 65% das despesas para a saúde em todo o mundo” (p.9).

Os profissionais de saúde devem reconhecer a vontade e a motivação do doente, neste caso do adolescente, em participar e colaborar na adesão ao regime terapêutico, intervindo ativamente na redução de comportamentos de risco e de promoção de hábitos de vida saudáveis (Gusmão e Júnior, 2006).

Os enfermeiros são detentores de um papel preponderante na problemática da adesão, no sentido em que é através deles que se poderá intervir ao nível dos fatores que poderão influenciar a não-adesão, como a falta de compreensão da doença, o estigma a ela associado, a eventual inacessibilidade e a insatisfação do utente face ao tratamento (número de comprimidos, duração do tratamento), aos possíveis efeitos secundários e às restrições do tratamento (Cabrera e Grose, 2010; Pandit e Choudhary, 2006). A educação para a saúde apresenta-se como um recurso essencial na intervenção terapêutica dos enfermeiros, promotora de uma melhor adesão.

Com a finalização deste relatório de estágio, posso concluir que foi muito importante e interessante a aprendizagem realizada. Através das intervenções realizadas, desenvolvi competências, no decorrer dos ensinamentos clínicos, numa perspetiva de um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, pois foram baseadas nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011). Tive sempre

presente um pensamento crítico e reflexivo, de modo a desenvolver conhecimentos e competências, que visassem a qualidade do exercício profissional e dos cuidados prestados.

Neste trabalho aplicou-se um modelo teórico de enfermagem, através de exemplos práticos e foram trabalhados os conceitos da teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

Sinto-me satisfeita pelo trabalho realizado e pela temática abordada, por ser atual e de grande pertinência, pois a adesão ao regime terapêutico e os fatores que nela interferem, impossibilitando o sucesso do tratamento e da recuperação da saúde do adolescente, são uma área sensível aos cuidados do EEESIP. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria tem, como propósito, o trabalho em parceria com a criança, o adolescente e a família em qualquer contexto, promovendo o mais elevado estado de saúde possível, através da prestação de cuidados de nível avançado, da educação para a saúde e da identificação e mobilização de recursos de apoio à família. Perante tais exigências, o enfermeiro especialista deve ser detentor de competências científicas, técnicas, humanas e relacionais, de modo a responder às necessidades da sociedade.

Com a concretização deste projeto, pude fazer um levantamento das dificuldades sentidas pelas crianças e adolescentes em aderir ao tratamento nos diversos desvios de saúde (TB, Diabetes, VIH, entre outras). Ao refletir sobre essas dificuldades torna-se possível planear as intervenções de enfermagem, com o intuito de as colmatar. O trabalho realizado permitiu identificar dificuldades na adesão ao regime terapêutico e estratégias na promoção do mesmo, capacitando-me para intervir junto dos clientes pediátricos, incidindo a educação para a saúde, ao nível da adesão ao regime terapêutico e da promoção de hábitos de vida saudáveis. Para isso, é fundamental estabelecer uma relação de confiança entre a equipa de saúde, o cliente pediátrico e a família, envolvendo-os na tomada de decisão face à sua saúde, na adaptação do regime terapêutico ao estilo de vida familiar, no fornecimento de informação sobre a doença, nomeadamente a medicação e efeitos secundários e apresentar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas (Sousa, 2005). Compete ao enfermeiro ajudar a família face à gestão do regime terapêutico

e negociar um contrato de saúde, de modo a identificar alternativas que interfiram o menos possível no estilo de vida do adolescente e da família.

Ao concluir este ciclo tenho consciência da responsabilidade deste trabalho na prática de cuidados, assim como das ferramentas necessárias, para se planejar cuidados de enfermagem de qualidade com vista à promoção e ao sucesso da adesão ao regime terapêutico no adolescente e na família.

Todo o percurso realizado foi muito importante e enriquecedor, aprendi muito e os constrangimentos que ocorreram, em alguns locais de ensino clínico, permitiram que a sua reorganização se tornasse uma mais-valia para a minha aprendizagem. As opções realizadas permitiram, ainda, valorizar o projeto e a temática em estudo.

A realização deste projeto permitiu adquirir novos conhecimentos e competências na área da saúde infantil e juvenil. Foi um reviver de emoções pelo facto de poder voltar a trabalhar com crianças e família e desenvolver competências relacionais com os adolescentes. A nível pessoal, percebi o quão difícil é a aceitação do diagnóstico de uma doença crónica, pois as crianças e adolescentes não querem estar doentes e os pais nunca desejaram ter os seus filhos com problemas de saúde. Estes sentimentos pessoais desencadearam mudanças a nível profissional, no sentido de adaptar as minhas intervenções a cada situação e de percorrer este caminho lado-a-lado com aqueles que precisam, de mim e de ajuda.

O projeto de intervenção clínica e o presente relatório possuem algumas limitações no seu desenvolvimento contudo, enaltece-se a sua importância e pertinência tendo em conta o percurso realizado. Apesar dos condicionalismos e constrangimentos, nomeadamente a dificuldade na conciliação da vida profissional com a académica e a familiar, a dificuldade de síntese e a identificação da bibliografia mais pertinente e recente, considero ter realizado uma aprendizagem positiva e pertinente, atingindo os objetivos definidos, em função das minhas necessidades e da realidade de cada ensino clínico.

A temática abordada é pertinente, complexa e atual. No entanto, espero que este trabalho transmita as bases necessárias para se poder intervir com sucesso na promoção da adesão ao regime terapêutico na criança, no adolescente e na família e, quem sabe, a realização de outros estudos, no âmbito da adesão ao regime

terapêutico no adolescente com TB e os seus sentimentos face aos constrangimentos da doença. Por conseguinte, penso que seria pertinente elaborar um estudo de investigação que permitisse analisar algumas variáveis como a adesão terapêutica/adolescente/autocuidado de modo a compreender o fenómeno da adesão ao regime terapêutico em pediatria e das estratégias mais eficazes na promoção da adesão nesta população.

Finalizado este trabalho, posso deixar como sugestão, para estudos futuros, a seguinte questão de partida: Qual a melhor estratégia de intervenção de enfermagem junto dos adolescentes para promover hábitos de vida saudáveis?

A intervenção do EESIP junto da criança, do adolescente e da família é de grande importância, pois, baseando a sua ação na evidência científica, encontra-se habilitado para intervir na prática de cuidados com qualidade e excelência. Só assim teremos crianças e adolescentes saudáveis, felizes e com recursos para crescerem e se desenvolverem. O enfermeiro sente-se realizado a nível profissional, considerando-se um elemento importante para ajudar o cliente pediátrico a alcançar os ganhos em saúde.

Durante o percurso realizado, esteve sempre presente o cumprimento dos princípios morais e éticos do ser humano e a tomada de decisão centradas no Código Deontológico do Enfermeiro, exercendo os meus cuidados com base na reflexão sobre a prática profissional.

Devo, por fim, acrescentar que a realização deste ensino clínico contribuiu muito para a solidificação de conhecimentos já adquiridos e para a obtenção de novas competências permitindo-me crescer, enquanto ser humano e enfermeira especialista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angarita, O. M. V. & Escobar, D. S. G. (2007). Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciência y Cuidado*. 4 (4) 28-35.
- Benner, (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora: Coimbra.
- Berbiglia, V. A. (2011). The Self-Care Deficit Nursing Theory as a Curriculum Conceptual Framework in Baccalaureate Education. *Nursing Science Quarterly*. 24 (2) 137-145.
- Bouzas, I. (2009). Estilo de vida. *Adolescência & Saúde*. 6 (1) 5. Acedido em: 25/02/2013. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=32
- Brasília-DF. (2009). *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasil: Ministério da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf
- Brasil, (2008). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Manual_de_adexao_web.pdf
- Bugalho, A. e Carneiro, A.V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Cabrera, G & Grose, S. (2010). Tuberculosis: Adherence to treatment. Evidence-Based Care Sheet. Califórnia: Published by Cinahl Information Systems.
- Casey, A. & Mobbs, S. (1988). Partnership in Practice. *Nursing Times* 44 (84) 67-68.
- Conselho Internacional de Enfermagem (2008). *Linhas de orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente*. (2ª ed.). Genève.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Determinantes Sociais da Saúde. O Modelo de Dahlgren e Whitehead*. Disponível em: <http://semiologiamedica.blogspot.pt/2009/11/determinantes-sociais-da-saude-segundo.html>

- Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). *Definição da idade pediátrica em Portugal*. Diário da República II Série, N.º 112 (11-01-2010) 32123.
- Direção-Geral da Saúde (2000a). *Programa Nacional de Controlo da Asma*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CDE7AB7B-2405-413E-B2BD-78F0AFBABA32/0/Programanacionalcontroloasma.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2007). *Manual de Boas Práticas na Asma*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: [file:///C:/Users/Eng.%20Bruno%20Afonso/Desktop/i009939%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eng.%20Bruno%20Afonso/Desktop/i009939%20(1).pdf)
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho. Stop TB 2012*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22223>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: www.dgs.pt/ficheiros-de.../tb-manual-boas-praticas-enfermagem-pdf
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil. Programa Nacional*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/>
- Doods, H. (2010). Meeting the Needs of Young People in Hospital. *Pediatric Nursing*, 22 (9). 14-18. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21140889>
- Englund, A.C., Hartman, J. & Segesten, K. (2006). Assisting teens with asthma to take command. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 20 (2) 193-201.
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Green, R. (2012). Application of the Self-Care Deficit Nursing Theory to the Care of Children with Special Health Care Needs in the School Setting. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*. 19 (1) 35-40.
- Goldenring, J. & Cohen, E. (1988). *Getting into adolescent heads: An essential update*. <http://www2.aap.org/pubserv/PSVpreview/pages/Files/HEADSS.pdf>
- Escola Superior de enfermagem de Lisboa. (2013). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Normas APA e ISO 690 (NP 405)*. Lisboa: Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas.

- Fortin, M.F, Grenier, R. e Nadeau, M. (1999). Métodos de colheita de dados. In M.F. Fortin (Coords.). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. (pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- Gusmão, J.L. e Jr, D.M. (2006). Adesão ao tratamento – Conceitos. *Rev Bras Hipertens*. 13 (1), 23-25. Disponível em: http://www.deciomion.com.br/medicos/artigos/artigos_decio/Adesao_ao_tratamento_www-deciomion-com-br.pdf
- Henriques, B. D., Rocha, R. L. & Madeira, A. M. F. (2010). Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. *Revista Medicina Minas Gerais*, 20 (3). 300-309. Acedido a 21/03/2013. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/268/251>
- Hockenberry, M.; Wilson, J. & Marilyn, D. (2006). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2013). Dados estatísticos sobre Tuberculose. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005117&contexto=bd&selTab=tab2
- Johnson, J. Y. & Keogh, J. (2012). *Enfermagem Pediátrica Desmistificada-Um guia de autoaprendizagem*. (M. J. G. Paixão, Trad). Loures: Lusodidacta (Tradução do original do inglês *Pediatric Nursing Demystified*, 2010).
- Joley, J. & Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of pediatric Nursing*. 24 (2), 164-170. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20e%20a%20parceria%20com%20os%20pais%20em%20pediatria.pdf>
- Lopes, A.J. et al (2007). Características da tuberculose em adolescentes: uma contribuição para o programa de controle. *Revista Brasileira Pneumologia Sanitária*. 15 (1), 7-14. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rbps/v15n1/v15n1a03.pdf>
- Lopes, A.R., Martins, C., Cruz, J.P., Mendão, L. et al (2008). *Boas Práticas de Farmácia Hospitalar no âmbito da Infecção VIH/Sida*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida.

- Machado, M.M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/xmlui/bitstream/handle/1822/9372/Tese%20de%20Mestrado%20%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAAutico%20%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IR>
- Minanni, C.A., Ferreira, A.B., Sant'Anna, M.J.C. e Coates, V. (2010). Abordagem integral do adolescente com diabetes. *Adolescência & Saúde*. 7(1). 45-52. Disponível em: <file:///C:/Users/Eng.%20Bruno%20Afonso/Desktop/v7n1a09.pdf>
- Nachshen, J. (2004). Empowerment and families: Building bridges between parents and professionals, theory and research. *Journal on Development Disabilities*. 11 (1), 67-75. Disponível em: <http://29303.vws.magma.ca/publications/journal/issues/vol11no1/download/nachshen.pdf>
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2011). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2011. Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Disponível em: http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2012). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2012. A sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias*. Disponível em: http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2012.pdf
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2013). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2013. Prevenir a doença, acompanhar e reabilitar o doente*. Disponível em: http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2013.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Catálogo CIPE – Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão aos tratamentos*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: OE.

- Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Servir a comunidade e garantir: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: OE. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2001). *O peso das perturbações mentais e comportamentais*. Geneva: World Health Organization. Disponível em:
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_po.pdf

- Organização Mundial de Saúde. (2002). *An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control: stop TB communicable disease*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Prevenção de doenças crónicas: um investimento vital*. Brasília (DF).
- Organização Mundial de Saúde (2009a). *Respiratory diseases*. Disponível em: <http://www.who.int/respiratory/en/>
- Organização Mundial de Saúde (2008a). *2008-2013 Action Plan for the Global strategy for the prevention and control of Noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html
- Orem, D.E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica* (M. T. L. Rodrigo, Trad.). Barcelona: Masson-Salvat (Tradução do original do inglês *Nursing: Concepts of Practice*, 1991).
- Orem, D.E. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6th ed.). Missouri: Mosby.
- Oliveira, V.Z. e Gomes, W.B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*. 9 (3), 459-469.
- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, S. W. (2001). *O mundo da criança*. (8^a ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- Prazeres V, Laranjeira AR e Oliveira V. (2005). *Saúde dos jovens em Portugal: elementos de caracterização*. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.dgs.pt>

- Pandit, N. & Choudhary, N.S. (2006). A study of treatment compliance in directly observed therapy for tuberculosis. *Indian Journal of Community Medicine*. 31 (4), 241-243.
- Renpenning, K. M., SozWiss, G. B., Denyes, M. J., Orem, D. E. & Taylor, S. G. (2011). Explication of the Nature and Meaning of Nursing Diagnosis. *Nursing Science Quarterly*. 24 (2), 130-136.
- Santos, F.M. (1999). Elaboração de Protocolos. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros*. (16), 9-12.
- Santos, S., Santos, E., Ferrão, A. e Figueiredo, C. (2011). Impacto da doença crónica na adolescência. *Nascer e Crescer*. 20 (1), 16-19.
- Stewart, M., Letourneau, N., Masuda, J.R., Anderson, S., Cicutto, L., McGhan, S. & Watt, S. (2012). Support Needs and Preferences of Young Adolescents With Asthma and Allergies: Just No One Really Seems to Understand. *Journal of Pediatric Nursing*. 27. 479-490. Disponível em: https://vpn.esel.pt/http/0/ac.els-cdn.com/S0882596311005215/1-s2.0-S0882596311005215-main.pdf?_tid=995abb9e-4493-11e2-9445-00000aab0f27&acdnat=1355341329_b18c3fc13c8dac042ba3f7c65d4c46f8
- Sousa, O.L. (2005). Adesão ao regime terapêutico em crianças infectadas pelo VIH/SIDA. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. (4), 1-23. Disponível em: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/169659.PDF>
- Tavares, H.B & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 40 (4). 154-159. DOI: 0873-9781/09/40-4/154. Disponível em: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/17/20100115184023_Art%20Original_Tavares%20HB_40\(4\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/17/20100115184023_Art%20Original_Tavares%20HB_40(4).pdf)
- Telles-Correia, D. et al. (2008). Validação do questionário multidimensional da adesão no doente com transplante hepático. *Acta Médica Portuguesa*. 21 (1). 31-36.
- Velsor-Friedrich, B., Vlasses, F., Moberley, J. & Coover, L. (2004). Talking with teens about asthma management. *The Journal of School Nursing*. 20 (3) 140-148.

Vermeire, E. et al. (2001). Patient Adherence to Treatment: Three Decades of Research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26 (5). 331-342.

<http://www.minhavidade.com.br/saude/temas/doenca-pulmonar>

Viana, V.; Barbosa, M.C., Guimarães, J. (2007). Doença crónica na criança: factores familiares e qualidade de vida. *Psicologia, saúde e Doenças*, 8 (1). 117-127.

Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a09.pdf>

APÊNDICES

Apêndice I

Grelha de Observação

Grelha de Observação	
Local Estágio:	
Turno:	Dia:
Aspetos a Observar	
Satisfação do Jovem	
Respeita as crenças e cultura do jovem e evidencia-o no relacionamento?	
Utiliza técnicas de comunicação apropriadas ao jovem?	
Estabelece parceria? Através de: envolvimento <input type="checkbox"/> participação nos cuidados <input type="checkbox"/> capacitação <input type="checkbox"/> negociação <input type="checkbox"/>	
Promove atividades para minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a doença crónica?	
Facilita a comunicação das emoções?	
Promoção da Saúde	
Avalia os conhecimentos e comportamentos do jovem, relativos à saúde?	
Cria e aproveita oportunidades para trabalhar com o jovem a adoção de comportamentos potenciadores de saúde?	
Utiliza estratégias motivadoras para o jovem ter um desempenho adequado no seu papel de saúde?	
Facilita a aquisição de conhecimentos sobre saúde e segurança do jovem? Faz negociação do contrato de saúde com o adolescente?	
Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis?	
Promove um ambiente seguro? Confidencialidade <input type="checkbox"/> Privacidade <input type="checkbox"/> Ambiente acolhedor <input type="checkbox"/> Disponibilidade <input type="checkbox"/>	
Prevenção de Complicações	
Identifica evidências físicas e emocionais de mal-estar psíquico?	
Prescreve intervenções de enfermagem face aos problemas identificados?	
Faz referência? Para outros profissionais <input type="checkbox"/> Para outros Enf. Esp. <input type="checkbox"/>	
Faz encaminhamento/ articulação? Para profissionais de reabilitação <input type="checkbox"/> Outras instituições/serviços <input type="checkbox"/>	
Tem responsabilidade pelas decisões que toma e pelos atos que pratica?	
Bem- Estar e Auto-Cuidado	
Identifica os problemas do jovem relativamente a necessidades especiais e incapacidades?	

Implementa intervenções que promovem o autocuidado e o bem-estar do jovem?
Implementa intervenções que contribuem a promoção das competências parentais?
Implementa intervenções para o conhecimento e aprendizagem individualizadas junto do jovem?
Intervém nas situações de risco que afetam o crescimento e desenvolvimento saudável do jovem?
Implementa as intervenções de enfermagem que visem a aplicação de conhecimentos sobre: saúde e bem-estar do jovem <input type="checkbox"/> crescimento e desenvolvimento <input type="checkbox"/> desenvolvimento da parentalidade <input type="checkbox"/>
Adaptação às Condições de Saúde
Promove a continuidade do processo de prestação de cuidados?
Planeia a alta de acordo com as necessidades do jovem e os recursos disponíveis?
Aproveita ao máximo os recursos de suporte ao jovem com necessidades de cuidados?
Otimiza as capacidades do jovem para a adaptação?
Promove a readaptação funcional através do ensino, instrução e treino?
Promove a tomada de decisão responsável através do ensino, instrução e treino?
Organização dos Cuidados de Enfermagem
Utiliza o quadro de referência dos cuidados centrados na família enquanto recurso para o jovem?
Segue os guias orientadores de boas práticas?
O sistema de registos de enfermagem incorpora as necessidades de cuidados do jovem, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo jovem?
Promove a formação contínua com o intuito de desenvolver a qualidade e a profissão?
Utiliza a metodologia de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade (enf ^o de referência)?

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

Apêndice II

Cronograma

AN OS	2013												2014												
	ME SES	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				M a.			
DIA S	3	7	1	2	2	4	1	1	2	2	9	1	2	6	1	2	2	3	1	1	2	3			
	0	4	1	1	2	1	8	1	2	2	6	1	1	3	9	3	1	1	2	3	7	1	2	2	7
	4	1	1	2	1	8	1	2	2	6	1	1	3	9	3	1	1	2	3	7	1	2	2	7	
	1	8	5													0	7	4	1		4	1	8		
3 o S E M E S T R E	EST																								
	ÁGI																								
	O																								
	CO																								
	RE																								
	LA																								
	TÓ																								
	RIO																								

	ESEL (1S)
	Unidade Neonatologia – (1S)
	Serviço Urgência Pediátrica – (3S)
	Unidade de Infecçiology - (4S)
	Consultas Externas Imunodeficiências e Diabetes – (3S)
	Centro de Atendimento ao Adolescente – (2S)
	Centro de Diagnóstico Pneumológico – (3S)
	Centro de Desenvolvimento da Criança – (1S)
	Elaboração e Apresentação do Relatório

Apêndice III

Reflexão Crítica Unidade de Neonatologia

REFLEXÃO CRÍTICA

Na Unidade de Neonatologia deparei-me com a seguinte situação: uma mãe recusou alimentar o seu bebé com o leite materno. A enfermeira de referência referiu que esta mãe teve dores no mamilo, quando o bebé foi colocado à mama e, por isso, pediu que lhe tirassem o filho da mama. Foram feitas várias tentativas, mas como a mãe não tolerava a dor, esta referiu que não queria dar mama. Segundo a enfermeira, os mamilos não estavam gretados, não havia ingurgitamento da mama, nada indiciava que houvesse algum problema com as mamas. Foi explicado à mãe que poderia retirar o leite com a bomba e dar por biberon. A mãe tentou, contudo a intolerância à dor “soava” mais alto. A enfermeira conversou com a mãe no sentido de perceber se esta desejava amamentar o seu filho, a qual respondeu que sim. Perante o desejo da mãe realizaram-se alguns ensinamentos sobre a dor e as medidas de controlo, a mãe ainda foi ajudada no auto-controlo e utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, tal como é recomendado pela OE (2008)¹, através do Guia Orientador de Boa Prática da Dor, como a aplicação de creme para prevenção de fissuras e a aplicação de gelo antes da mamada para facilitar a saída de leite. A enfermeira ainda explicou à mãe que poderia fazer alguma medicação para as dores, antes de colocar o bebé à mama, de modo a prevenir as queixas algícas. A mãe fez a analgesia e colocou o bebé à mama, contudo, durante a mamada, ela apresentava um fácies de desconforto.

A enfermeira de referência sentou-se ao lado da mãe e questionou-a sobre o que estava a acontecer, se eram apenas dores ou se havia algo mais, isto é, se a mãe estaria a passar por algum problema. A senhora verbalizou não querer amamentar pelo desconforto de estar exposta para o seu filho mamar e até mesmo ter o trabalho de retirar o leite. Foram apresentadas as vantagens do aleitamento materno para a criança e para a mãe. De acordo com a OMS (2002a)², a amamentação é a situação na qual o lactente recebe leite humano, independentemente de receber outros complementos. A orientação às mães sobre o aleitamento materno aumenta

¹ Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática – Dor*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

² Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html

os seus conhecimentos e, conseqüentemente, a prevalência dessa prática nos seis primeiros meses.

Outra das situações que foi apresentada à mãe foi a importância da vinculação mãe/filho para o desenvolvimento saudável da criança. Os vínculos precoces são essenciais para a sobrevivência do recém-nascido, no sentido em que possibilitam a manutenção do contacto e promovem a proximidade com a(s) figura(s) cuidadora(s) (Bowlby, 1988)³. De facto, a vinculação constitui um sistema motivacional que consiste numa ligação única e duradoura que se estabelece de modo progressivo entre a mãe e o seu bebé (Klaus e Kennell, 1976)⁴. O objetivo principal é o estabelecimento de proximidade física com a figura de vinculação privilegiada (papel pertencendo habitualmente à mãe) proporcionando sensações de proteção, segurança e bem-estar ao bebé.

Após a conversa entre a enfermeira e a mãe, fiquei preocupada com o bebé, pois percebi que não iria usufruir dos benefícios, tão importantes, do leite materno, porque a mãe não queria dar mama. Poderia ter pensado que seria egoísmo por parte da senhora, porém, eu teria de respeitar a sua decisão e o princípio ético da autonomia; a sua atitude não colocaria o bebé em risco, a ponto de nós, como enfermeiros especialistas, intervirmos junto da comissão de proteção de crianças em risco por negligência da mãe, pois, segundo a CNPCJR (2013)⁵, as situações de risco “implicam um perigo potencial para a concretização dos direitos da criança”.

Penso que, como futura enfermeira especialista, a minha intervenção perante uma situação idêntica será a mesma, pois no RPQCEESCJ (OE, 2011)⁶ o enfermeiro especialista promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais; a implementação de intervenções que contribuam para a promoção do contacto físico dos pais com o recém-nascido; a implementação de intervenções que contribuam para a promoção da amamentação e a implementação de intervenções que contribuam para a

³ Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

⁴ Klaus, M.H. & Kennell, J.H. (1976). Parent-to-infant attachment, 115-121.

⁵ Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco: <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?13.02>. Acedido em 2013/12/05.

⁶ Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

promoção das competências parentais. A Ordem dos enfermeiros (2010)⁷ preconiza ainda, no regulamento das competências específicas EEESCJ, que é competência do enfermeiro especialista promover a vinculação de forma sistemática no caso do recém-nascido doente e a promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil articulando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido.

Perante o caso descrito foram apresentadas algumas hipóteses de modo a dissuadir a mãe de tal atitude, contudo, não a podemos obrigar a mudar. A mãe ao realizar cuidados básicos, que asseguram a sobrevivência do bebé, tender-se-á a tornar uma figura de vinculação. Deste modo, ela será capaz de proporcionar uma base de segurança quando o bebé revelar algum tipo de desconforto, designadamente mal-estar ou medo. É importante que exista a vinculação mãe/filho e que essa relação seja forte e saudável para os dois, proporcionando, assim, um desenvolvimento e crescimento saudável da criança. A relação de vinculação poderá ser compreendida na medida em que a mãe seja capaz de garantir um ambiente seguro a um ser que procura proteção e que a percebe no outro, que considera mais forte e mais apto (Bowlby, 1988)⁸.

Esta situação descrita permitiu-me desenvolver competências (RCEEEESCJ, 2010)⁷ tais como:

- Assiste a criança com a família na maximização da sua saúde:
 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade;
 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança.
- Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade:
 - Faz a gestão diferenciada da dor da mãe e do bem-estar da criança, otimizando as respostas;

⁷ Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_20Nov2010.pdf

⁸ Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Providencia cuidados à criança promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.
 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança:
 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
 - Promove a vinculação de forma sistemática particularmente no caso do recém-nascido doente;
 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.
-

Apêndice IV

Reflexão Crítica CDC

REFLEXÃO CRÍTICA

O Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) é um centro que atende crianças e adolescentes com patologias crónicas ou raras e recém-nascidos (RN) prematuros, com menos de 34 semanas de gestação, com o intuito de fazer a vigilância de saúde nas consultas de *follow-up*. Neste centro, trabalha uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos de várias especialidades, psicólogos, assistentes sociais, fisiatras, fisioterapeutas, assistentes operacionais e administrativos.

A sua missão prende-se com o atendimento de crianças/adolescentes com Problemas Neurológicos e do Desenvolvimento, integrado numa Unidade Hospitalar do Sistema Nacional de Saúde. Neste sentido, o centro tenta proporcionar uma assistência eficaz e eficiente, defendendo a promoção da qualidade e da excelência. As crianças são atendidas nas suas mais variadas patologias, divididas em três grandes grupos, a saber: paralesia cerebral (PC), spinha bífida (SB) e neonatologia. Como este estágio foi de curta duração, não tive oportunidade de assistir a consultas de enfermagem de SB por estas se realizarem uma vez por mês.

Quando se trabalha num serviço com esta especificidade, temos sempre presente que estamos perante situações difíceis ou de alguma fragilidade, como é o caso da doença crónica ou doença rara. A equipa de enfermagem tem de ser detentora de bastantes conhecimentos teórico/científicos e de uma vasta experiência para saber como intervir junto da criança/adolescente e da família. Nestas situações de saúde, a intervenção de enfermagem é muito direcionada para a família, que tem de ter muito apoio, informação e formação, com o intuito de poder ajudar/lidar/cuidar dos seus filhos. A intervenção de enfermagem atua no sentido de realizar ensinamentos e capacitar os pais para serem parceiros nos cuidados a prestar aos filhos (Casey, 1988)⁹. Consiste numa prática de cuidados centrada nas necessidades da criança/adolescente e família, com vista à maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente (OE, 2010a)¹⁰. Centra-se numa prática de

⁹ Casey, A. & Mobbs, S. (1988). Partnership in Practice. *Nursing Times* 44 (84) 67-68.

¹⁰ Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Servir a comunidade e garantir: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

negociação capacitando a família/pais para o processo de tomada de decisão e de cuidados, promovendo uma relação terapêutica ajustada na confiança e respeito mútuos e permitindo que assumam um papel decisivo na obtenção de saúde com qualidade (Mano, 2002)¹¹.

Segundo Orem (2001)¹², o tipo de intervenção de enfermagem varia consoante as necessidades da família. Começando pelo sistema de enfermagem totalmente compensatório, em que a enfermagem se responsabiliza pelo processo de cuidados, à medida que a família vai desenvolvendo competências e aquisições, torna-se parceira nos cuidados, partilhando responsabilidades. Posteriormente, sendo detentora dessa responsabilidade, o enfermeiro passa a atuar apenas no apoio-educação. É referenciado por vários autores, como Casey (1988)¹³ e a OE (2011)¹⁴, que a filosofia do cuidado centrado na família é vista como primordial para a prestação de cuidados de qualidade à criança e à família, no sentido em que promove a participação dos pais nos cuidados e reduz os efeitos adversos da hospitalização e das várias recorrências ao hospital, a fim de realizar exames/tratamentos (Jollye e Shilds, 2009)¹⁵.

A descoberta de uma doença incurável desencadeia, na família/pais, sentimentos como a revolta, a negação, o medo, a ansiedade e a culpa, que podem provocar dúvidas, incertezas e desespero. Começam a surgir as dificuldades e as mudanças no seio familiar, as rotinas modificam-se, bem como o convívio social da criança/adolescente, tornando-se necessário reajustar toda a estrutura familiar (Viana et al., 2007)¹⁶.

¹¹ Mano, M.J. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas. Predisposições dos enfermeiros e dos pais. *Referência* (8). 53-61. file:///C:/Users/Eng.%20Bruno%20Afonso/Desktop/ref_8-53a61.pdf

¹² Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6th ed.). Missouri: Mosby.

¹³ Casey, A. & Mobbs, S. (1988). Partnership in Practice. *Nursing Times* 44 (84) 67-68.

¹⁴ Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

¹⁵ Joley, J. & Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of pediatric Nursing*, 24 (2). 164-170. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20e%20a%20parceria%20com%20os%20pais%20em%20pediatria.pdf>

¹⁶ Viana, V., Barbosa, M.C., Guimarães, J. (2007). Doença crónica na criança: factores familiares e qualidade de vida. *Psicologia, saúde e Doenças*, 8 (1). 117-127. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a09.pdf>

Os profissionais de enfermagem necessitam de estar informados sobre os estádios de desenvolvimento cognitivo e socio-emocional da criança/adolescente, pois a doença crónica afeta as suas interações com o meio físico e social, onde estão inseridos (Minanni, 2010)¹⁷. No que concerne aos pais/famílias, a intervenção de enfermagem consiste em ajudá-los não só a enfrentar os momentos de maior crise, fornecendo suporte emocional, auxiliando-os a identificar os stressores específicos, bem como a desenvolver estratégias para solucionar os problemas (Hochenberry et al., 2006)¹⁸. O profissional de enfermagem tem de ter conhecimentos e experiência para oferecer-lhes apoio e orientação, prestando auxílio face às suas dificuldades, angústias, medos e dúvidas decorrentes do estado de saúde do seu filho. A doença crónica interfere na vida das pessoas, no sentido em que altera hábitos, costumes, pensamentos e perspetivas de vida.

Sendo a doença crónica considerada uma situação para toda a vida, cabe ao enfermeiro desenvolver competências no prestador de cuidados, a fim de ser um agente de autocuidado face à agência de cuidado dependente (filho). Seguindo o pensamento de Orem (2001)¹⁹, o enfermeiro deve intervir com o intuito de fornecer apoio, orientação e ensinamentos, aos pais e ao doente pediátrico, de modo a capacitá-los e responsabilizá-los pelo autocuidado.

Durante a minha passagem pelo CDC, pude constatar que a equipa de enfermagem tem um papel importante, uma vez que as suas intervenções procuram, em conjunto com as famílias, atingir o equilíbrio biológico, psíquico e social. Neste centro, as enfermeiras investem/intervêm, a fim de acompanhar os pais nas várias fases de aceitação da doença e nas mudanças de rotina da família, apoiando, explicando e esclarecendo todas as suas dúvidas, inquietações e, acima de tudo, perspetivas de futuro. É referido pelas profissionais que não podem prever o futuro, nem saber como irá desenrolar a doença/tratamento, mas afirmam que estão disponíveis para os ajudar e acompanhar na sua caminhada.

¹⁷ Minanni, C.A., Ferreira, A.B., Sant'Anna, M.J.C. e Coates, V. (2010). Abordagem integral do adolescente com diabetes. *Adolescência & Saúde*. 7(1). 45-52. Disponível em: <file:///C:/Users/Eng.%20Bruno%20Afonso/Desktop/v7n1a09.pdf>

¹⁸ Hochenberry, M.J.; Wilson & Marilyn, D. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

¹⁹ Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6th ed.). Missouri: Mosby.

É importante que os pais aceitem a situação/doença e a compreendam para, posteriormente, terem capacidade para lidar com as exigências da doença e saberem cuidar dos seus filhos, satisfazendo as suas necessidades e promovendo o bem-estar e qualidade de vida. Esta, por sua vez, advém da adaptação aos domínios físico, funcional, social e emocional por parte dos indivíduos portadores de doença crónica (Stanton et al., 2007)²⁰.

É referido, pelos pais, que este centro presta cuidados de grande qualidade e reforçam a importância de que todos os intervenientes nas várias especialidades estejam centralizados no mesmo espaço físico, tornando-se, deste modo, mais cómodo para quem tem de recorrer a várias valências. A equipa multidisciplinar tem a preocupação de programar todas as intervenções/consultas para o mesmo dia, de modo a não causar muitos transtornos aos pais e à criança. Essas preocupações são tidas em conta para que os pais faltem o menos possível aos seus empregos e as crianças à escola. Tal como referem Vieira e Lima (2002)²¹, é necessário envolver a criança e os pais na comunidade, disponibilizando todos os recursos necessários, organizando-os para a facilitação dos utentes.

Por tudo o que foi descrito desenvolvi competências (RCEEEESCJ, 2010)²², tais como:

- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem:
 - Comunica com a criança/adolescente e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
 - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

²⁰ Stanton, A., Revenson, T. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to chronic disease. Annual Review of Psychology, 58. 565-592. <http://meagherlab.tamu.edu/M-Meagher/Grad%20Health%20Psyc%202012/Class%2015%20terminal,%20death,%20dying/Stanton%202007%20annurev%20-%20adjust%20chronic%20disease.pdf>

²¹ Vieira, M.A. e Lima, R.A.G. (2001). *Doença crónica: vivências de crianças e adolescentes*. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP

²² Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Apêndice V

Reflexão Crítica Urgência Pediátrica

REFLEXÃO CRÍTICA

No decorrer de um turno da tarde, deu entrada no Serviço de Urgência uma adolescente de 16 anos acompanhada por um colega um pouco mais velho do que ela. Foi por volta das 18 horas, quando a jovem deu entrada na triagem, numa maca, apresentando-se prostrada e com vômitos. Ficou internada por razões de etilismo, pois tinha estado nas “tasquinhas das tunas”, segundo palavras da jovem, a ingerir cerveja. Os jovens iam percorrendo várias “tasquinhas”, isto porque, em outubro, vivia-se o espírito das “praxes”, nas quais há o consumo de bebidas. Segundo a jovem, ela foi agindo sem persuasão dos colegas, referindo ainda que não tinha feito misturas de bebidas alcoólicas, que apenas tinha bebido cerveja. A jovem foi levada para a sala de tratamento para dar início às intervenções de enfermagem necessárias naquela situação. A certa altura o telemóvel da adolescente toca e ela diz que é o pai. Perante o sucedido pede aos enfermeiros para não atenderem e para não informarem o pai do que lhe havia acontecido. A jovem não queria que o pai soubesse, porque ficaria desiludido com ela, contudo os enfermeiros disseram logo que não, que os pais deviam de saber o que se estava a passar e que ela deveria ter pensado nos pais antes de ter ingerido as bebidas. Embora ela tivesse pedido várias vezes para não o fazerem, os enfermeiros não cederam ao seu pedido.

O meu pensamento imediato foi, “têm de respeitar a vontade da pessoa”, é uma adolescente com 16 anos que tem o poder de decisão e, do meu ponto de vista, deveria ser respeitado, como referem os princípios éticos no atendimento aos adolescentes nos serviços de saúde, especialmente os referentes à confidencialidade e ao sigilo, entre o profissional de saúde e o cliente de que as informações discutidas durante e após a consulta não devem ser passadas aos responsáveis sem a permissão do adolescente. A Ordem dos Enfermeiros (2010)²³, no Guia Orientador de Boas Práticas, quando se refere ao adolescente, o artigo 38º, nº 3 do Código Penal, reconhece eficácia ao consentimento prestado por quem tenha mais de dezasseis anos e possua o discernimento necessário para avaliar o

²³ Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf

sentido e alcance desse consentimento (Entidade Reguladora da Saúde, 2009)²⁴. Contudo, refletindo mais profundamente, o que os enfermeiros estavam a dizer à jovem fazia todo o sentido, pois perante a situação em que se encontrava não tinha capacidade de discernimento para decidir, tinha colocado a sua vida em risco, podendo ter entrado em coma alcoólico, por exemplo, mas o enfermeiro de referência, como enfermeiro especialista, deveria intervir junto dos colegas advertindo-os para o modo como expressam as suas opiniões, pois são profissionais com maior responsabilidade e têm o dever de o fazer.

O enfermeiro deve respeitar a decisão do adolescente, a sua autonomia, a confidencialidade e o sigilo entre enfermeiro/adolescente (Bouzas, 2009²⁵; Dodds, 2010²⁶; Henriques, Rocha e Madeira, 2010²⁷; OMS, 2002²⁸; Tavares e Fonseca, 2009²⁹), desde que não coloque em risco a sua saúde ou a de outros e, nessa altura, deve-se informar o adolescente de que se vai comunicar a situação aos seus pais ou prestadores principais¹. Neste caso, o enfermeiro deve informar o adolescente da quebra de sigilo, sendo necessário informar os seus cuidadores responsáveis, justificando-se os motivos para essa atitude. Entre as situações destaca-se a gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis, a perceção da ideia de suicídio ou homicídio, as drogas e a recusa ao tratamento. Cada situação de conflito entre os interesses do adolescente e os dos seus responsáveis deve ser

²⁴ Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Consentimento Informado – Relatório final*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf

²⁵ Bouzas I. (2009). Estilo de vida. *Adolescência & Saúde*. 6 (1) 5. Acedido 25/02/2013. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=32

²⁶ Doods, H. (2010). Meeting the Needs of Young People in Hospital. *Pediatric Nursing*, 22 (9). 14-18. Acedido a 19/02/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21140889>

²⁷ Henriques, B. D., Rocha, R. L. & Madeira, A. M. F. (2010). Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. *Revista Medicina Minas Gerais*, 20 (3). 300-309. Acedido a 21/03/2013. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/268/251>

²⁸ Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Acedido 21/11/2012. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html

²⁹ Tavares, H.B & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 40 (4). 154-159. DOI: 0873-9781/09/40-4/154. Acedido 12-11-2012. Disponível em: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/17/20100115184023_Art%20Original_Tavares%20HB_40\(4\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/17/20100115184023_Art%20Original_Tavares%20HB_40(4).pdf)

estudada individualmente, construindo-se conjuntamente uma "verdade para aquele momento"³⁰.

Penso que a intenção dos enfermeiros foi a correta, pois os pais tinham de estar informados do que tinha acontecido com a filha, contudo creio que a forma como agiram com a jovem não foi a melhor: “primeiro meteste-te nos copos e agora é que estás preocupada com os teus pais, tivesses pensado nisso antes”. Penso que deveriam ter tido outra postura, por exemplo: “Ok, estiveste a beber, mas ficaste mal, colocaste a tua vida e a tua saúde em risco, por isso, é importante para ti que os teus pais saibam e estejam aqui ao teu lado para te ajudarem a ultrapassar esta situação”. Como refere Orem (2001)³¹, quando o indivíduo não tem capacidade para compensar o seu autocuidado, o enfermeiro atua perante a impossibilidade da adolescente realizar o autocuidado, as intervenções de enfermagem seriam a nível do sistema totalmente compensatório, estando comprometidos os requisitos universais e os de desvio de saúde.

Em minha opinião numa situação de urgência, deve-se tentar uma relação terapêutica entre enfermeiro/adolescente, visto que é através da comunicação e da nossa postura que marcamos a diferença. Para Phaneuf (2005)³², a comunicação e a relação de ajuda são considerados fatores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda. A atitude do enfermeiro não é a de repreender, mas sim explicar o que poderá acontecer, complicações poderão surgir, perante determinadas atitudes ou comportamentos que a pessoa tenha. Cabe ao enfermeiro especialista (EE) identificar comportamentos de risco promovendo hábitos de vida saudáveis, como defende a Ordem dos Enfermeiros (2010)³³, no regulamento das competências específicas EEESCJ: o enfermeiro especialista “diagnostica precocemente e intervém nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida do jovem/adolescente” (p.3), bem como o EE deve estar

³⁰ Taquette, S.R. (2010). Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Adolescência & Saúde* 7 (1) 6-11. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=174

³¹ Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6th ed.). Missouri: Mosby.

³² Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.

³³ Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_20Nov2010.pdf

atento às necessidades de atendimento em saúde do adolescente, respeitando-o como um ser único, não caindo no erro de generalizar os cuidados, reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados.

A minha intervenção nesta situação foi a de colaborar com os enfermeiros na prestação de cuidados à adolescente numa situação de especial complexidade como esta e de tentar explicar à jovem que os pais tinham de saber o que se estava a passar, porque eles estavam preocupados com ela e só queriam o seu bem. Quando os pais chegaram fui ter com eles para os informar de que a sua filha estava com medo da reação, pois poderiam ficar desiludidos com ela. Expliquei que, naquele momento, ela precisava de apoio e carinho e que o resto viria mais tarde, tal como as eventuais repreensões. A reação dos pais foi de apoio e de afeto para com a filha, o que proporcionou uma descontração e despreocupação por parte da jovem.

Futuramente, se vivenciar uma situação semelhante, primeiro assumir-me-ei como responsável pela pessoa e não terei uma atitude de repreensão, mas de compreensão, pois os jovens gostam de estar com os seus pares e de serem aceites por eles e de correr riscos. Na adolescência existe uma grande necessidade de aceitação pelo grupo de pares e pela obtenção de prazer imediato, como tal, correr riscos é característico da adolescência e dos adolescentes, não avaliando os prós e os contras dos seus atos. Muitos adolescentes concordam que a saúde não é uma questão de sorte e estão cientes dos riscos de saúde que tomam, mas pode não colocar esse conhecimento em prática (Keeney, Cassata e McElmurry, 2004)³⁴.

Os profissionais de saúde devem apoiar os adolescentes a assumirem, de uma forma gradual, o controlo e a tomada de decisão acerca da sua vida, estimulando-os a identificar e avaliar os ganhos e as perdas subjacentes a tais condutas, na busca de um viver saudável. É ainda nossa função, como enfermeiro especialista, apresentar-lhes as possíveis complicações que possam surgir face a determinados comportamentos, tentando preveni-las, identificando situações de risco para os jovens/adolescentes, onde se incluem situações de privação, abuso e

³⁴ Keeney, G.B., Cassata, L. & McElmurry, B.J. (2004). *Adolescent health and development in nursing and midwifery education*. WHO: Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EIP_HRH_NUR_2004.1.pdf

comportamentos de risco (OE, 2011)³⁵. A adolescência é considerada uma fase de oportunidades, mas também de elevada exposição a riscos e pressões externas, onde a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença assumem particular importância (OMS, 2012)³⁶. Segundo o Artigo 5º do REPE (2012)³⁷, faz parte dos cuidados de enfermagem “orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis” introduzindo as correções necessárias.

Esta situação descrita permitiu-me desenvolver competências (RCEEEESCJ, 2010)³⁸ tais como:

- Assiste a jovem com a família na maximização da sua saúde:
 - Diagnostica precocemente e intervém nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida do jovem.
- Cuida da jovem e família nas situações de especial complexidade:
 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e presta cuidados de enfermagem apropriados;
 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da jovem, otimizando as respostas.
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida do jovem:
 - Comunica com a jovem e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
 - Promove a autoestima da adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

³⁵ Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: OE. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

³⁶ Organização Mundial de Saúde (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html

³⁷ Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: OE. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

³⁸ Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Apêndice VI

Formação sobre

“As necessidades de atendimento dos adolescentes

nos serviços de saúde”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

PLANO DE SESSÃO

Tema: AS NECESSIDADES DE ATENDIMENTO DOS ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Local: Serviço de Urgência
 16 h

Data: 28 /11 /2013 **Hora:**

Objectivo geral: Conhecer as necessidades de atendimento dos adolescentes em relação aos cuidados de saúde

Objectivos específicos:

- Compreender a importância de um atendimento em saúde específico direccionado às necessidades dos adolescentes
- Promover a reflexão sobre serviços de saúde adequados às necessidades dos adolescentes,
- Realçar a intervenção do EEESCJ na promoção de comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis nos adolescentes

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR (ES)
1. Justificação da Problemática	Expositivo	Computador: <i>PowerPoint</i>	20 min.	Isabel Afonso
2. Adolescência				
2.1. Definição				
2.2. Etapas da Adolescência				
2.3. Evolução Paradigma Adolescência				
3. Importância de um atendimento específico para adolescentes				
4. Necessidades de atendimento em Saúde				
4.1. Critérios de Qualidade dos				

Serviços de Saúde				
5. Competências e Intervenção do EEESCJ no âmbito do atendimento em saúde aos adolescentes e na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis				
6. Notas Conclusivas				



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
4º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
INFANTIL E PEDIATRIA

AS NECESSIDADES DE ATENDIMENTO DOS ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Isabel Afonso

OBJETIVOS

GERAL:

✓ Conhecer as **necessidades de atendimento** dos adolescentes em relação aos cuidados de saúde

Específicos:

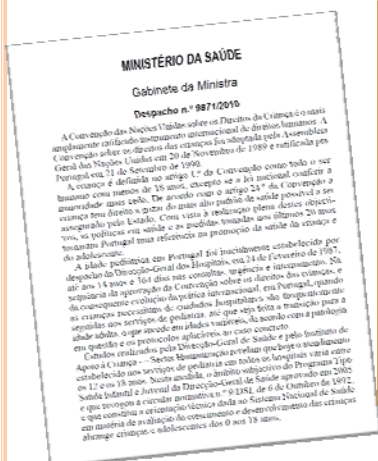
- ✓ Compreender a importância de um atendimento em saúde específico direccionado às necessidades dos adolescentes
- ✓ Promover a reflexão sobre serviços de saúde adequados às necessidades dos adolescentes,
- ✓ Realçar a intervenção do EEESCJ na promoção de comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis nos adolescentes

PLANO DA SESSÃO

1. Justificação da Problemática
2. Adolescência
 - 2.1. Definição
 - 2.2. Etapas da Adolescência
3. Importância de um atendimento específico para adolescentes
4. Necessidades de atendimento em Saúde
 - 4.1. Critérios de Qualidade dos Serviços de Saúde
5. Competências e Intervenção do EEESCJ no âmbito do atendimento em saúde aos adolescentes e na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis
6. Notas Conclusivas



JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA



" pessoalmente, por falta de preparo, sinto alguma dificuldade para lidar com esse grupo" (médico)

" necessitamos de capacitação para podermos atendê-los melhor, visto que a linguagem, a forma de os abordar, os vínculos e a confiança têm que atender as necessidades dos adolescentes" (enfermeiro)

(Ferrari, Thomson & Melchior, 2006)

O que necessitam os adolescentes relativamente ao atendimento em saúde?

ADOLESCENTE

A adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos sendo um período do desenvolvimento marcado por transformações a nível biológico, psicossocial, cognitivo, emocional e cultural.

(OMS, 2002)



Não pode ser vista como mais uma etapa do ciclo de vida

ETAPAS DA ADOLESCÊNCIA

Fase Adolescência	Características
<u>Início da adolescência (10- 13 anos)</u>	-Surto de crescimento -Início da maturação sexual - Pensamento abstrato.
<u>Adolescência intermédia (14-15 anos)</u>	-Principais mudanças físicas estão completas. -O jovem começa a desenvolver um forte sentido de identidade em relação a si, pares e família. - Pensamento reflexivo.
<u>Adolescência tardia (16-19 anos)</u>	-Fisicamente igual a um adulto. - Identidade definida com ideias, opiniões e valores definidos.

(OMS, 2002)

IMPORTÂNCIA DE UM ATENDIMENTO ESPECÍFICO PARA OS ADOLESCENTES

- ✓ Período específico do ciclo de vida com desenvolvimento físico, cognitivo e social; **busca de identidade e autonomia**
- ✓ Adolescente: cidadão **pleno de direitos** e **principal ator** na **construção da sua saúde**, permeável à **informação** exterior ➔ garantir direito a crescimento e desenvolvimento global adequado
- ✓ Reduzir mortalidade e morbidade ➔ **proteção capital humano futuro**



SERVIÇOS DE SAÚDE ATENTOS:
EFEITO positivo NA SAÚDE

ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

CRITÉRIOS DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

("Adolescent friendly health services")

- ✓ **Equitabilidade** – para todos os adolescentes, e não só alguns grupos
- ✓ **Acessibilidade** – capacidade do adolescente de obter
- ✓ **Aceitabilidade** – adolescente estar disposto, motivado
- ✓ **Adequabilidade** – proporcionados os serviços certos
- ✓ **Eficácia** – contribuição positiva para a sua saúde

(OMS, 2012)

ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

- ✓ Os programas de intervenção em saúde, decretados pelas organizações e entidades políticas são muitas vezes verticais e não têm em conta a autonomia, a integridade dos indivíduos e da comunidade em que estão inseridos
- ✓ A motivação para alterar comportamentos e hábitos de vida menos saudáveis não depende apenas do acesso à informação mas de outros fatores, nomeadamente, a **motivação intrínseca**, a seleção e controlo pessoal de decisões, a **autoconfiança** e perceção de **eficácia**, a ambivalência pessoal e a **ajuda** individualizada.

(OE, 2010b)

NECESSIDADES DE ATENDIMENTO

Organizacional/ Funcionamento dos Serviços

Atendimento Rápido
Acessibilidade
Ambiente Acolhedor
Privacidade

Profissionais de Saúde

Respeito
Reconhecimento da Individualidade
Reconhecimento da Autonomia (Ser Ouvido)
Informação
Confidencialidade
Disponibilidade

(Bouzas,2009, Dodds, 2010; Henriques, Rocha e Madeira, 2010; OMS,2002; Tavares e Fonseca,2009)

REALIDADE NA URGÊNCIA

o Organizacional/ Funcionamento dos Serviços

- o Atendimento Rápido
- o Acessibilidade
- o Ambiente Acolhedor
- o Privacidade

Profissionais de Saúde

Respeito
Reconhecimento da Individualidade
Reconhecimento da Autonomia (Ser Ouvido)
Informação
Confidencialidade
Disponibilidade

Competências do EEESCJ

REGULAMENTO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

(OE, 2010a)

E3.4 — **Promove a autoestima** do adolescente e a sua **autodeterminação** nas escolhas relativas à saúde.

➔ **Atitude Positiva:** Promoção das capacidades evitando focar somente os aspetos negativos

E3.4.3 — Identifica os **estádios do processo de mudança** na adoção de comportamentos saudáveis.

Competências EEESCJ

Início da adolescência
(10- 13 anos):

Ajudá-lo a mudar o pensamento
egocêntrico

Reforçar a autoestima perante as
mudanças

Apoio dos pais

Adolescência Intermédia
(14-15 anos):

Planos de Cuidados em parceria

Co-responsabilização

< da Supervisão Parental / > Influência
dos Pares

Competências EEESCJ

REGULAMENTO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

E3.4.4 — Reforça a **tomada de decisão responsável**.

E3.4.5 — **Negoceia contrato de saúde** com o adolescente.

(OE, 2010a)

Enfermeiro

Profissional de Proximidade.

Atenção, Flexibilidade, Honestidade,

Capacidade de adaptação às necessidades individuais do
adolescente

(Dodds, 2010)

NOTAS CONCLUSIVAS

Comparação entre filosofias de cuidados

Criança	→	Adolescente
Enfatiza o suporte familiar		Enfatiza o suporte dos pares
Capacita parceiros nos cuidados, particularmente os pais		Capacita o indivíduo a manter o auto-controle, promovendo a confiança, auto-estima e independência
Crianças e adolescentes percebidos frequentemente como clientes indivisíveis		Jovens valorizados como indivíduos com as suas próprias necessidades

Adaptado de Dodds (2010)

NOTAS CONCLUSIVAS

- ✓ Qualquer que seja a temática a desenvolver com o adolescente no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis é necessário adquirir previamente **competências, conhecimentos e atitudes** que nos possibilitem **cativar** o adolescente

NOTAS CONCLUSIVAS

- ✓ Estar **atento às suas necessidades** de atendimento em saúde é **primordial** qualquer que seja o nosso contexto da prática pois, ao respeitá-los como **pessoas**, de acordo com as suas individualidades, sem **generalizar os cuidados**, é um **meio potencializador do saudável desenvolvimento do jovem** e da **promoção de mudanças de atitude e comportamentos individuais no adolescente**

Referências Bibliográficas

- Bouzas I. (2009). Estilo de vida. *Adolescência & Saúde*. 6 (1) 5. Acedido 25/02/2013. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=32
- Doods, H. (2010). Meeting the Needs of Young People in Hospital. *Pediatric Nursing*, 22 (9). 14-18. Acedido a 19/02/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21140889>
- Ferrari, R. A. P.; Thomson, Z.; Melchior, R. (2008). Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 12 (25) 387-400. Acedido 05-01-2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a13v1225.pdf>
- Henriques, B. D., Rocha, R. L. & Madeira, A. M. F. (2010). Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. *Revista Medicina Minas Gerais*, 20 (3). 300-309. Acedido a 21/03/2013. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/268/251>

Referências Bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. 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 - Vol.1 (Cadernos OE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Acedido 21/11/2012. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Acedido 11/12/2012. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html
- Tavares, H.B & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 40 (4). 154-159. DOI: 0873-9781/09/40-4/154. Acedido 12-11-2012. Disponível em: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/17/20100115184023_Art%20Original_Tavares%20HB_40\(4\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/17/20100115184023_Art%20Original_Tavares%20HB_40(4).pdf)

Apêndice VII

Grelha de Observação

Grelha de Observação

Fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico

Local:

Data:

Campos de Observação	Indicadores	Sim	Não
Fatores socioeconómicos	Escolaridade		
	Apoios sociais		
	Condições habitacionais		
	Preço dos transportes e medicamentos		
	Distância ao local de tratamento		
	Etnia		
	Crenças culturais		
	Idade		
	Sexo		
Fatores relacionados com o paciente	Recursos psicológicos		
	Conhecimentos		
	Atitudes		
	Crenças		
	Perceções relativas a episódios de doença		
	Expetativas do próprio		
	Ausência de informação		
	Suporte para a mudança de comportamentos		
	Falta de capacidade		
	Falta de motivação		
	Falta de auto-eficácia para gerir o regime terapêutico		

Fatores relacionados com a doença	Gravidade dos sintomas		
	Impacto que representa na sua vida		
	Caracter da doença (crónica)		
	Sintomática/assintomática		
Fatores relacionados com o tratamento	Complexidade		
	Duração		
	Alterações frequentes na medicação		
	Ausência imediata de melhoria dos sintomas		
	Efeitos secundários da medicação		
Serviços e equipa de saúde	Gestão da adesão ao regime terapêutico		
	Acesso aos medicamentos		
	Grau de educação/esclarecimento face aos cuidados de tratamento		
	Recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços		
	Horários e duração das consultas		
	Conhecimentos dos profissionais de saúde		

Grelha de Observação

Estratégias para melhorar a adesão ao regime terapêutico

Local:

Data:

Campos de Observação	Indicadores		Sim	Não
Intervenções educacionais		Administração de informação		
		Oral		
		Escrita		
		Programas educacionais individuais		
		Programas educacionais em formato de grupo		
Intervenções comportamentais	Aumento da comunicação e aconselhamento	Direto (ex: TOD)		
		Intervenção familiar		
	Simplificação dos esquemas terapêuticos	Diminuição do número de doses medicamentosas		
		Diminuição do número total de fármacos		
		Fornecimento da medicação no local de trabalho		
	Envolvimento dos doentes no seu tratamento	Auto-monitorização da doença (ex: glicémia)		
		Auto-administração do tratamento		
	Memorandos	Informação visual sobre a toma da medicação		
		Alertas para a adesão a consultas médicas e à terapêutica		
	Reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação e resultados terapêuticos	Redução da frequência das consultas médicas		
		Incentivos monetários		

Apêndice VIII

Guião de Entrevista



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde

Infantil e Pediatria

GUIÃO DE ENTREVISTA

Isabel Afonso

LISBOA

novembro, 2013

TEMA:

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DO ADOLESCENTE COM PATOLOGIA PULMONAR - Contributo do Cuidador

OBJETIVOS:

- Identificar as dificuldades do adolescente sobre a doença e a adesão ao regime terapêutico
- Compreender como os enfermeiros apoiam o adolescente e a família na adesão ao regime terapêutico

QUESTÕES

1. Sei que tens um problema de saúde. Que idade tinhas quando apareceram os primeiros sinais? O que sentiste ao ser informado da tua doença? Quem te deu a informação?
 2. A doença mudou alguns dos teus hábitos de vida (escola, amigos)? Foi muito difícil para ti mudar hábitos? O que te custou mais a mudar? Fazes consultas de vigilância de saúde? Os teus pais acompanham-te à consulta?
 3. Costumas fazer medicação? Quem te fornece os medicamentos? És tu que preparas os medicamentos ou precisas da ajuda dos teus pais? Tens sentido dificuldades em cumprir o plano terapêutico?
 4. Gostas de conversar com os enfermeiros sobre a doença e o tratamento? A informação dada pelos enfermeiros é suficiente ou gostarias de saber mais? Os enfermeiros conversam com os teus pais?
-

Apêndice IX

Colheita de Dados

Breve Questionário

Estamos a fazer um estudo sobre a adesão ao regime terapêutico do adolescente com doença crónica ou prolongada e para isso pedimos a tua colaboração, pois consideramos que a tua opinião é fundamental para podermos melhorar os cuidados de saúde face aos adolescentes.

Assim, pedimos que respondas a este breve questionário e que participes na entrevista que vamos realizar.

Não há respostas certas ou erradas, apenas queremos a tua opinião pessoal e pedimos-te que sejas sincero(a).

O questionário e a entrevista são confidenciais. O tratamento dos dados será efetuado de forma global pelo que o anonimato será sempre respeitado e garantido. Os dados serão apenas utilizados para este trabalho e teu nome não será divulgado, o que importa é a tua opinião.

Muito obrigada pela tua participação!

Isabel Afonso

Caracterização dos Participantes

Gostaríamos de conhecer alguns dados sobre ti:

Idade: _____

Sexo: M F

Ano de escolaridade que estás a frequentar: _____

Vives com?

Pais

Pais e irmão (s)

Só com o pai

Só com a mãe

Avós

Outro Qual? _____

Apêndice X

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, _____
(nome) concordo em participar no estudo que tem como objetivo identificar as dificuldades do adolescente sobre a doença e a adesão ao regime terapêutico e compreender como os enfermeiros apoiam o adolescente e família na adesão ao regime terapêutico.

Após informação prévia:

- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;
- Aceito que as minhas opiniões sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela equipa de investigação para fins académicos;
- Compreendo que o meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;
- Compreendo que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Compreendo que este documento será conservado de forma segura pela equipa de investigação e será destruído no fim do estudo.

Assinatura do participante _____

Assinatura do investigador _____

Data: 2013/11/04

Apêndice XI

Reflexão CDP

REFLEXÃO CRÍTICA

O centro de diagnóstico pneumológico (CDP) é um centro de atendimento a doentes do foro pulmonar, cujas patologias passam pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Asma, Tuberculose (TB) Pulmonar, entre outras. No que se refere ao desvio de saúde - tuberculose pulmonar - esta é uma doença que acarreta muitos estigmas quer sociais, quer pessoais. Sendo a TB pulmonar uma doença de comunicação obrigatória, exige a realização de rastreio aos conviventes. Durante este estágio, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira de referência na realização de um rastreio.

Antes de ter iniciado o estágio neste local, foi identificada uma adolescente de 13 anos com TB pulmonar, através do rastreio passivo de sintomas. Esta adolescente é convivente do pai, que tem TB pulmonar bacilífera e TB laríngea, cujo rastreio aos familiares identificou a filha como tendo tuberculose doença. Uma vez identificada a doença na adolescente, foi necessário alargar o círculo de conviventes desta jovem, realizando rastreio na escola, aos colegas, professores e assistentes operacionais. Este rastreio é realizado em três tempos, isto é, faz-se o teste tuberculínico por três vezes. No momento, ao fim de 8 a 10 dias e 2 meses depois (DGS, 2013)³⁹. Foi no segundo momento, quando realizaram o 2º Mantoux, que tive a oportunidade de participar, fazendo a leitura dos resultados com a enfermeira de referência. Estes adolescentes encontram-se no início da adolescência, onde se desenvolve o pensamento abstrato. Estes jovens tinham uma postura de “rebeldia e irreverência”, encontrando-se no desenvolvimento da sua identidade e personalidade. Contudo, quando verificávamos o resultado, questionavam-nos sobre o mesmo e se tinham TB, sendo visível uma preocupação pelo seu estado de saúde. É do conhecimento geral que os adolescentes têm comportamentos de risco face ao desejo da descoberta e do desconhecido, todavia são as raparigas que recorrem mais aos serviços de saúde, relatando as suas necessidades, enquanto que os rapazes

³⁹Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: www.dgs.pt/ficheiros-de.../tb-manual-boas-praticas-enfermagem-pdf

aderem menos a estes serviços por se considerarem mais saudáveis e felizes (Prazeres, 2003)⁴⁰.

Relativamente à adolescente doente, esta está com o pai em casa, onde fazem tratamento antibacilar, aguardando que o (bacilo de Koch) BK direto e o BK cultural sejam negativos (DGS, 2013)⁴¹. A enfermeira do CDP desloca-se ao domicílio para realizar a toma observada direta (TOD), confirmando deste modo que o tratamento está a ser cumprido e não há falhas no mesmo, só assim será possível o sucesso do tratamento, evitando que a tuberculose se torne multirresistente, tal como é preconizado pela OMS (2011)⁴² na Luta Mundial Contra a Tuberculose.

Quando o desvio de saúde não requer isolamento, o doente desloca-se ao centro de saúde da sua residência ou ao CDP para fazer a toma da medicação observada. Contudo, neste caso, a pessoa é obrigada a ir todos os dias da semana a estes serviços de saúde e ao fim-de-semana vai ao Atendimento Complementar. A obrigatoriedade de se ter de deslocar para realizar o tratamento provoca vários transtornos ao indivíduo, porque tem despesas com a deslocação, tem de despende de tempo para se deslocar, tem de estar em jejum e tudo isto tem uma duração de vários meses, em média 6 a 9 meses. É um tratamento longo que exige o seu cumprimento e alguns cuidados com a alimentação (estar em jejum para tomar a medicação e as bebidas alcoólicas estão proibidas). Devido a estes condicionamentos, é posta em causa a adesão ao tratamento. Além destes há outros factores, que têm impacto sobre a adesão: a relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e o doente, o acesso à informação, a educação sobre o desvio de saúde e o tratamento, a flexibilidade e disponibilidade dos serviços, a motivação e a crença na eficácia do tratamento (OE, 2013)⁴³.

⁴⁰ Prazeres, V. (2003). *Saúde juvenil no masculino. Género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Disponível em:

<http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SJMasculino.pdf>

⁴¹ Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Disponível em:

www.dgs.pt/ficheiros-de.../tb-manual-boas-praticas-enfermagem-pdf

⁴² Organização Mundial de Saúde (2011). *The Global Plan to Stop TB 2011- 2015*. Disponível em: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf

⁴³ Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Tuberculose*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBPTuberculose_VFinal_protteg.pdf

Quando estive em casa da adolescente vi uma menina de 13 anos, relativamente bem-disposta, mas cansada de estar em casa de não poder sair e ir à escola. Esta doença interfere a nível social, impedindo a jovem de sair de casa, de conviver com os colegas, enquanto apresentar BK positivos.

Penso que a intervenção de enfermagem é de grande qualidade e importância, pois os enfermeiros têm um bom relacionamento, de amizade e de empatia com os doentes, o que permite envolver os doentes com a equipa de enfermagem e, deste modo, aderir ao tratamento. O facto de os enfermeiros se mostrarem disponíveis e preocupados com os doentes dá-lhes confiança, sentindo-se acolhidos e respeitados no seio da equipa. A intervenção da equipa de enfermagem encontra-se numa posição ímpar para identificar as necessidades do indivíduo com desvio de saúde, diagnosticar, prescrever e implementar as intervenções de enfermagem, bem como avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (CIE, 2008)⁴⁴. Tem de haver uma constante avaliação das dúvidas que vão surgindo e do estado motivacional do doente, no sentido do cumprimento do tratamento.

Apesar de haver uma grande adesão dos doentes ao tratamento, presenciei alguns momentos de não-adesão. Tal aconteceu quando uma adolescente não estava presente em casa, no momento em que a equipa móvel do CDP se deslocou ao seu domicílio para administrar a medicação. Neste caso, excepcionalmente, a enfermeira deixou ficar a medicação com a mãe da jovem, confiando que ela a iria tomar. Segundo Orem (1991)⁴⁵, a intervenção de enfermagem vai incidir nos requisitos universais e de desvio de saúde, através do sistema parcialmente compensatório havendo uma partilha de responsabilidades pelo cuidado entre a doente e o enfermeiro. Todavia, em alguns casos que demonstram renitência para o cumprimento do tratamento, poderei dizer que a intervenção de enfermagem seria ao nível do sistema totalmente compensatório, por estar comprometido o requisito de desenvolvimento, devido à imaturidade da doente (adolescente de 12 anos). Neste caso, as intervenções de enfermagem teriam de ser dirigidas aos pais, de modo a responsabilizá-los pela saúde da sua filha.

⁴⁴ Conselho Internacional de Enfermeiros (2008). *Linhas de orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente*. (2ª ed.). Genève.

⁴⁵ Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St.Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.

Estas situações acontecem em famílias muito destruídas com um estrato socioeconómico muito baixo, o que faz com que não compreendam e não respeitem o tratamento. O facto de haver pouca adesão ao tratamento compromete os esforços do sistema de cuidados de saúde e dos profissionais de saúde na melhoria da saúde das populações. A não-adesão ao tratamento provoca complicações médicas e psicológicas da doença, reduz a qualidade de vida dos doentes, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de resistência aos fármacos, desperdiça recursos de cuidados de saúde e desgasta a confiança do público nos sistemas de saúde (Vermeire et al., 2001)⁴⁶.

Esta situação descrita permitiu-me desenvolver competências (RCEEEESCJ, 2010)⁴⁷, tais como:

- Assiste o adolescente com a família na maximização da sua saúde:
 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da capacidade para gerir o regime do adolescente;
 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns que possam afetar negativamente a vida e a qualidade de vida do adolescente.
- Cuida do adolescente e família nas situações de especial complexidade:
 - Faz a gestão diferenciada do bem-estar do adolescente, otimizando as respostas;
 - Providencia cuidados ao adolescente, promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;
 - Promove a adaptação do adolescente e família à doença prolongada.
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do adolescente:
 - Promove o desenvolvimento juvenil;
 - Comunica com o adolescente e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;

⁴⁶ Vermeire, E. et al. (2001). Patient adherence to treatment: Three decades of research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26 (5). 331-342

⁴⁷ Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov%20aprovadoAG%20Nov2010.pdf>

- Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

Apêndice XII

Reflexão Consultas Externas

REFLEXÃO CRÍTICA

O estágio realizado na consulta externa de diabetes foi muito enriquecedor, porque aprendi muito sobre esta patologia. Contudo, neste momento, gostaria de refletir sobre o trabalho da equipa de enfermagem e o papel do enfermeiro de referência. Cada criança que vai à consulta de diabetes tem atribuída uma enfermeira e uma médica de referência, que trabalham em equipa. Perante isto, a criança sabe que vai ser atendida sempre pela mesma médica e enfermeira, situação importante tal como é referido pela OE (2011)⁴⁸: o método de trabalho do enfermeiro de referência é indispensável para uma “prestação de cuidados de elevado nível de complexidade que contemple e promova a satisfação da criança/jovem” (p.5). Os cuidados de enfermagem executados pelo enfermeiro de referência respeitam o conceito de cuidados individualizados. Cada cliente está relacionado com um enfermeiro, que é responsável por todos os cuidados e que terá de estabelecer um vínculo de confiança entre o adolescente e a sua família, promovendo uma relação interpessoal de qualidade (Dodds, 2010⁴⁹; OMS, 2002⁵⁰). O principal objetivo deste método de trabalho consiste na humanização dos cuidados e a principal característica visa a descentralização das tomadas de decisão, o que implica o reconhecimento do direito das enfermeiras, que prestam cuidados, de tomarem as decisões necessárias para assegurarem a qualidade dos mesmos (Dionne; Moussette; Serralheiro; Struelens-Galant, 1987)⁵¹.

Verifica-se que existe muita amizade e confiança entre enfermeiro/adolescente/pais. Pode-se dizer que existe uma relação terapêutica, profissional/adolescente com um diálogo aberto e disponível para escutar as suas necessidades, sem preconceitos nem juízos de valor. Esse diálogo desenvolve-se através da comunicação que consiste num processo de “criação e de recriação de informação, de troca, de

⁴⁸ Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

⁴⁹ Doods, H. (2010). Meeting the Needs of Young People in Hospital. *Pediatric Nursing*, 22 (9). 14-18. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21140889>

⁵⁰ Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html

⁵¹ Dionne, D.; Moussette, D.; Serralheiro, M. & Struelens-Galand, B. (1987). Le pour et le contre. *Nursing Québec*. Vol 7 (3), Mai / Juin, 32.

partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções” (Phaneuf, 2005, p. 23)⁵² entre os intervenientes favorecendo assim a educação para a autogestão e a adesão ao tratamento (OE, 2010b)⁵³.

O início da relação enfermeiro/doente (adolescente) ocorre no momento em que a enfermeira se dirige ao serviço, onde a criança está internada com o diagnóstico de diabetes inaugural. A enfermeira apresenta-se à criança e ao familiar, que estiver a acompanhá-la, mencionando que, futuramente, as consultas de diabetes, que a criança começará a frequentar, serão realizadas por ela. Assim, quando a criança for à consulta, pela primeira vez, já tem uma pessoa que conhece (de referência). Ainda nesta fase de primeiro contacto, a enfermeira procura conhecer um pouco a criança, a sua família, o que sabem sobre o seu desvio de saúde, o que já lhe ensinaram, se conhecem alguém com a mesma patologia, qual a escola e o ano que frequenta e o que preocupa a criança com esta nova mudança na sua vida. A enfermeira fornece o seu contacto pessoal, para esclarecer dúvidas futuras que possam surgir e refere que, dois ou três dias após a alta clínica, realizar-se-á a primeira consulta de enfermagem. Tive a oportunidade de conhecer e assistir a este primeiro contacto entre enfermeira e adolescente (11 anos), cuja mãe não se encontrava no momento. A jovem encontrava-se internada por diabetes inaugural, ela tinha um primo com o mesmo desvio de saúde, mas o que a preocupava mais era ter de comer mais vezes ao dia e, sendo uma adolescente, isso fazia com que se preocupasse com a sua imagem e o seu corpo. A enfermeira teve uma postura de simpatia/empatia, mostrando-se disponível para responder às dúvidas existentes, explicando o que estava a acontecer. Orem (1991)⁵⁴ destaca a importância do conhecimento e da consciência humana para perceber e lidar com o estado de saúde em termos de tomada de decisão.

A enfermeira apresentou ainda um diálogo claro, compreensível, avaliou os conhecimentos da adolescente e reforçou ensinamentos. Segundo Phaneuf (2005)⁵⁵,

⁵² Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.

⁵³ Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov%20aprovadoAG_20Nov2010.pdf

⁵⁴ Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St.Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.

⁵⁵ Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.

quando o enfermeiro está em interação com o doente, deve exprimir-se de maneira a ser compreendido e tentar que o outro aceite o que está a ser transmitido. Para isso, a sua forma de se exprimir deve ser simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias, adaptável às reações do doente e às competências adquiridas pelo adolescente.

Posteriormente, assisti a uma primeira consulta de enfermagem, com outra enfermeira e outro adolescente, também com 11 anos, que se fez acompanhar pela mãe. Este jovem também tem na família um irmão com o mesmo desvio de saúde, o que permite à mãe apresentar alguns conhecimentos sobre a doença. A enfermeira fez o acolhimento, avaliou os conhecimentos que o jovem adquiria e esclareceu dúvidas existentes, reforçando a ideia de que os conhecimentos/ensinos iriam sendo transmitidos à medida que o jovem fosse desenvolvendo competências para novas aquisições. No Regulamento das Competências Específicas do EEESIP (OE, 2010b)⁵⁶, pertence ao Enfermeiro Especialista prestar cuidados ao adolescente e à família nas situações de especial complexidade, nas quais se inclui a promoção da adaptação do jovem adolescente ao seu desvio de saúde, mobilizando oportunamente os recursos. Na teoria dos sistemas de enfermagem de Orem (1991)⁵⁷ identificam-se três níveis de intervenção, que a enfermagem pode desenvolver tendo em atenção a necessidade de compensação da capacidade de autocuidado. No decorrer das consultas de enfermagem, a enfermeira vai avaliando essa necessidade e vai planeando as suas intervenções de forma a desenvolver a capacidade para o autocuidado do adolescente e dos pais/cuidadores.

Considero muito interessante ter estagiado neste local de trabalho pelos conhecimentos e pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A relação terapêutica entre enfermeiro/utente era tão intensa e de tanta confiança, que se tornava um meio condutor propício para a adesão ao tratamento. A intervenção do profissional de saúde, numa situação de doença crónica como a diabetes, deve

⁵⁶ Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov%20aprovadoAG%20Nov2010.pdf>

⁵⁷ Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St.Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.

dirigir-se para o controlo dos sintomas e manutenção da qualidade de vida do doente, mais do que para a cura da doença (Suris, Michaud e Viner, 2004)⁵⁸.

Os doentes crónicos necessitam de apoio alargado nas suas comunidades para manterem o melhor estado de saúde e nível de funcionamento, necessitam ainda de desenvolver capacidades de autocuidado referentes a um cuidado e tratamento proactivos que prevejam as suas necessidades. A OMS (2002)⁵⁹, no sentido de intervir sobre este flagelo, desenvolveu o Modelo de Cuidados na Doença Crónica, que consiste na interação entre um “doente informado e participante e uma equipa de profissionais preparada e proactiva”, neste sentido estamos perante um doente motivado, informado e confiante das suas capacidades de modo a tomar decisões sobre a sua saúde. Um dos elementos essenciais deste modelo consiste na relação entre o doente e o prestador de cuidados, envolvendo o doente como parceiro ativo na gestão da doença e dos cuidados (OE, 2010a)⁶⁰.

Neste local de estágio, são visíveis as competências desenvolvidas pela equipa de enfermagem, no sentido de prestar cuidados ao mais alto nível de qualidade, atuando no sentido de desenvolver competências e capacidades do indivíduo doente (criança/adolescente) para gerir o seu desvio de saúde.

Esta situação descrita permitiu-me desenvolver competências (RCEEEESCJ, 2010)⁶¹, tais como:

- Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde:
 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança/jovem.

⁵⁸ Suris, J.C.; Michaud, P.A. & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child* 89, 938-942.

⁵⁹ Organização Mundial de Saúde (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building Blocks for Action*, Geneva: World Health Organization.


⁶⁰ Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Servir a comunidade e garantir: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

⁶¹ Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_2010.pdf

- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade:
 - Faz a gestão diferenciada da dor da mãe e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;
 - Promove a adaptação da criança/jovem à doença crónica.
 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem:
 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
 - Promove a autoestima da adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.
-

Apêndice XIII

Journal Club



INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ: AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO

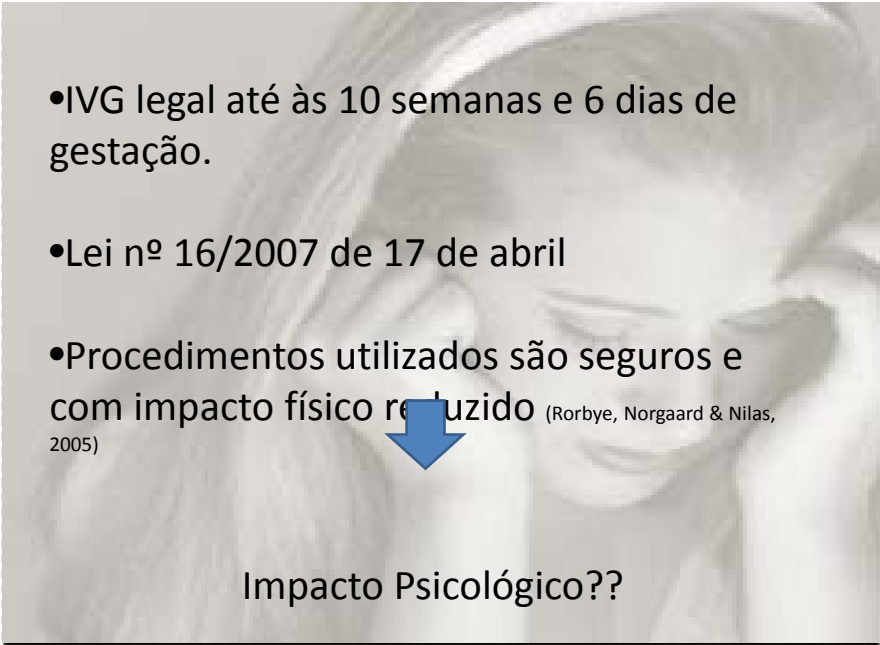
Isabel Afonso

Estudante do Curso de Mestrado em
Enfermagem - Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Lisboa, 14-01-2014

ARTIGO:

Pereira, J., Pires, R. e Canavarro, M.C. (2013). Interrupção voluntária da gravidez: ajustamento psicológico numa amostra de jovens portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 14(2), 329-338.



- IVG legal até às 10 semanas e 6 dias de gestação.

- Lei nº 16/2007 de 17 de abril

- Procedimentos utilizados são seguros e com impacto físico reduzido (Rorbye, Norgaard & Nilas, 2005)

↓
Impacto Psicológico??

IVG

- Experiência com importantes significações e implicações emocionais (Stotland, 2000)

Estudos em adolescentes:

-Ocorrência de reações breves e agudas aquando da decisão reprodutiva e processo de interrupção (Greydanus & Railsback, 1985)

-Inexistências a longo prazo de efeitos psicológicos negativos (Adler et al., 1992; Cohen & Roth, 1984)

-Idade como fator de risco – surgem maiores dificuldades de adaptação no período subsequente à IVG em idades mais novas (Coleman, 2006; Fergusson, Horward & Ridder, 2006)

-Em Portugal há poucos estudos que abordam o ajustamento psicológico subsequente à decisão reprodutiva

-Dados mais recentes são institucionalmente circunscritos não permitem obter uma visão nacional deste fenómeno (Guedes, 2008; Guedes, Gameiro & Canavarro, 2010; Sereno, Leal & Maroco, 2012)


Caracterizar o ajustamento psicológico 2 a 4 semanas após a IVG

PARTICIPANTES (diversas regiões de Portugal Continental):

- 128 Jovens realizaram IVG
- Grupo de controlo – 248 Jovens sexualmente iniciadas e sem história de gravidez

INDICADORES:

- Sintomatologia depressiva
- Qualidade de vida



CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Equivalentes - idade / religião
- Diferenças - escolaridade / estado civil / características da freguesia de residência / nível socioeconómico

PONTO DE VISTA REPRODUTIVO:

- maioria não planeou a atual gravidez para esta fase da vida
- pequena % jovens referiu que seria uma gravidez desejada
- pequena % tem história de IVG anterior



MATERIAL:

- Ficha de dados sociodemográficos e clínicos
 - Questionários de autopreenchimento para avaliar a presença de sintomatologia depressiva e qualidade de vida:
-

MATERIAL:

- a) Ficha de dados sociodemográficos e clínicos: Avalia a informação sociodemográfica (idade, estado civil, habilitações literárias, profissão), e clínica (idade gestacional aquando da IVG, complicações obstétricas pós-IVG, procedimento de IVG)
- b) Escala de Depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987; versão portuguesa: Augusto, Kumar Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996; versão traduzida para investigação: Figueiredo, 1997). Avalia a intensidade de sintomas depressivos nos 7 dias anteriores ao preenchimento do instrumento
- c) EUROHIS-QOL-8 (Power, 2003; versão portuguesa: Pereira, Melo, Gameiro & Canavarro, 2011). Avalia a qualidade de vida

PROCEDIMENTO:

Conjugação de 2 projetos de investigação – *Gravidez na adolescência em Portugal: Etiologia, decisão reprodutiva e adoção & Interrupção voluntária da gravidez em Portugal: influência de características desenvolvimentais e fatores individuais, socioculturais e relacionais na decisão reprodutiva e na adoção.*

- Entre maio de 2008 e abril de 2013
- Em 23 escolas e 23 serviços de saúde (Portugal continental)

RESULTADOS:

•Sintomatologia Depressiva

-Jovens que realizaram IVG – maiores níveis de sintomatologia depressiva em comparação com grupo de controlo

-Os efeitos dos indicadores sociodemográficos evidenciaram diferenças significativas em relação à sintomatologia depressiva

•Qualidade de Vida

-Jovens que realizaram IVG – menor QdV

-Os efeitos dos indicadores sociodemográficos evidenciaram diferenças significativas em relação à QdV

DISCUSSÃO:

•Jovens que realizaram uma IVG apresentaram Maiores níveis de sintomatologia depressiva e Menor qualidade de vida 2 a 4 semanas após a IVG, em comparação com o grupo de controlo

• Existência de dificuldades de adaptação no período pós-aborto em jovens (Coleman, 2006; Denny, 2001)

INVESTIGAÇÕES FUTURAS:

- Quais os fatores protetores e/ou de risco que podem influenciar este ajustamento psicológico
- Especificidades desenvolvimentais deste impacto comparando com adultas que realizaram IVG (idade fator de risco?)

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:

- Necessidade de adaptação e especialização dos serviços que acompanham jovens durante o processo de tomada de decisão → promover uma melhor qualidade ao nível do processo e adaptação posterior
- Necessidade de sensibilizar as equipas médicas para a monitorização do impacto da IVG nas trajetórias desenvolvimentais destas jovens
- Prevenção de consequências negativas através da identificação de possíveis indicadores de perturbação emocional → identificar as jovens com níveis significativos de sintomatologia depressiva e menor QdV → disponibilização de apoio especializado promovendo intervenções multidisciplinares por parte dos profissionais de saúde.

Apêndice XIV

Reflexão CAA

REFLEXÃO CRÍTICA

O centro de atendimento para adolescentes recebe jovens dos 12 aos 24 anos de idade. Atende os adolescentes nas várias vertentes. A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiras, médicas de clínica geral com especialização na área da adolescência, psicóloga, assistente social, socióloga e administrativas. O adolescente pode dirigir-se ao centro com consulta marcada ou pedir uma consulta imediata.

Uma grande percentagem de utilizadores deste centro são raparigas, que recorrem com o objetivo de realizarem uma consulta de planeamento familiar/sexualidade. Pude verificar, ao longo das várias consultas realizadas, que surgem muitas situações de raparigas com gravidez não desejada.

Uma jovem de 23 anos surgiu na consulta de enfermagem, pela primeira vez. Eu e a enfermeira de referência demos início à entrevista, solicitando os vários dados/informações pessoais. Ela tinha terminado o curso de genética biomolecular tendo defendido a tese no fim do ano transato. Era bonita e tinha namorado, que também tinha terminado o mesmo curso, na mesma altura. Quando a questionámos sobre a razão pela qual ela tinha ido à consulta, referiu que tinha feito uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) e que agora estava com hemorragias, após ter tido a menstruação. Ficámos admiradas com o facto de uma rapariga jovem, que tinha finalizado o curso, poderia ter realizado um ato daquela magnitude.

A jovem referiu que andava com atraso na menstruação, mas como tinha de terminar e defender a tese, acabou por protelar a vigilância da saúde e a realização do teste de gravidez. Quando confirmou que estava grávida já tinha 17 semanas. A lei portuguesa permite a IVG até às 10 semanas e 6 dias (DGS, 2007)⁶², como tal, realizou a interrupção em Espanha. Enquanto verbalizava estes acontecimentos foi-se comovendo, acabando por chorar. Era uma situação recente, cujo assunto ainda a fragilizava.

⁶² Direção-Geral da Saúde (2007). *Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/45E9069C-D6E4-416F-AEDD-06B4B3EF7198/0/GuiaInformativoIVG_DGS.pdf

Será que esta situação, não terá sido pouco analisada e amadurecida? Pois já existia um bebé, era uma gravidez que já estava num estado avançado. Tal como é referido no estudo realizado a jovens portuguesas, que realizaram uma IVG (Pereira, Pires e Canavarro, 2013)⁶³. “Será que estas intervenções não terão impacto a nível psicológico e emocional? Qual o impacto de uma IVG na vida futura de uma mulher?” Este estudo teve como intuito caracterizar uma amostra de jovens portuguesas relativamente à sintomatologia depressiva e à qualidade de vida, duas a quatro semanas após a IVG. Os resultados obtidos demonstram que as jovens, que realizaram uma IVG, apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva, o que se pode confirmar com a situação desta rapariga de 23 anos.

Surgiram mais duas raparigas, com 13 anos de idade, que também pediram IVG, alegando que eram muito novas para terem um filho. Isto leva-nos a pensar na leviandade do tema, na facilidade com que uma rapariga fala numa IVG e se propõe a realizá-la sem ter consciência do que aquilo provoca no seu organismo. Além do impacto, a nível emocional, que pode ocorrer no futuro. Perante estas situações, foram realizados alguns ensinamentos no sentido de sensibilizar as adolescentes para o facto de utilizarem os métodos contraceptivos e o modo como os usar, sabendo nós que, naquele momento, elas só pensavam que não queriam aquela gravidez e nada mais interessava. Quando o enfermeiro se encontra no atendimento ao adolescente, as suas intervenções visam a promoção de comportamentos saudáveis e do fornecimento de informação. Com esta intervenção a nível dos ensinamentos tivemos por objetivo que as adolescentes refletissem sobre o seu problema e fossem orientadas no sentido de fazerem as suas próprias escolhas e mudanças de atitude (OE, 2010)⁶⁴. A nossa intervenção neste centro de atendimento contempla os sistemas de enfermagem parcialmente compensatório e de apoio-educação, da teoria de Orem (2001), isto porque o adolescente e o enfermeiro partilham responsabilidades pelo cuidado.

⁶³ Pereira, J., Pires, R. e Canavarro, M.C. (2013). Interrupção Voluntária da Gravidez: ajustamento psicológico numa amostra de jovens portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 14 (2) 329-338.

⁶⁴ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: Entrevista ao adolescente*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf

Outra situação que me deixa preocupada, deve-se ao facto de se estar a iniciar a atividade sexual muito cedo, porque isto envolve a estrutura física, biológica, psicológica, socioeconómica, familiar e cultural das raparigas, além dos princípios que praticam. A adolescência é uma fase de imaturidade em busca de maturidade. Nesta fase, ocorrem muitas mudanças a nível da personalidade e, perante isto, a sexualidade assume um valor incontestável. Os adolescentes podem querer experimentar a sexualidade como forma de relacionamento com os outros, como partilha de sentimentos ou ainda para demonstrar a maturidade que conseguiram. A família tem uma grande responsabilidade, no sentido de educar e transmitir valores, que sejam alicerces importantes para a formação do indivíduo como cidadão. Os profissionais de saúde têm como objetivo falar sobre a sexualidade e sobre como experienciá-la com responsabilidade incutindo-a e incentivando-a através da adoção de comportamentos saudáveis de procura de saúde (Martins, Loureiro e Oliveira, 2008)⁶⁵.

O facto da atividade sexual iniciar-se muito cedo leva-nos a pensar e a modificar modos de atuação no sentido da equipa de enfermagem utilizar estratégias promotoras de educação sexual, de planeamento familiar e de contraceção, adequadas e apropriadas à personalidade e aos hábitos de vida de cada adolescente. A comunicação, que é estabelecida durante a entrevista entre enfermeiro/adolescente, é relatada como um elemento fundamental na relação profissional/adolescente, com um diálogo aberto e disponível para escutar as suas necessidades sem preconceitos (Phaneuf, 2005)⁶⁶. No entanto, é preciso não esquecer que os jovens são muito diferentes, tendo cada um deles a sua biografia, personalidade, necessidades, tendências e os seus problemas particulares.

Em todas as consultas de enfermagem devemos avaliar os conhecimentos que os adolescentes apresentam e fornecer novas informações, sempre que solicitado ou se verifique que é necessário, porque sabemos que a informação não é assimilada na totalidade e o adolescente dá pouca relevância à informação transmitida. Compete a nós, enquanto enfermeiros/profissionais de saúde, auxiliar os

⁶⁵ Martins, L., Loureiro, E. e Oliveira, A. (2008). Sexualidade na adolescência...para que a cegonha não chegue cedo de mais!!!” In *Medicina preventiva na adolescência: Actas do 4º Congresso Nacional de Medicina do Adolescente*, Aveiro, Junho 2008.

⁶⁶ Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.

adolescentes a viver a sua adolescência e a sexualidade o mais saudavelmente possível. A educação para a saúde permite que os adolescentes estejam informados sobre os prós e os contra dos seus comportamentos (OE, 2009)⁶⁷.

Esta situação descrita permitiu-me desenvolver competências (RCEEEESCJ, 2010)⁶⁸, tais como:

- Assiste o adolescente com a família na maximização da sua saúde:
 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime do adolescente;
 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns que possam afetar negativamente a qualidade de vida do adolescente.
- Cuida do adolescente e família nas situações de especial complexidade:
 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do adolescente, otimizando as respostas;
 - Providencia cuidados ao adolescente, promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do adolescente:
 - Promove o crescimento e o desenvolvimento juvenil;
 - Comunica com o adolescente e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
 - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

⁶⁷ Ordem dos Enfermeiros (2009). *Catálogo CIPE – Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão aos tratamentos*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>

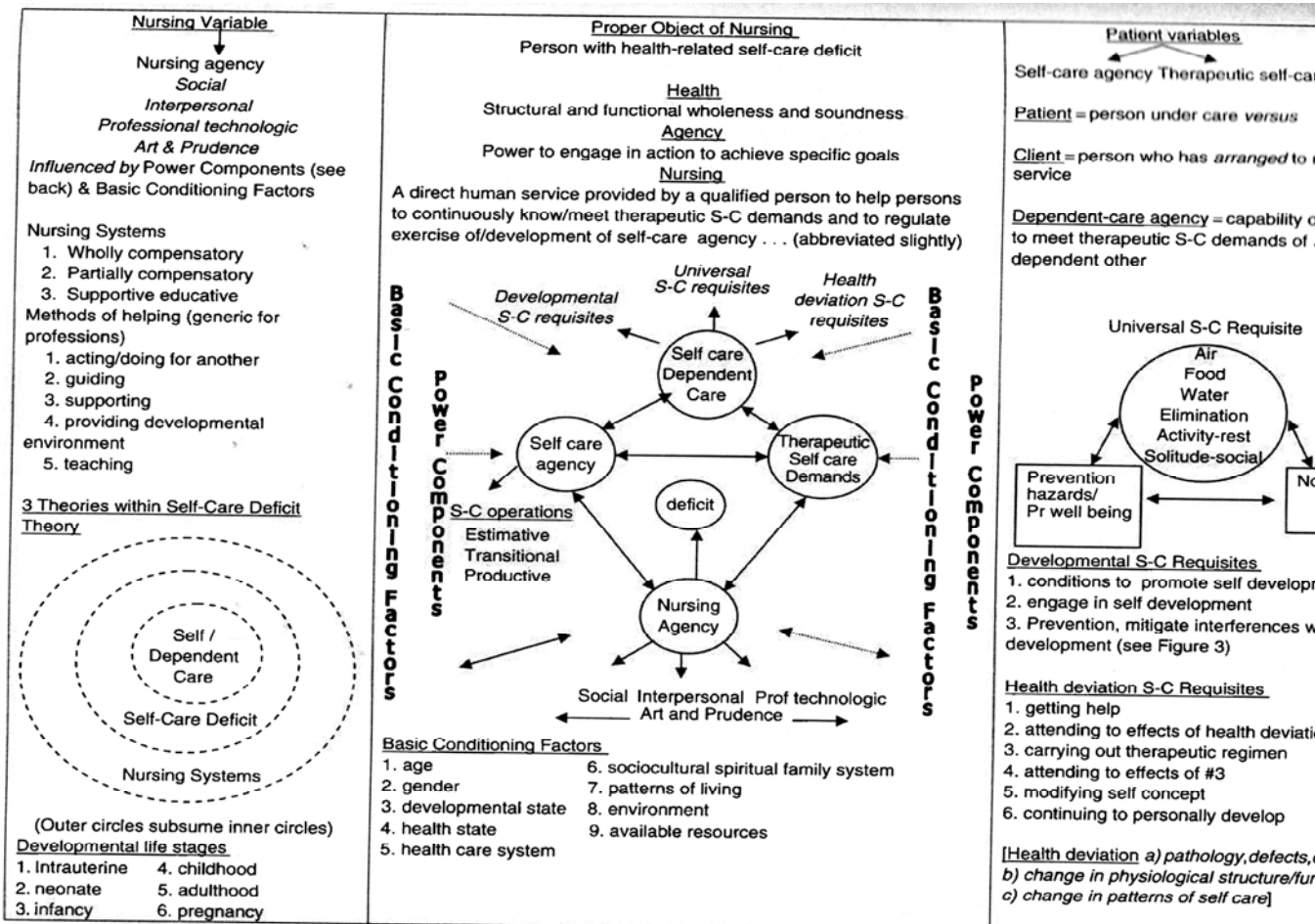
⁶⁸ Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov%20aprovadoAG%20Nov2010.pdf>

ANEXOS

Anexo I

Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

PATIENT	NURSE
<p>Power Components</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Attention, vigilance B. Energy C. Physical energy D. Motivation E. <i>Abilities</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reasoning 2. Decision-making 3. Acquire technical knowledge (necessary to operationalize) 4. Discrete self care actions 5. Integration of self-care operations F. Repertoire of skills (perceptual, manipulative, communication, (IPR)) <p>(adapted and re-ordered from Orem (2001), p. 265. Number five groups 5 components under "abilities")</p> <p>Developmental Self-Care Requisites (patient)</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Promote development (provide adequate conditions to meet self-care requisites essential for appropriate developmental level, including affective, cognitive, physical, social, and spiritual requisites) B. Engagement (those that demand the deliberate involvement of the self in the processes of development" (p. 231). C. Overcome interferences <ol style="list-style-type: none"> 1. educational deprivation 2. problems of social adaptation 3. failures of healthy individuation 4. loss of relatives, friends, associates 5. loss of possessions, loss of occupational security 6. abrupt change of residence to an unfamiliar environment 7. status-associated problems 8. poor health or disability 9. oppressive living conditions 10. terminal illness and impending death ("not exhaustive") <p>(Orem, 2001, pp. 231-232.)</p>	<p>Power Components</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Valid and reliable knowledge B. Intellectual and practical skills C. Sustaining motives D. Illness to provide nursing E. Unify action sequences toward achievement F. Consistency in performance of nursing operations G. Making adjustments because of prevailing conditions H. Ability to manage self as essential professional element <p>Art Goal-directed "intellectual quality . . . that allows . . . creative investigations, analysis, and synthesis" (p. 293) in order to produce effective nursing systems."</p> <p>Prudence [Selecting "the right reason about things to be done" (p.293)]</p> <p>"Nursing Agency Developmental Self-Care Requisites</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Power components (above) II. Dimensions of which nursing practice <ul style="list-style-type: none"> A. Social dimension (contractual) B. Communication; legal C. Interpersonal dimension (professional helping, communication, IPR) D. Professional-technologic dimension (nursing operations) III. "Desirable characteristics" <ul style="list-style-type: none"> A. Effective repertoire of communication skills B. Transformative teaching skills C. Cultural sensitivity D. Ethical values E. Understanding of the legalities of practice F. Leadership skills G. Professional behavior <p>**Adapted from Orem (2001, pp. 290-291).</p>



Anexo II

Dimensões da adesão OMS



Fonte: Gusmão e Mion Jr⁸, adaptado de OMS¹⁰.

Figura 1 – Dimensões da adesão ao tratamento

Anexo III

HEADSS

The HEEDSSS psychosocial interview for adolescents

<p>Home Who lives with you? Where do you live? Do you have your own room? What are relationships like at home? To whom are you closest at home? To whom can you talk at home?</p>	<p>Drugs Do any of your friends use tobacco? Alcohol? Other drugs? Does anyone in your family use tobacco? Alcohol? Other drugs? Do you use tobacco? Alcohol? Other drugs? Is there any history of alcohol or drug problems in your family? Does anyone at home use tobacco? Is there anyone new at home? Has someone left recently? Have you moved recently? Have you ever had to live away from home? (Why?) Have you ever run away? (Why?) Is there any physical violence at home?</p>
<p>Education and employment What are your favorite subjects at school? Your least favorite subjects? How are your grades? Any recent changes? Any dramatic changes in the past? Have you changed schools in the past few years? What are your future education/employment plans/goals? Are you working? Where? How much? Tell me about your friends at school. Is your school a safe place? (Why?) Have you ever had to repeat a class? Have you ever had to repeat a grade? Have you ever been suspended? Expelled? Have you ever considered dropping out? How well do you get along with the people at school? Work? Have your responsibilities at work increased? Do you feel connected to your school? Do you feel as if you belong? Are there adults at school you feel you could talk to about something important? (Who?) Do you ever drink or use drugs when you're alone? (Assess frequency, intensity, patterns of use or abuse, and how youth obtains or pays for drugs, alcohol, or tobacco) (Ask the CRAFFT questions in Table 3)</p>	<p>Sexuality Have you ever been in a romantic relationship? Tell me about the people that you've dated. OR Tell me about your sex life. Have any of your relationships ever been sexual relationships? Are your sexual activities enjoyable? What does the term "safer sex" mean to you? Are you interested in boys? Girls? Both? Have you ever been forced or pressured into doing something sexual that you didn't want to do? Have you ever been touched sexually in a way that you didn't want? Have you ever been raped, on a date or any other time? How many sexual partners have you had altogether? Have you ever been pregnant or worried that you may be pregnant? (females) Have you ever gotten someone pregnant or worried that that might have happened? (males) What are you using for birth control? Are you satisfied with your method? Do you use condoms every time you have intercourse? Does anything ever get in the way of always using a condom? Have you ever had a sexually transmitted disease (STD) or worried that you had an STD?</p>
<p>Suicide and depression Do you feel sad or down more than usual? Do you find yourself crying more than usual? Are you "bored" all the time?</p>	<p>Eating What do you like and not like about your body? Have there been any recent changes in your weight? Have you dieted in the last year? How? How often? Have you done anything else to try to manage your weight? How much exercise do you get in an average day? Week? What do you think would be a healthy diet? How does that compare to your current eating patterns? Do you worry about your weight? How often? Do you eat in front of the TV?</p>

	<p>Computer? Does it ever seem as though your eating is out of control? Have you ever made yourself throw up on purpose to control your weight? Have you ever taken diet pills? What would it be like if you gained (lost) 10 pounds?</p>
<p>Activities What do you and your <i>friends</i> do for fun? (with whom, where, and when?) What do you and your <i>family</i> do for fun? (with whom, where, and when?) Do you participate in any sports or other activities? Do you regularly attend a church group, club, or other organized activity? Do you have any hobbies? Do you read for fun? (What?) How much TV do you watch in a week? How about video games? Are you having trouble getting to sleep? Have you thought a lot about hurting yourself or someone else? Does it seem that you've lost interest in things that you used to really enjoy? Do you find yourself spending less and less time with friends? Would you rather just be by yourself most of the time? Have you ever tried to kill yourself? Have you ever had to hurt yourself (by cutting yourself, for example) to calm down or feel better? Have you started using alcohol or drugs to help you relax, calm down, or feel better?</p>	<p>Safety (savagery) Have you ever been seriously injured? (How?) How about anyone else you know? Do you always wear a seatbelt in the car? Have you ever ridden with a driver who was drunk or high? When? How often? Do you use safety equipment for sports and or other physical activities (for example, helmets for biking or skateboarding)? Is there any violence in your home? Does the violence ever get physical? Is there a lot of violence at your school? In your neighborhood? Among your friends? Have you ever been physically or sexually abused? Have you ever been raped, on a date or at any other time? (If not asked previously) Have you ever been in a car or motorcycle accident? (What happened?) Have you ever been picked on or bullied? Is that still a problem? Have you gotten into physical fights in school or your neighborhood? Are you still getting into fights? Have you ever felt that you had to carry a knife, gun, or other weapon to protect yourself? Do you still feel that way? What music do you like to listen to?</p>
<p>Green = essential questions Blue = as time permits Red = optional or when situation requires</p>	

By John M. Goldenring and David S. Rosen