

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

**Consulta de Enfermagem do Adolescente – 12/13 anos**  
– uma necessidade em saúde

**Ana Sofia Lourenço Lopes**

**Lisboa**

**2016**



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

**Consulta de Enfermagem do Adolescente – 12/13 anos**  
– **uma necessidade em saúde**


**Ana Sofia Lourenço Lopes**

Orientadora: Professora Maria Filomena Sousa

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Prestar cuidados ao adolescente de forma sensível, flexível e orientada  
requer interesse, tempo e experiência da parte dos profissionais.”

Neinstein, 1996

Á minha docente orientadora Professora Maria Filomena Sousa  
e à minha anterior docente orientadora Professora Maria de Lourdes Oliveira.

Aos meus colegas da UCSP de São Nicolau  
e às minhas anteriores colegas da UCSP de Marvila.

Aos meus pais, principal fonte de apoio  
e aos meus amigos, principalmente à Guida e à Filipa.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

HBSC - *Health Behaviour in School-aged Children*

MCHB - *Maternal and Child Health Bureau*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-nascido

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SUP – Serviço de Urgência Pediátrico

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

A adolescência, pelas suas características específicas, é uma fase da vida em que há uma diminuta procura dos serviços de saúde e uma renitência em procurar a ajuda e o aconselhamento dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Como enfermeira que exerce funções em cuidados de saúde primários, procurei, ao longo do meu trajeto enquanto estudante, desenvolver competências de forma a dar resposta às necessidades de saúde mais frequentes do adolescente, através da organização da consulta de enfermagem ao adolescente com 12/13 anos.

Além disso, procurei, ao longo das experiências vivenciadas nos variados locais onde desenvolvi o meu estágio, desenvolver competências de enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria.

Este relatório pretende ilustrar o fruto das minhas experiências e reflexões ao longo do meu percurso enquanto estudante, com particular ênfase no papel que a enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria pode ter na promoção da saúde do adolescente.

**Palavras-chave:** saúde infantil, enfermeira especialista, adolescente, promoção da saúde, consulta de enfermagem.

## **ABSTRACT**

Adolescence, due to its specific characteristics, is a stage of life where there is a reduced demand of health services and a reluctance to seek help and advice from health professionals, including nurses.

As a nurse who perform duties at primary care, I looked over my path as a student, to develop skills in order to meet the most frequent health needs of adolescents, through the nursing consultation organization adolescents of 12/13 years old.

Also, I tried, along the experiences lived in various places where I developed my internship, to develop nurse specialist child health and pediatrics skills.

This report is intended to illustrate the fruit of my experiences and reflections along my journey as a student, with particular emphasis on the role that specialist nurse in child health and pediatrics can play in promoting adolescent health.

**Key words:** child's health, specialist nurse, adolescent, health promotion, nursing consultation.

<b>Índice</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>0. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA</b>	<b>11</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Caraterização da adolescência</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Problemas de saúde do adolescente português</b>	<b>16</b>
<b>1.3 Promoção da saúde na adolescência</b>	<b>17</b>
<b>1.4 Consulta de enfermagem</b>	<b>20</b>
1.4.1 Consulta de enfermagem ao adolescente – 12/13 anos	21
<b>1.5 Enfermagem Pediátrica</b>	<b>27</b>
<b>2. PERCURSO FORMATIVO</b>	<b>30</b>
<b>2.1 Locais de estágio</b>	<b>30</b>
2.1.1 Centro de Atendimento a Adolescentes	30
2.1.2 Consulta de Adolescentes	34
2.1.3 Unidade de Adolescentes	38
2.1.4 Serviço de Urgência Pediátrica	39
2.1.5 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	41
2.1.6 Unidade de Saúde Familiar	42
<b>3. ASPETOS ÉTICOS</b>	<b>47</b>
<b>4. PERSPETIVAS PARA O FUTURO</b>	<b>49</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>55</b>

## INTRODUÇÃO

O presente relatório vai ao encontro da finalidade estabelecida na Unidade Curricular “Estágio com Relatório” do 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que visa o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família.

Os objetivos propostos nesta Unidade Curricular visam o desenvolvimento do processo de prestação de cuidados à criança, jovem e família, o desenvolvimento de um projeto acerca de uma problemática da prática de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria e a elaboração do relatório de estágio, que contenha a produção reflexiva resultante dos processos de pensamento em enfermagem desenvolvidos nos locais de estágio e na construção do projeto de formação.

Escolhi abordar a importância da existência de uma consulta de enfermagem do adolescente com 12/13 anos de idade por dois motivos principais: essa consulta não existe na unidade de Cuidados de Saúde Primários (CSP) onde exerço funções e a sua existência traz inúmeras vantagens a nível da maximização da saúde do adolescente e família, na prevenção de complicações e no estabelecimento de uma relação de confiança com o adolescente que garanta a procura do serviço de saúde no futuro (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010a; Prazeres, 1998). “A saúde e o bem-estar dos adolescentes são, hoje, entendidos como elementos-chave do desenvolvimento humano” (Prazeres, 1998, p.7), por isso, é determinante que, como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), reconheça a importância de dar atenção à adolescência, uma fase do ciclo de vida cada vez mais precoce em termos biológicos e cada vez mais tardia em termos psicossociais e carente de cuidados de enfermagem.

O presente relatório tem como objetivos: descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo do estágio para a aquisição das competências de EEESIP; analisar, de forma crítica, as atividades desenvolvidas durante o estágio; demonstrar o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais

de EEESIP feito durante o estágio; analisar a importância do papel do EEESIP na promoção da saúde do adolescente com 12/13 anos.

Para fundamentar o meu trabalho foi efetuada revisão crítica de literatura sobre a temática através de pesquisa nas bases de dados EBSCO, PubMed e Science Direct.

O trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: depois de justificar o tema e a sua pertinência para a atualidade da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, apresento o enquadramento conceptual que se debruça sobre a adolescência, a consulta de enfermagem ao adolescente – 12/13 anos, a entrevista ao adolescente, a enfermagem pediátrica e as teóricas de enfermagem nas quais me baseei: Nola Pender e Afaf Melies. Num outro capítulo, faço uma descrição acerca do percurso formativo que efetuei nos 6 locais de estágio em que passei, as suas características, as suas lógicas organizacionais, de que forma são prestados cuidados, os objetivos para cada local e as atividades desenvolvidas. Antes de abordar as perspetivas para o futuro, falo dos aspetos éticos e, no final, faço uma conclusão e uma reflexão acerca das competências de EEESIP que desenvolvi.

Espero assim, com a construção deste relatório, contribuir para a qualidade dos cuidados prestados à criança, adolescente e família com base na mais recente evidência científica e na reflexão pessoal e profissional, indo assim ao encontro do que é esperado numa futura EEESIP.

## 0. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) preconiza a realização de consultas de vigilância de saúde na adolescência aos 10, 12/13 e 15/18 anos de idade (Menezes, Oliveira, Sasseti & Prazeres, 2013), contudo na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) onde exerço funções de enfermeira de Cuidados de Saúde Primários (CSP) não existe consulta de enfermagem para adolescentes. Nesta unidade de cuidados de saúde, o atendimento de enfermagem na fase da adolescência está limitado à administração da vacina do tétano e difteria, aos adolescentes dos 10-13 anos, à administração da vacina do cancro do colo do útero às adolescentes, também nesta faixa etária e a tratamentos aos adolescentes com feridas, cirúrgicas ou traumáticas. As intervenções de enfermagem na adolescência devem promover os comportamentos saudáveis para maximizar o nível de saúde (OE, 2010a) e não se limitar em administrar vacinas e a prestar cuidados a feridas.

Face a este panorama, muito parco em cuidados de enfermagem no sentido da promoção da saúde do adolescente, propus-me organizar uma consulta para adolescentes de 12/13 anos de idade. Foram várias as razões que me fizeram optar por esta idade. Estas têm a ver com o fato de que:

- nesta idade é mais fácil os adolescentes comparecerem na consulta incentivados pela família. Segundo Kohlberg & Gilligan (1972), citados por Hockenberry & Wilson (2014), na teoria do desenvolvimento moral, os adolescentes da fase inicial da adolescência encontram-se a um nível de raciocínio moral convencional, em que as regras e instruções advêm de autoridades, como os pais e os professores. Além disso, na fase inicial da adolescência, os pais controlam a situação de saúde do adolescente (OE, 2010a);

- nesta fase em que ocorre a puberdade, o adolescente tem muitas dúvidas sobre as alterações corporais o que constitui uma oportunidade para o enfermeiro abordar temas como a sexualidade, a contracepção, a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, a alimentação e o exercício físico (Hockenberry & Wilson, 2014). Os adolescentes, nesta fase, ávidos de curiosidade, estão mais recetivos a receberem informações que são decisivas

para o seu processo de tomada de decisão (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002).

No entanto, os adolescentes têm receio de procurar os serviços de saúde por não haver confidencialidade, às características dos profissionais de saúde, às características dos serviços, ao facto de muitas vezes não aceitarem que precisam de ajuda para resolver problemas relacionados com a sua saúde, não conhecerem os apoios que possuem e pelas experiências anteriores não terem sido gratificantes (Hockenberry & Wilson, 2014; Prazeres, 1998).

Pelo que foi referido, um dos objetivos da consulta seria o estabelecimento de uma relação de confiança com o adolescente, de modo a garantir a procura de serviços de saúde no futuro. A presença do adolescente num serviço de saúde é uma oportunidade única para a criação de uma relação de ajuda que possibilite a identificação de necessidades, problemas, opiniões, sentimentos e competências do adolescente (OE, 2010a).

O atual PNSIJ menciona a importância de haver promoção de comportamentos de saúde e estimulação da autodeterminação dos adolescentes, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (Menezes et al, 2013). O adolescente, envolvido num intrincado processo de alterações biopsicossociais, precisa de ser estimulado, apoiado e esclarecido para fazer escolhas adequadas e para desenvolver capacidades que lhe permitam compreender o mundo que o rodeia e enfrentar riscos e dificuldades (OE, 2010a).

Os profissionais de saúde, ao incutirem no adolescente conhecimentos, habilidades e confiança, desempenham um papel de suporte ao permitir que se mantenham saudáveis até à entrada na vida adulta (OMS, 2002). O papel do EEESIP consiste em desenvolver uma parceria com o adolescente e família, com a finalidade de promover o mais elevado estado de saúde possível, sendo uma das áreas de particular destaque a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (OE, 2010b). Desta forma, o papel do EEESIP vai ao encontro do que o MPS preconiza: implementação de comportamentos que visam a promoção de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

Os adolescentes, por estarem numa fase de conquista de autonomia, estão particularmente sensíveis para serem alvo da promoção dos comportamentos de saúde (OE, 2010a). Segundo Meleis (2010), as transições solicitam que a pessoa adquira um novo conhecimento, mude comportamentos e que modifique o conceito que tem dela própria num determinado contexto social. Assim, a transição vivenciada pelos adolescentes de 12/13 anos deve ser encarada como um processo adaptativo positivo e transformador, que permite que as pessoas atinjam maior estabilidade e tenham uma oportunidade de crescimento e de desenvolvimento (Meleis, 2010). Ao motivá-los no seu processo de transição, escutando-os e apoiando-os, será possível levá-los a refletir acerca dos seus problemas, promovendo a responsabilização pelas suas escolhas em saúde (Andretta & Oliveira, 2005).

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 1.1 Caracterização da adolescência

A adolescência é “um período da vida em que se operam profundas mudanças, tanto a nível biológico como a nível do relacionamento consigo próprio e com os outros. É durante este período que o jovem descobre a sua identidade, aquilo que o torna único e constrói o seu próprio sistema de valores, a sua maneira de estar na vida” (Sasseti, s/d, citada por Monteiro, Bártolo & Teixeira, 2010, p.1).

Segundo a OMS (2014), a adolescência é o período de tempo entre os 10 e os 19 anos. É difícil definir os seus limites exatos mas, em termos biológicos inicia-se com a puberdade e a sociedade determina o seu término quando o adolescente se torna num adulto independente (Hockenberry & Wilson, 2014).

A sociedade, ao longo da sua história, nem sempre reconheceu a adolescência e as suas características particulares. A infância só foi reconhecida no século XIX e a adolescência no século XX, nomeadamente na segunda metade. G. Stanley Hall (1844-1924) considerou a adolescência como uma fase especial do desenvolvimento humano, chegando mesmo a denominá-la como um segundo nascimento. Antes da revolução industrial, as crianças perdiam logo o seu estatuto e adquiriam, quase de imediato, o de adulto (Prazeres, 1998). O processo de industrialização ocorrido nas sociedades ocidentais fez nascer o estatuto da adolescência, tendo sucedido vários fenómenos: o estatuto de adulto e a integração no mercado de trabalho faz-se cada vez mais tarde, há um prolongamento da escolaridade, as famílias constituem-se mais tarde e há uma maior facilidade em aceder a práticas e a consumos que eram restritos aos adultos (Prazeres, 1998). A adolescência acaba por ser reconhecida não apenas como uma simples fase de transição mas como um “mecanismo dinâmico em que as funções e o comportamento se tornam mais complexos” (*ibid*, p.11).

Segundo Meleis (2010) o adolescente de 12/13 anos vive um processo de transição entre a infância e a idade adulta e entre a dependência dos pais e a progressiva autonomia. Esta autora defende que as transições requerem que a pessoa adquira um novo conhecimento, mude comportamentos e que modifique

o conceito que tem dela própria num determinado contexto social. A transição deve ser encarada como um processo adaptativo positivo e transformador, que permite que as pessoas atinjam maior estabilidade e tenham uma oportunidade de crescimento e de desenvolvimento (Meleis, 2010).

Sigmund Freud, citado por Sprinthall & Collins (2003), na sua teoria maturacional e psicosssexual, justificou a turbulência, a imprevisibilidade e a inconstância dos adolescentes com a sua necessidade de serem autónomos dos pais, com quem vivenciaram as experiências anteriores. Já os antropólogos culturais referem que a aprendizagem social é a base para as dificuldades que os adolescentes atravessam para dar resposta aos variados papéis da segunda década de vida. Se durante a infância houver motivação para a independência, na adolescência este processo decorrerá mais facilmente. Desta forma, a adolescência pode ser encarada como uma “invenção social”, em que ocorrem alterações acentuadas a nível físico e biológico, a que se dá o nome de puberdade, quando o corpo do adolescente atinge a capacidade reprodutiva ou de maturação sexual (Sprinthall & Collins, 2003).

A nível psicológico, durante a adolescência, surge o pensamento abstrato, a capacidade de se projetar no futuro, de gradualmente obter autocontrolo, a redefinição da imagem corporal, o desejo sexual, um sistema de valores e uma conduta ética (Prazeres, 1998). Freud refere que a fase genital ocorre na adolescência, havendo um investimento, caracterizado pelo impulso sexual, em relações exteriores à família (Pappalia, Olds & Feldman, 2001). De fato, socialmente surgem influências marcadas dos grupos de pares e de outros adultos fora da família (Prazeres, 1998). Já Eriksson afirma que na adolescência há uma procura de reforçar a sua autoconfiança e autoestima fora do contexto familiar, daí a necessidade de se sentir integrado num grupo (Hockenberry & Wilson, 2014). Para Piaget, a adolescência é caracterizada pelo estágio das operações formais: surge o pensamento abstrato e a capacidade de pensar a longo prazo e adquire-se o controlo das emoções (*ibid*).

A adolescência subdivide-se em três fases: a adolescência inicial (11 aos 14 anos), a adolescência intermédia (15 aos 17 anos) e a adolescência tardia (18 aos 20 anos). Enquanto na adolescência inicial surgem as alterações pubertárias e as reações a essas mudanças, na adolescência intermédia há uma

grande pressão para imitar o comportamento dos pares e um grande interesse por música, tecnologia, roupa e aparência, linguagem e comportamento e na adolescência tardia assumem-se os papéis de uma vida adulta (Hockenberry & Wilson, 2014).

## **1.2 Problemas de saúde do adolescente português**

Os adolescentes portugueses são, no geral, saudáveis. Porém, a situação é preocupante relativamente a problemas de saúde relacionados com comportamentos de risco: alterações do comportamento alimentar, consumos de substâncias, infeções sexualmente transmissíveis, parentalidade precoce e comportamentos suicidários - embora o número de suicídios tenha estabilizado em relação a anos anteriores (OE, 2010a).

O estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) foi efetuado em 2014 através de um inquérito a 6026 alunos do 6.º, 8.º e 10.º ano, de várias regiões de Portugal, com idades compreendidas dos 10 aos 20 anos (idade média de 14 anos). Os resultados revelaram que os adolescentes portugueses sentem maior pressão na escola apesar de referirem que gostam de a frequentar e a maioria dos inquiridos menciona que por vezes a matéria é muito difícil, demasiada e aborrecida (Matos, Simões, Camacho & Reis, 2014).

Sobre a alimentação, mais de dois terços dos adolescentes referem que por vezes ingerem alimentos pouco saudáveis ou que comem demais e mais de metade diz que ingere doces e refrigerantes pelo menos uma vez por semana (*ibid*).

Em relação à família, alguns adolescentes, principalmente as raparigas, referem ter dificuldade em dialogar com o pai e um terço refere que o fato de ter um dos progenitores desempregado afeta um pouco o seu bem-estar emocional. A saúde mental dos adolescentes é um tema que tem sido subestimado e que requer intervenção urgente, pois, comparativamente a 2010, há mais adolescentes a revelarem sintomas físicos e psicológicos de mal-estar, há um aumento de comportamentos autolesivos, cerca de um quarto dos adolescentes refere que, nos últimos 6 meses, quase diariamente teve preocupações com o

futuro e um quinto refere que sente preocupação várias vezes por mês ou por semana (*ibid*).

Relativamente ao consumo de substâncias nocivas, a média de idades de experimentação de tabaco e álcool ronda os 13 anos; a bebida mais consumida diariamente é a cerveja e a bebida energética com álcool e o tipo de drogas que os adolescentes mais consomem são os solventes, seguidos da “marijuana” (cannabis/haxixe/erva). Continua a haver uma diminuição do consumo de tabaco e, no geral, também houve um decréscimo do álcool, relativamente aos estudos efetuados em anos anteriores (*ibid*).

Em termos de sexualidade tem havido uma diminuição do número de adolescentes que já teve relações sexuais. A grande maioria dos adolescentes que já iniciou vida sexual ativa refere que teve a primeira relação aos 14 anos ou mais tarde; um terço dos adolescentes refere não ter usado o preservativo por não ter pensado nisso, por não ter um preservativo, pelos preservativos serem muito caros ou por terem ingerido álcool em excesso e não se lembraram de o usar. Estes dados indicam que existe um grupo de risco que não usa o preservativo porque bebe álcool em excesso e que os contraceptivos gratuitos distribuídos nas unidades de cuidados de saúde primários não chegam aos adolescentes que consideram os preservativos muito caros, consequência também da recessão económica que o país atravessa. É também preocupante que sejam os adolescentes mais novos a usar menos o preservativo (*ibid*).

Estes dados são importantes para conhecer problemas de saúde dos adolescentes que necessitam de intervenção. Não basta dar informação para haver alteração de comportamentos (Goldering & Rosen, 2004), pois há necessidade de realizar outro tipo de atuação, daí a importância da intervenção de enfermagem, nomeadamente do EEESIP, numa consulta ao adolescente.

### **1.3 Promoção da saúde na adolescência**

A saúde dos adolescentes é fulcral por quatro principais motivos. Primeiro: na adolescência verifica-se um aumento da mortalidade e morbidade comparativamente à infância devido ao aumento dos comportamentos de risco. Segundo: a maioria das mortes prematuras que ocorrem na idade adulta e dos comportamentos de risco que levam a doenças crónicas têm a sua origem durante a adolescência (Patel, Fisher, Hetrick & McGorry, 2007; Patton, Coffey & Cappa, 2012; Patton, Coffey & Sawyer, 2009). Terceiro: a maioria dos comportamentos de risco de saúde que ocorrem durante a adolescência e que têm continuidade na vida adulta pode ser prevenida. Quarto: alguns dos comportamentos de risco presentes durante a adolescência surgem por influência intergeracional (Catalano, Fagan & Gavin, 2012; Sawyer, Afifi & Bearinger, 2012; Viner, Ozer & Denny, 2012). Assim, se estes fatores forem atenuados, haverá impacto na saúde das futuras populações.

A população adolescente é o alvo preferencial para as atividades de prevenção primária. O profissional de saúde desempenha um papel importante em, não só tratar problemas de saúde mas também promover comportamentos de saúde e de prevenção da doença (Catalano et al, 2012).

A promoção da saúde é um processo que capacita as pessoas a controlar e a melhorar a sua saúde e continua a ser a forma mais efetiva de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida. Estima-se que 60 % da qualidade de vida de um indivíduo dependa do seu comportamento e estilo de vida (OMS, 2004).

Os comportamentos de promoção da saúde visam o aumento do bem-estar. As atividades promotoras de saúde contribuem para a saúde enquanto as ações preventivas visam evitar o aparecimento da doença. Em 1975, Nola Pender descreveu um estilo de vida saudável como aquele que incorpora a promoção da saúde e a prevenção da doença (Pender, Murdaugh & Parsons, 2010). Esta autora estudou a tomada de decisão sobre os cuidados de saúde individuais num determinado contexto de enfermagem, formando assim a base para a criação do Modelo de Promoção da Saúde (MPS) e usando as perspetivas da enfermagem holística, da psicologia social e da teoria de aprendizagem social de Albert Bandura, que mostra a importância que os processos cognitivos têm

na mudança de comportamento (Tomey & Alligood, 2004). A minha escolha incidiu sobre esta teórica por abordar o processo que faz com que o enfermeiro conduza o seu cliente, neste caso o adolescente de 12/13 anos e sua família, a adotar comportamentos que levam à prevenção da doença e complicações e à promoção da saúde, rumo à autonomia e bem-estar, objetivo principal da consulta de enfermagem.

O MPS parte do princípio que os fatores cognitivos e perceptivos são os que determinam o comportamento de promoção de saúde. Este modelo foi criado com o propósito de integrar a enfermagem na ciência do comportamento, através da identificação dos fatores que influenciam os comportamentos saudáveis. Através da análise do processo biopsicossocial que motiva os indivíduos para a aquisição de comportamentos que promovem a saúde, o seu objetivo é levar a que os indivíduos aprendam a cuidar deles próprios (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

O MPS permite a implementação de comportamentos que visam a promoção de saúde através do conhecimento de características e experiências individuais e sentimentos e comportamento que se pretende atingir. A pessoa está condicionada pelas intervenções de enfermagem à modificação, às exigências imediatas e preferências que levam a que as pessoas alterem comportamentos, visando a promoção de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). Este modelo perspetiva a Enfermagem de uma forma holística, pois a teoria de aprendizagem social deu as bases para o MPS e pressupõe quatro conceitos paradigmáticos: pessoa, saúde, enfermagem e ambiente. O conceito pessoa assume uma posição central no modelo, definindo-a como ser único pelo seu padrão cognitivo de perceção, em que a sua autoestima e o seu autoconceito promovem os comportamentos saudáveis. O conceito saúde considera os aspetos individual, familiar e comunitário e tem por base o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida. A enfermagem na educação para a saúde baseia-se na relação pessoa-enfermeiro e pressupõe que as pessoas e as famílias são responsáveis pela sua saúde, que possuem capacidade para alterar de forma positiva ou negativa os seus hábitos de vida e que deve ser fornecida informação pertinente de forma a poderem adotar comportamentos e estilos de vida saudáveis. Por último, o conceito ambiente deve ser entendido como resultante

das interações entre as pessoas e o seu acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos, de forma a criar condições para um ambiente promotor de saúde.

Os profissionais de saúde geralmente esperam que sejam os adolescentes ou os pais a abordá-los acerca dos problemas de saúde. No entanto, estudos demonstram que os adolescentes tendem a não revelar os seus comportamentos de risco se não forem abordados pelos profissionais de saúde (Kramer & Garralda, 1998).

Além disso, a existência de serviços de saúde adequados aos adolescentes pode proteger e dar continuidade aos investimentos feitos anteriormente em saúde infantil e pediatria. Apesar dos benefícios para a saúde da população, as necessidades de saúde dos adolescentes têm sido amplamente desvalorizadas (Alderman, Rieder & Cohen, 2003) devido ao fato da população adolescente ser considerada saudável pelos profissionais de saúde e mesmo pelos governos dos países, ao formular as políticas de saúde (Kang, Bernanrd & Booth, 2003).

As preocupações pessoais do adolescente, tais como sentimentos de medo, vulnerabilidade e vergonha, assim como a falta de conhecimento sobre a existência de serviços também podem impedir a capacidade dos adolescentes para aceder aos serviços (Bernard, Quine & Kang, 2004).

#### **1.4 Consulta de enfermagem**

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2002, p.1), a consulta de enfermagem é uma intervenção do enfermeiro “visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de auto-cuidado”.

O Ministério da Saúde (citado por OE, 2012b, p. 1) define consulta de enfermagem como sendo “... uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a

avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem”.

A consulta de enfermagem pode ser definida como uma atividade diretamente prestada à pessoa, através da qual são identificadas questões de saúde e doença e estabelecidas e executadas decisões de enfermagem que promovam, protejam, recuperem ou reabilitem o paciente (Comité de Consulta de Enfermagem, 1979). É uma estratégia usada para detetar precocemente desvios de saúde e acompanhar medidas que são direcionadas ao bem-estar das pessoas (Zagonel, 2001), que deve ter objetivos bem definidos, uma metodologia própria e conter um histórico e a definição de diagnósticos e de ações de enfermagem (Vanzin & Nery, 1996; Santos & Mendes, 1983). Deve ainda incluir técnicas, normas e procedimentos que dão orientação à obtenção, análise e interpretação de informações sobre as condições de saúde das pessoas, assim como as decisões relacionadas com a adoção de práticas favoráveis à saúde (Santos & Mendes, 1983).

Como o enfermeiro é um profissional com capacidade de desenvolver atividades de promoção de saúde e prevenção de doença (Paula, 1997), é importante que procure estratégias para incentivar alterações do comportamento (Dell' Acqua, Pessuto, Bocchi & Anjos, 1997). Desta forma, os cuidados de enfermagem irão promover os projetos de saúde das pessoas que são alvo dos cuidados, auxiliando-as a utilizar os recursos da comunidade (OE, 2012a).

#### 1.4.1 Consulta de enfermagem ao adolescente – 12/13 anos

O adolescente de 12/13 anos, a vivenciar a fase inicial da adolescência, apresenta um grande interesse pelo seu crescimento e desenvolvimento, devido às alterações corporais causadas pela puberdade mas mostra-se renitente em procurar os serviços de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). A maior parte dos serviços de saúde representa uma ameaça para os adolescentes devido à perda de controlo que sentem, principalmente por ainda estarem em busca da sua identidade (Opperman & Cassandra, 2001).

É preciso que haja um “equilíbrio delicado” ao envolver os pais na consulta, havendo mais vantagens em entrevistá-los separadamente e depois

em conjunto com os pais. Relativamente aos pares, estes podem ser incentivados a acompanhar o adolescente se assim o pretenderem (Opperman & Cassandra, 2001).

É necessário que o enfermeiro que atende o adolescente tenha maturidade, seja firme mas flexível, sensível, genuíno, tenha uma comunicação sincera e fluida e esteja motivado para compreendê-lo, dar-lhe valor e escutá-lo. A presença do respeito, autenticidade e empatia facilitam a expressão de sentimentos pelo adolescente (OE, 2010a). É importante que o enfermeiro seja visto como um parceiro e não como uma figura de autoridade, para que o adolescente se sinta compreendido. A não confrontação e o respeito pela liberdade de escolha do adolescente zela pelo seu direito de autonomia (Andretta & Oliveira, 2005).

Na consulta ao adolescente, o EEESIP aplica técnicas comunicacionais adequadas, facilita uma comunicação expressiva de emoções e avalia os conhecimentos e comportamentos do adolescente relativamente à sua saúde. Estimula ainda a adoção de comportamentos saudáveis, fornece às famílias informação orientadora dos cuidados antecipatórios, com vista à maximização do potencial de desenvolvimento do adolescente e usa estratégias motivadoras para o adolescente ser responsável pela sua saúde (OE, 2011).

A eficaz promoção da saúde só se concretiza com o suporte dos indivíduos e das instituições que fazem parte da vida do adolescente. A curiosidade e a aquisição gradual de autonomia da adolescência ocasionam oportunidades de promoção da saúde, que devem ser aproveitadas (Hockenberry & Wilson, 2014). Por isso é que a consulta de enfermagem do adolescente de 12/13 anos representa uma necessidade em saúde.

A promoção da saúde centra-se no aumento dos fatores de proteção e não só em diminuir os fatores de risco. A capacidade de proteção individual a várias situações e a novas pessoas é um importante fator de proteção individual. O enfermeiro pode intervir no sentido de aumentar os fatores de proteção individual, promovendo a resiliência e diminuindo a vulnerabilidade no adolescente (*ibid*).

A consulta de enfermagem ao adolescente de 12/13 anos, segundo o PNSIJ, inclui a avaliação dos seguintes itens: parâmetros de crescimento (peso,

altura, índice de massa corporal, tensão arterial, frequência cardíaca), pele, dentição, visão, audição, postura, estágio pubertário, exame físico e desenvolvimento psicoafetivo e social. Inclui também ensino sobre sinais e sintomas de alerta (incapacidade para lidar com problemas e atividades cotidianas, ansiedade excessiva, insônia grave e persistente, humor depressivo mantido, ideação e tentativas de suicídio, sintomatologia obsessiva-compulsiva, variação ponderal acentuada, alterações do pensamento e da percepção, isolamento mantido, auto-mutilação, presença de enurese e encoprese, consumo de tabaco, álcool e drogas e comportamentos sexuais de risco), cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, se necessário; avaliação de risco de maus tratos e segurança do ambiente, promoção de estilos de vida saudáveis e incentivo para a responsabilização pela saúde. Também está incluída na consulta a prestação de cuidados antecipatórios relativamente a diversos temas: puberdade, alimentação, atividade física, hábitos de sono, saúde oral, escola, família, amigos, tempos livres, cidadania, sexualidade, segurança e acidentes, consumos nocivos, riscos, violência e maus tratos e higiene (Menezes et al, 2013).

A informação acerca do adolescente é recolhida através da entrevista. Esta componente faz parte da consulta de enfermagem para colheita de dados, exame físico, levantamento dos diagnósticos de enfermagem, execução dos cuidados e orientação das ações relacionadas com as questões encontradas (Maciel & Araújo, 2003). A entrevista permite colher informação e construir vias de comunicação. Os seus objetivos são fazer uma avaliação do desenvolvimento psicossocial e afetivo, identificar e prevenir problemas, desenvolver uma relação terapêutica e uma relação de confiança para que o adolescente exponha os seus sentimentos (OE, 2010a).

Quando pertinente, é realizada uma entrevista motivacional ao adolescente para promover a sua saúde. Ele é levado a refletir sobre a sua conduta, ao mesmo tempo que lhe é dado apoio para fazer as suas próprias escolhas em relação à sua saúde (Andretta & Oliveira, 2005). Neste tipo de entrevista, é transmitida informação que o leve a tomar consciência crítica pelo seu projeto de saúde. Promover a saúde no adolescente implica levá-lo a ter

conhecimentos, atitudes e competências para realizar escolhas em saúde que maximizem o seu potencial

A entrevista representa um momento essencial na consulta de enfermagem e tem três fases: a fase do acolhimento, a fase exploratória e a fase resolutiva. Na fase do acolhimento, o enfermeiro recebe o adolescente e a família, conhecendo as suas expectativas e observando as relações.

Na fase exploratória, para se poderem detetar alterações no adolescente, é realizada colheita de dados através de uma avaliação psicossocial completa. A abordagem HEEADSSS foi criada por Goldering e Cohen em 1988 e é muito útil para “analisar os sistemas biopsicossociais do adolescente” e para identificar precocemente “problemas, necessidades, significados que atribui às suas situações de vida, de modo a prevenir a morbi-mortalidade no adolescente” (OE, 2010a, p.32). O acrónimo HEEADSSS significa o seguinte: H para **Home** (Casa/Família), E para **Education/Employment** (Escola/Emprego), E para **Eating** (Alimentação), A para **Activities** (Atividades), D para **Drugs** (Consumos), S para **Sexuality** (Sexualidade), S para **Suicide/depression** (risco de suicídio/depressão) e S para **Safety** (segurança). Desta forma são abordados várias áreas da vida do adolescente (Goldering & Rosen, 2004).

Durante a entrevista, quando se verifica necessidade de haver alteração no comportamento no adolescente inicia-se o processo de negociação da mudança de comportamento. Este processo ocorre sugerindo e confrontando o adolescente, ajudando-o a pensar, orientando mais do que aconselhando, começando por tentar estabelecer pequenas mudanças (OE, 2010a; Sotomayor, 2001; Andretta & Oliveira, 2005).

Na fase resolutiva, procede-se à educação para a saúde, em que se intensifica a capacidade do adolescente para se envolver no seu projeto de saúde (OE, 2010a). Ao ser detetada necessidade de alteração de comportamento no adolescente, pode ser aplicada a entrevista motivacional. Esta é uma estratégia adequada a adolescentes por ajudá-los a entender que, se não houver mudança de comportamento, surgirão consequências nefastas para a saúde. Estimula a reflexão acerca das alternativas existentes e a redução da frequência do comportamento de risco até ao seu abandono (Andretta & Oliveira, 2005). A motivação deve ser trabalhada no sentido de estimular a

reflexão para que o adolescente escolha a atitude mais adequada para a promoção da sua saúde (Andretta & Oliveira, 2005).

É muito importante que o enfermeiro identifique a fase de mudança de comportamento em que o adolescente se situa pois isso vai permitir planejar a intervenção de enfermagem. Se o adolescente não estiver disposto a mudar, nenhuma intervenção de enfermagem será eficaz nesse momento. Nestas situações tenta-se dar mais informação e agenda-se a próxima consulta de enfermagem. O grande objetivo da consulta é levar o adolescente e família a pensar e a refletir no comportamento atual e nos riscos que corre, pois só assim haverá uma efetiva mudança de comportamento.

Os estádios de mudança de comportamento em que se encontra o adolescente são os seguintes: pré-contemplativo, contemplativo, determinação, ação, manutenção e recaída e atuar em conformidade (OE, 2010a). No estágio pré-contemplativo, não existe intenção em alterar o comportamento, pelo que se deve dar mais informação e promover a capacidade de mudança para remover as resistências do adolescente e aumentar a automotivação. No estágio contemplativo, o adolescente sabe que tem de mudar mas ainda não tomou essa decisão, pelo que se deve apoiar o desenvolvimento de uma estratégia de alteração comportamental e providenciar material de ajuda para haver uma grande discrepância entre o que ele faz e o que ele quer. O estágio da determinação surge quando o adolescente já está motivado para mudar, pelo que se deve estimular a verbalização do compromisso de alterar o comportamento e ajudar a escolher a estratégia mais adequada. O estágio da ação ocorre quando há mudança visível e recente do comportamento e deve-se dar apoio e ajuda para enfrentar eventuais dificuldades de modo a aumentar a autoeficácia. O estágio de manutenção sucede quando o novo comportamento se torna um hábito e deve haver apoio de modo a prevenir recaídas. No estágio da recaída há retorno ao comportamento anterior, pelo que se deve atuar ajudando a compreender os motivos da recaída, dar informação sobre o processo e alteração de comportamento, ajudar a planejar a próxima tentativa, estimular a confiança do adolescente e dar apoio, de modo a que haja uma reconstrução positiva. Todos estes estádios, quando ocorre estimulação para a mudança de comportamento, duram aproximadamente 6 meses (OE, 2010a).

O enfermeiro não se pode esquecer do grupo de pares, que exerce muita influência na conduta do adolescente, o que faz com que por vezes se torne necessário haver estratégias para alterar as relações interpessoais de modo a alterar o comportamento (Andretta & Oliveira, 2005).

Ao entrevistar o adolescente, segundo Hockenberry & Wilson (2014) devem ainda ser respeitadas as seguintes orientações: os limites da confidencialidade devem ser estabelecidos, deve ser demonstrado interesse pela perspetiva do adolescente e deve ser dada uma explicação de forma não ameaçadora sobre as perguntas que se colocarão (Por exemplo: “Vou fazer algumas perguntas para me ajudar a perceber melhor a tua saúde”). Deve-se também ser objetivo e não fazer juízos de valor, conjeturas e censuras; fazer perguntas abertas e direcioná-las mais, quando for necessário; iniciar por perguntas menos sensíveis e passar depois para as mais sensíveis; utilizar uma linguagem clara e resumir o que o adolescente disse com sentimentos que podem ser associados ao conteúdo expresso.

É muito importante que haja confiança, escuta ativa, confidencialidade, privacidade e que se responda às emoções do adolescente. A escuta ativa implica que haja compreensão sem juízos de valor e é uma capacidade difícil de concretizar porque o meio cultural em que os serviços de saúde estão inseridos induz a que se vá diretamente aos fatos e faz com que não haja tempo nem disponibilidade para incentivar a comunicação e o estabelecimento de relações de confiança (Hockenberry & Wilson, 2014).

O adolescente pode apresentar várias posturas durante a entrevista: falador, nervoso, silencioso, escarnekedor, hostil ou agressivo e choroso. No caso do adolescente falador, este tenta fugir ao problema e o enfermeiro deve deixá-lo falar mas de forma a orientar a conversa em direção ao tema principal. No caso do adolescente nervoso, esta situação geralmente acontece em adolescentes do sexo feminino que receiam a observação médica. O enfermeiro deve tentar diminuir a ansiedade explicando que nem sempre é necessária e que o médico só realiza a observação se ela concordar. No caso do adolescente silencioso, este pode ter sido obrigado a recorrer aos serviços de saúde e ter receio de o repreenderem. Quando o adolescente é escarnekedor, geralmente é porque sente que não controla a situação e por isso “goza” com a situação. É

importante valorizá-lo porque provavelmente sente ansiedade. No caso do adolescente hostil ou agressivo, deve haver um pedido de desculpas se ele está assim porque teve de esperar muito tempo, uma vez que um ambiente hostil é completamente inútil e não é produtivo. Relativamente ao adolescente choroso, deve ser permitido que chore e este deve ser apoiado de forma silenciosa, como por exemplo, dar um lenço, para lhe dar algum alívio e incentivo para falar (OE, 2010a).

As técnicas de apoio narrativo são técnicas de comunicação adequadas ao adolescente que facilitam o estabelecimento de um clima de empatia, promovem a comunicação e permitem que o adolescente se sinta aceito e que se compreenda a si próprio. As perguntas abertas não podem ser respondidas com uma ou duas palavras e incentivam o adolescente a explicar-se; a escuta reflexiva consiste em confirmar o que o adolescente quer dizer através da devolução das afirmações e na reestruturação positiva o enfermeiro reforça os pontos fortes do adolescente e apoia-o com frases que demonstram compreensão, reforçando a sua autoestima e autoconfiança. Existem também o resumo da entrevista, em que o enfermeiro destaca os pontos mais importantes para que o adolescente ganhe consciência dos seus problemas e competências; as afirmações de automotivação que ajudam ao reconhecimento do problema e as respostas em espelho que transmitem atenção e reconhecimento emocional ao adolescente. Por último, a clarificação permite que o adolescente compreenda o que está a referir perante uma resposta imprecisa; os exemplos na 3.<sup>a</sup> pessoa e as afirmações que facilitam a discussão são úteis na abordagem de assuntos embaraçosos e as respostas/afirmações de apoio e ânimo permitem um sentimento de compreensão (OE, 2010; Sotomayor, 2001; Andretta & Oliveira, 2005).

## 1.5 Enfermagem Pediátrica

Os cuidados de saúde à criança, adolescente e suas famílias são muito mais do que administrar vacinas e tratar os sintomas físicos da doença. Cada contato é uma oportunidade para colocar em prática os cuidados centrados à família garantindo a qualidade dos cuidados à criança e adolescente e respondendo às necessidades da família, através da parceria entre o EEESIP e as famílias (*Maternal and Child Health Bureau (MCHB)*, 2008).

Nos cuidados centrados na família, esta e o EEESIP trabalham em conjunto para o melhor interesse da criança, adolescente e sua família; à medida que a criança cresce, esta assume um papel na parceria; existe respeito mútuo entre as competências e experiência que cada elemento tem na parceria; a confiança é fundamental; a comunicação e a informação são abertas e objetivas; os participantes tomam decisões em conjunto e existe negociação (MCHB, 2008).

Os cuidados centrados à família defendem o seguinte: a família é uma constante na vida da criança e adolescente; é baseada nas forças da família; apoia a criança e adolescente na sua decisão; honra a diversidade cultural e as tradições da família; reconhece a importância dos serviços na comunidade; promove uma abordagem individual; encoraja a participação da família alargada; apoia o adolescente na sua transição para a idade adulta e desenvolve políticas, práticas e sistemas que apoiam a família (MCHB, 2008).

Relativamente à filosofia de Enfermagem Pediátrica direcionada ao adolescente, os cuidados centrados na família estão presentes nas intervenções de enfermagem pois os pais ao serem devidamente envolvidos e capacitados têm uma influência protetora. No empoderamento que o EEESIP dá à família do adolescente deve haver um equilíbrio entre a autonomia individual crescente do adolescente, uma diminuição do controlo parental e uma responsabilização progressiva ao adolescente. A orientação aos pais deve ser dada pelo menos uma vez na adolescência inicial e inclui: explicar o que é um desenvolvimento normal da adolescência, estimular comportamentos parentais que contribuem para o ajustamento saudável do adolescente: comunicação aberta, estabelecimento de limites, supervisão de atividades sociais e recreativas e ser

modelos nos comportamentos que promovem a saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os cuidados não traumáticos devem também ser parte integrante dos cuidados de enfermagem pediátricos pois referem-se a intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto psicológico e físico sentido pela criança, adolescente e família (Hockenberry & Wilson, 2014).

## **2. PERCURSO FORMATIVO**

O meu percurso formativo durante o estágio foi feito em diferentes locais de prestação de cuidados de enfermagem à criança e ao adolescente e família. Na escolha dos locais estiveram subjacentes as minhas necessidades formativas, no sentido de desenvolver competências de EEESIP e as características intrínsecas dos serviços relacionadas com a temática do relatório, nomeadamente com a promoção da saúde no adolescente.

### **2.1 Locais de estágio**

Escolhi os locais de estágio pelas seguintes razões: o Centro de Atendimento a Adolescentes e a Consulta de Adolescentes de um Hospital Pediátrico para conhecer um serviço com boas práticas no atendimento a adolescentes e para ter a oportunidade de observar e realizar uma consulta de enfermagem a adolescentes. Outro local onde desenvolvi o meu estágio foi a Unidade de Adolescentes. Esta unidade foi escolhida para que pudesse ter oportunidade de prestar cuidados a adolescentes hospitalizados e suas famílias. Outro local onde desenvolvi o meu estágio foi o Serviço de Urgência Pediátrica. Escolhi este serviço para que pudesse prestar cuidados à criança, adolescente e família em situação de urgência. Outro local que escolhi para desenvolver o meu estágio foi a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, para poder prestar cuidados a crianças, adolescentes e famílias em situação crítica. Por último, escolhi a Unidade de Saúde Familiar para poder prestar cuidados a crianças, adolescentes e famílias na comunidade.

#### **2.1.1 Centro de Atendimento a Adolescentes**

O Centro de Atendimento a Adolescentes foi o local onde realizei o primeiro estágio e é um espaço de atendimento na comunidade, gratuito e desburocratizado, aos adolescentes entre os 12 e os 19 anos e os jovens entre os 20 e os 24 anos, segundo a definição da OMS (2014). Tem como objetivo melhorar a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados aos

adolescentes. Situa-se dentro do edifício de um centro de saúde da cidade de Lisboa, numa zona central e acessível.

O horário de atendimento é das 9h às 19h, de 2ª a 6ª feira, sem necessidade de inscrição ou marcação, o que vai ao encontro do que um serviço de saúde amigo dos adolescentes deve ser: acessível, equitativo, adequado, aceite por todos, compreensível, efetivo e eficiente. Estes serviços devem ser sensíveis à etapa de desenvolvimento dos adolescentes e ter características específicas tais como: ser acolhedor, situar-se num local acessível, com horário flexível, gratuito e respeitar a confidencialidade e a privacidade. Estes serviços de saúde criam oportunidades para promover a saúde pois proporcionam que os adolescentes acedam a informação sobre saúde (OMS, 2002).

Os adolescentes vêm, na sua maioria, por iniciativa própria ou por recomendação de um amigo ou familiar. Há casos que são referenciados por unidades de saúde de CSP (Unidade de Saúde Familiar (USF) e UCSP), hospitais, escolas, instituições ou pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Muitos jovens adultos que frequentam a universidade e que estão a residir temporariamente em Lisboa recorrem a este serviço pela facilidade de acesso e para não terem de fazer uma nova inscrição numa unidade de saúde. Estes adolescentes, a vivenciarem diferentes etapas da adolescência (inicial, intermédia e tardia) recorrem a este serviço para esclarecer dúvidas, obter informação ou resolver uma situação que lhes causa mal-estar e perturbação. Os motivos de recurso identificados foram os seguintes: sexualidade (iniciar contraceção); gravidez (desejada e não desejada), queixas psicoafectivas (anorexia, bulimia, ansiedade, etc.), consumos nocivos (álcool, tabaco, drogas e internet) e insucesso escolar. A sexualidade é o motivo de recurso mais frequente. Muitas adolescentes fazem consultas de planeamento familiar neste serviço, antes e após do início da vida sexual, recebendo aconselhamento e contraceptivos. Algumas adolescentes grávidas também fazem consultas de saúde materna neste serviço. As adolescentes que recorrem por gravidez não desejada são encaminhadas para Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) no hospital da sua área de residência.

Os objetivos que planeei atingir neste local de estágio foram: conhecer a dinâmica do contexto clínico na sua vertente estrutural, funcional e

organizacional; desenvolver competências de EEESIP no atendimento do adolescente; desenvolver competências relacionais, técnicas e comunicacionais com o adolescente; identificar os motivos e as necessidades que levam o adolescente a recorrer ao centro de atendimento e realizar a consulta de enfermagem e a entrevista ao adolescente, com vista à maximização da sua saúde.

As atividades que planeei realizar foram: adaptação à equipa multidisciplinar, nomeadamente à enfermeira de referência; observação da organização da consulta de enfermagem; consulta dos manuais e protocolos do serviço; observação das técnicas comunicacionais utilizadas pela enfermeira de referência durante a consulta e entrevista ao adolescente; realização da consulta de enfermagem e da entrevista ao adolescente, aplicando as técnicas de comunicação observadas e com base na literatura; aplicação do processo de enfermagem; realização de registos de enfermagem; pesquisa bibliográfica e reflexão escrita crítica da prática clínica.

Na consulta de enfermagem, o adolescente é atendido individualmente, respeitando a sua privacidade e confidencialidade. Quando vem acompanhado por familiares, é-lhes explicado que a consulta decorre por várias fases, ou seja, pode haver necessidade de falar a sós com o adolescente, a sós com a família ou com ambos. Esta abordagem vai de encontro ao que referem Hockenberry & Wilson (2014), que primeiro deve fazer-se a entrevista a sós com o adolescente a sós e depois com a família ou vice-versa, beneficiando a relação com a família no segundo caso.

De seguida é realizada a entrevista ao adolescente segundo o acrónimo HEEADSSS, com o objetivo de conhecer melhor o adolescente e de contextualizar o seu motivo de vinda. Segundo a enfermeira, como o acrónimo HEEADSSS é muito exaustivo, apenas é utilizado o HEEADS numa primeira interação.

O fato de não se inquirir em primeiro lugar pelo motivo de recurso à consulta justifica-se porque, segundo Hockenberry & Wilson (2014), o meio cultural em que os serviços de saúde estão inseridos induz a que se vá diretamente aos fatos e faz com que não haja tempo nem disponibilidade para incentivar a comunicação e o estabelecimento de relações de confiança.

Ao mesmo tempo que realiza a entrevista a enfermeira escreve no processo em papel as respostas obtidas, o que pode ser um fator inibitório para o adolescente. Segundo a OE (2010a), o enfermeiro deve “escrever pouco e escutar mais, para assegurar a confiança”, pelo que os registos deveriam ser realizados depois da consulta.

Após a entrevista realizava-se o exame físico, registado no processo em papel como “Normal” ou “Alterado” e a avaliação de parâmetros vitais: peso, altura, índice de massa corporal, tensão arterial e frequência cardíaca, registados no processo em papel e no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Após observação da dinâmica da consulta de enfermagem e da entrevista ao adolescente e, baseando-me também na literatura acerca do tema, realizei, primeiro sob supervisão da enfermeira de referência e depois autonomamente a consulta de enfermagem e a entrevista ao adolescente com base no HEEADS.

Consegui realizar todas as atividades que planeei e considero que atingi os objetivos planeados, tendo desenvolvido competências de EEESIP.

Foi uma experiência marcadamente positiva ter tido a oportunidade de realizar estágio num serviço que cumpre todos os requisitos de um “serviço de saúde amigo dos adolescentes”. De fato, este centro de atendimento a adolescentes cumpre todos os requisitos dos serviços de saúde amigos dos adolescentes por várias razões: não restringem a ninguém a prestação de cuidados de saúde; os profissionais de saúde tratam todos os adolescentes com toda a mesma atenção e o mesmo respeito, assim como a restante equipa; os serviços de saúde são gratuitos e acessíveis para todos os adolescentes e o centro onde se prestam os serviços de saúde tem um horário apropriado. Verifica-se também que os adolescentes estão adequadamente informados sobre os diversos serviços de saúde disponíveis e sobre a maneira de aceder a estes; os próprios adolescentes fornecem a outros adolescentes o retorno comunitário dos serviços de saúde; garantem a confidencialidade e a privacidade; os profissionais de saúde são acessíveis e respeitam as opiniões dos adolescentes e o tempo de espera para uma consulta, com ou sem marcação prévia, é breve (OMS, 2011).

Todas estas características são fundamentais para a promoção da saúde e prevenção da doença, objetivos primordiais nos cuidados de saúde primários. Esta experiência deu-me o alento necessário para estruturar uma consulta de 12/13 anos na unidade onde trabalho e enriqueceu-me como profissional e como pessoa, pois trabalhar com adolescentes pressupõe maturidade e bom senso, que penso que adquiri ao longo deste curto espaço de tempo.

### 2.1.2 Consulta de Adolescentes de um Hospital Pediátrico

A Consulta de Adolescentes está integrada nas consultas externas de um hospital pediátrico e admite adolescentes dos 10 aos 18 anos. Após os 18 anos, a idade da maioridade, são encaminhados para a consulta do hospital de referência da área de residência, em caso de doença crónica, o que não vai ao encontro do preconizado pela OE (2010b), que enuncia que a idade pediátrica se estende até aos 21 anos em caso de doença crónica, incapacidade, deficiência ou até a transição para a vida adulta estar assegurada.

Os objetivos específicos planeados para este local de estágio foram os seguintes: conhecer a dinâmica do contexto clínico na sua vertente estrutural, funcional e organizacional; desenvolver competências de EEESIP no atendimento do adolescente e sua família; desenvolver conhecimentos acerca da correta abordagem, relacional e comunicacional com o adolescente e família; identificar os motivos e as necessidades do adolescente que é encaminhado para a consulta; identificar características do adolescente e sua família; identificar fatores que influenciam a motivação e o desejo de mudança de comportamento e identificar estádios de mudança de comportamento.

As atividades que planeei desenvolver neste local de estágio foram as seguintes: adaptação à equipa multidisciplinar, nomeadamente com as enfermeiras de referência; observação da organização da consulta de enfermagem; consulta de manuais e protocolos do serviço; observação da consulta de enfermagem e da entrevista ao adolescente e família; observação das técnicas de comunicação utilizadas pela enfermeira durante a entrevista ao adolescente e família; reflexão de como os fatores que influenciam a mudança de comportamento e os estádios de mudança de comportamento do adolescente

e família determinam a escolha das técnicas de comunicação utilizadas na entrevista; pesquisa bibliográfica e reflexão escrita crítica da prática clínica.

Os adolescentes são encaminhados para a Consulta pelo médico de família das unidades de CSP ou por terem recorrido ao serviço de urgência. Muitos adolescentes são encaminhados por outras instituições. Do que foi possível observar a maioria dos motivos de vinda a consulta são: cefaleias, alterações de comportamento alimentar (anorexia/bulimia ou obesidade), alterações no sono, alterações neurológicas (parestesias, dor, etc.), ansiedade, consumos (tabaco, álcool ou drogas), automutilação, comportamentos compulsivos, etc. Muitos adolescentes apresentam: insucesso escolar, alterações da autoestima, alterações da imagem corporal, família disfuncional, com falta de regras e ausência de vinculação materna, crise familiar atual, agressão por parte dos cuidadores e falta de exercício físico.

Os objetivos da Consulta de Enfermagem da instituição são os seguintes: facilitar a adaptação do adolescente às particularidades do seu estágio de desenvolvimento, com vista à promoção e manutenção da saúde a nível biopsicossocial; contribuir para a promoção de saúde, prevenção da doença e suas complicações; dar prioridade às intervenções que incentivem a adoção de estilos de vida saudáveis e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura, evitando situações de risco (alterações alimentares, consumos sociais, consumos de drogas, sexualidade/saúde reprodutiva, gravidez, etc.); promover o auto-cuidado, a autonomia e a independência do adolescente; participar nas consultas de equipa para informação e tomada de decisão conjuntas; colaborar com a equipa de saúde nas parcerias que se estabeleçam com escolas da área de influência do hospital com a finalidade de promover nos adolescentes estilos de vida saudáveis, prevendo situações de risco, uniformizar os procedimentos de enfermagem e garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Monteiro et al, 2010, p.1).

Na Consulta de Adolescentes, a consulta de enfermagem realiza-se sempre na presença da família (exceto se o adolescente vem sozinho à consulta ou se o acompanhante familiar verbalizasse que não quer assistir), seguindo a abordagem dos cuidados centrados na família, pois os pais ao serem devidamente envolvidos e capacitados têm uma influência protetora, de acordo com Hockenberry & Wilson (2014). No empoderamento que o enfermeiro promove à família do adolescente deve haver um equilíbrio entre a autonomia

individual crescente do adolescente, uma diminuição do controlo parental e uma responsabilização progressiva ao adolescente. A orientação aos pais inclui explicar o que é um desenvolvimento normal da adolescência e estimular comportamentos parentais que contribuem para o ajustamento saudável do adolescente: comunicação aberta, estabelecimento de limites, supervisão de atividades sociais e recreativas e ser modelos nos comportamentos que promovem a saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

O processo de enfermagem baseia-se no modelo teórico de Nancy Roper, que avalia as Atividades de Vida Diárias do adolescente (Monteiro et al, 2010).

Na fase de acolhimento, a enfermeira vai para a porta do gabinete onde aguarda a sua chegada, pois, como dizia uma das enfermeiras “a consulta começa no corredor”. A saudação é cordial e amistosa, especialmente se a enfermeira já conhece o adolescente. Em caso de primeira consulta, a enfermeira explica o seu funcionamento, menciona o nome de todas as enfermeiras que fazem consulta, assegura a confidencialidade e demonstra disponibilidade.

Na fase exploratória, a enfermeira inicia a colheita de dados através de uma conversa informal, em que pergunta primeiro se o adolescente sabe o motivo pelo qual está ali, quando é uma primeira vez. Todas as três enfermeiras raramente faziam registos e, quando o faziam, explicavam ao adolescente que iam só fazer anotações para depois não se esquecerem. Também davam sempre a explicação que as perguntas que iam ser colocadas tinham o propósito de compreender melhor a saúde do adolescente.

Na consulta é feita “uma avaliação inicial dos hábitos do adolescente e família, conhecimentos pré-existentes, representações da doença (no caso de doença crónica) e o impato que teve e tem no adolescente e família, conhecimentos que deve adquirir e comportamentos que deve adotar/alterar; trabalho que foi efetuado em cada entrevista: o que foi ensinado; plano que ficou estabelecido (objetivos a atingir estabelecidos em conjunto, atividades, avaliações a fazer e entrevistas futuras)” (Monteiro et al, 2010, p.10). É claro que o motivo que determina a vinda à consulta influencia a dinâmica da entrevista, iniciando-se primeiro pelas perguntas relacionadas com esse motivo e só depois

passando para a educação para os estilos de vida saudáveis, que deve ser flexível e personalizada, para ir ao encontro das necessidades de cada adolescente (Monteiro et al, 2010). Tal como refere Monteiro et al (2010, p.7) a educação, para que seja eficaz, “deve ser um processo contínuo, repetido e periodicamente avaliado”. O objetivo geral da educação do adolescente e família é “promover a autonomia e aumentar a auto-estima e simultaneamente a qualidade de vida do adolescente e família” (Monteiro et al, 2010, p.7) e o objetivo específico da educação é que o adolescente e família seja capaz de escolher por estilos de vida saudáveis, relativamente à alimentação, exercício físico, sono, atividades de tempos livres, etc.

Durante a entrevista, as enfermeiras utilizavam uma linguagem clara, acessível e adaptada ao adolescente. Relativamente à alimentação, perguntavam quantas refeições o adolescente fazia por dia e que alimentos comiam. Quando se detetava um erro alimentar (por exemplo: comer bolos ao pequeno-almoço), as Enfermeiras nunca diziam que não devia comer isso, mas explicavam antes que esse alimento tinha muito açúcar e gordura e que seria melhor se o adolescente optasse pelo pão, por exemplo. Neste caso, as Enfermeiras estavam a utilizar a sugestão e a negociação para conseguir com que o adolescente mudasse o seu comportamento e, de seguida, afirmações de automotivação, de acordo com a OE (2010a): “O que achas desta ideia? Achas que consegues substituir o pão pelo bolo?”. No caso de adolescentes muito seletivos a comer, as enfermeiras negociavam a introdução de alimentos pouco a pouco. A mudança de comportamento só se atinge de forma gradual, em que se vai “conquistando” o adolescente aos poucos, através da criação de um ambiente empático, como enuncia a OE (2010a). Tanto num caso, como no outro, deve ser sempre envolvida a família, daí ser importante a sua presença na consulta, indo ao encontro da filosofia dos cuidados centrados à família, como refere Hockenberry & Wilson (2014).

Neste local de estágio apenas observei a dinâmica da consulta e a entrevista ao adolescente e família, devido à curta duração do estágio (6 turnos) e pelo fato deste serviço não ter o hábito de receber alunos em estágio por serem um fator desestabilizador da consulta mas consegui desenvolver todas as atividades planeadas. Esta oportunidade permitiu-me refletir acerca de como

deve ser realizada uma consulta de enfermagem ao adolescente e família, pelo que considero que atingi todos os objetivos planeados.

### 2.1.3 Unidade de Adolescentes

A Unidade de Adolescentes é um serviço de internamento de um hospital pediátrico que admite adolescentes em situação de doença aguda dos 9 aos 17 anos (mas pode internar crianças mais novas se não houver vaga nos outros serviços).

Esta unidade vai de encontro ao preconizado pela carta da criança hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1998), que defende que as crianças devem ser admitidas em serviços por faixas etárias, com vista a usufruírem de atividades pedagógicas e recreativas adaptadas à idade. O fato de aceitarem a presença dos pais ou pessoa significativa 24 horas por dia também vai ao encontro do que está mencionado na mesma carta, que refere que a criança que se encontra hospitalizada tem direito a ter os pais ou uma pessoa significativa a acompanhá-la durante todo o dia e noite, independentemente da sua idade ou estado (*ibid*, 1998).

Os motivos de internamento mais frequentes que constatei durante o meu período de estágio foram: descompensação de doenças crónicas (diabetes tipo I, colite ulcerosa, doença de Chron e doença celíaca); apendicite aguda e apendicetomia; anorexia, ideação suicida e alterações do comportamento, como comportamentos autolesivos e distúrbios do comportamento alimentar (quando não há vaga no internamento de pedopsiquiatria); perdas hemorrágicas consecutivas, tratamento a doenças autoimunes (lúpus e poliomiosite), hipertensão craniana, alterações urinárias, alterações respiratórias, ausências (suspeita de epilepsia), complicações operatórias (pneumonia por aspiração), rabdomiólise e pneumonia. Algumas destas situações estavam presentes em adolescentes com situações específicas de saúde, nomeadamente Perturbação do Espectro do Autismo e Trissomia 21.

Os objetivos que planeei alcançar neste local de estágio foram: conhecer a dinâmica do contexto na sua vertente estrutural, funcional e organizacional; desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados ao adolescente

internado e sua família; desenvolver competências relacionais, técnicas e comunicacionais com o adolescente e família e identificar motivos de internamento, características e necessidades do adolescente e família.

As atividades que planeei realizar foram: adaptação à equipa multidisciplinar, nomeadamente à enfermeira de referência; observação da organização da prestação dos cuidados; consulta dos manuais e protocolos do serviço; observação das técnicas comunicacionais da enfermeira de referência ao adolescente e família; aplicação das técnicas comunicacionais observadas ao adolescente e família, nomeadamente na preparação para procedimentos dolorosos, usando a técnica de distração e na adaptação ao internamento (jogos de entretenimento), com base na literatura; prestação de cuidados ao adolescente, colaborando com a família, sempre que necessário; realização da entrevista ao adolescente, aplicando as técnicas de comunicação observadas nos locais de estágio anteriores e com base na literatura; pesquisa bibliográfica e reflexão escrita crítica da prática clínica.

Conseguí realizar todas as atividades que planeei, nomeadamente a prestação de cuidados aos adolescentes em situação aguda internados e às suas famílias, tendo em consideração a sua fase de desenvolvimento e utilizando técnicas de comunicação adequadas. Considero assim que atingi os objetivos planeados, desenvolvendo competências de EEESIP.

#### 2.1.4 Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) é uma unidade de atendimento de um hospital pediátrico que admite crianças e jovens desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias, em situação de urgência.

Os objetivos planeados neste contexto de estágio foram os seguintes: conhecer a dinâmica do contexto clínico na sua vertente estrutural, funcional e organizacional; desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, adolescente e sua família; desenvolver competências relacionais, técnicas e comunicacionais com a criança, adolescente e família e identificar motivos de admissão ao SUP, características e necessidades da criança, adolescente e sua família.

As atividades que planeei desenvolver neste local de estágio foram as seguintes: adaptação à equipa multidisciplinar da consulta, nomeadamente com a enfermeira de referência; observação da organização da prestação de cuidados; consulta dos manuais e protocolos do serviço; observação de técnicas comunicacionais do enfermeiro de referência à criança/adolescente e família; aplicação das técnicas comunicacionais observadas à criança/adolescente e família, de acordo com a sua fase de desenvolvimento e com base na literatura; prestação de cuidados de enfermagem, em colaboração com a família; consulta dos processos clínicos; realização da entrevista ao adolescente, aplicando as técnicas de comunicação observadas nos locais de estágio anteriores (Centro de Atendimento a Adolescentes e Consulta de Adolescentes) e com base na literatura; pesquisa bibliográfica e reflexão escrita crítica da prática clínica.

As crianças e adolescentes dão entrada no SUP pela sala de triagem, onde a primeira avaliação é realizada pelo enfermeiro, que faz um resumo do motivo de recurso ao SUP; avalia parâmetros vitais, incluindo a dor, sempre que considerar necessário; colhe informações acerca dos antecedentes pessoais, cirurgias e internamentos anteriores, alergias, medicação e vacinação e avalia sinais de doença - desidratação e dificuldade respiratória (Oliveira, Malha, Lopes & Mendes, 2014).

Com base na presença de alguns sinais de doença o enfermeiro classifica a criança em 4 níveis de prioridade: emergente, muito urgente, urgente e não urgente, de acordo com uma adaptação das escalas MTS (*Manchester Triage Scale*), CTAS (*Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*) e MAT (*Model Andorrá de Triage*) à realidade e população do SUP (Oliveira et al, 2014).

Além disso, orienta a criança para a área que dará melhor resposta à situação: medicina, cirurgia, ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia ou pedopsiquiatria (Oliveira et al, 2014).

O principal objetivo da triagem é dar a prioridade correta o que implica que o enfermeiro faça uma avaliação rápida e que saiba comunicar e observar (Oliveira et al, 2014).

Segundo a norma de orientação da DGS (2010), a dor da criança é avaliada segundo várias escalas, de acordo com a sua idade: a Escala de Edin

(*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*) é aplicada em recém-nascidos; a Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) é usada até aos 4 anos de idade e em crianças que não têm capacidade de verbalizar; a Escala de Faces de Wong e Baker é válida a partir dos 3 anos e a Escala Numérica é utilizada em crianças com mais de 6 anos.

Os motivos de ida ao SUP que identifiquei quando lá estive foram os seguintes: alterações respiratórias - obstrução nasal, tosse; alterações gastrointestinais - vômitos e diarreia; alterações dermatológicas, feridas traumáticas, unhas encravadas, fraturas, quedas, alterações oftalmológicas, alterações do comportamento, ideação suicida na adolescência, alterações do sono, alterações do comportamento alimentar, hemorragia, dor abdominal, convulsões, cefaleias, ansiedade, otalgia, odinofagia, epigastralgia, lipotimias e febre.

Conseguí realizar todas as atividades planeadas e considero que atingi os objetivos estabelecidos, prestando cuidados às crianças e adolescentes admitidas no SUP e internadas no SO e às suas famílias, tendo em consideração a sua fase de desenvolvimento e utilizando técnicas de comunicação adequadas.

#### 2.1.5 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

A Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) é um serviço polivalente dotado de pessoal especializado e equipamentos complexos que se localiza num hospital pediátrico. Visa a prestação de assistência na área de cuidados intensivos a crianças e adolescentes em situação crítica com idades que variam desde 1 mês até aos 17 anos e 364 dias ou até 21 anos em caso de situações específicas de saúde (doença crónica, deficiência ou incapacidade).

Os principais motivos de internamento na UCIP são: alterações do foro respiratório, cardiovascular, neurológico, hemato-oncológico, endócrino-metabólico, gastrointestinal, nefrológico, hepático, pancreático; sépsis grave, hipertermia maligna, maus-tratos ou de acidente, nomeadamente politraumatismos graves, intoxicações ou envenenamento, queimaduras, complicações pós-cirúrgicas, neurocirúrgico, cardiovascular torácico,

otorrinolaringologia, crânio-facial, ortopédico ou de coluna assim como transplantes de órgãos (Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), 2010). Muitas das crianças e adolescentes internadas apresentavam situações específicas de saúde: doença crónica, doença oncológica, deficiência, incapacidades e doença rara.

Os objetivos que estabeleci neste contexto de estágio foram os seguintes: conhecer a dinâmica do contexto clínico na sua vertente estrutural, funcional e organizacional; desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança e adolescente em situação crítica e sua família; desenvolver competências relacionais, técnicas e comunicacionais e identificar as necessidades da criança, adolescente em situação crítica e família.

As atividades que planeei desenvolver neste local de estágio foram as seguintes: adaptação à equipa multidisciplinar, nomeadamente à enfermeira de referência; consulta dos manuais e protocolos do serviço; observação de técnicas comunicacionais do enfermeiro de referência à criança, adolescente e família; aplicação das técnicas comunicacionais observadas à criança, adolescente e família; observação da prestação de cuidados; prestação de cuidados de enfermagem, em colaboração com a família; consulta dos processos clínicos; realização da entrevista ao adolescente, aplicando as técnicas de comunicação observadas nos locais de estágio anteriores (Centro de Atendimento a Adolescentes e Consulta de Adolescentes) e com base na literatura; pesquisa bibliográfica e reflexão escrita crítica da prática clínica.

Conseguí realizar todas as atividades planificadas e considero que atingi os objetivos planeados, prestando cuidados às crianças e adolescentes em situação crítica internadas nesta unidade e às suas famílias, tendo em consideração a sua fase de desenvolvimento e a sua situação clínica, utilizando técnicas de comunicação adequadas.

#### 2.1.6 Unidade de Saúde Familiar

Uma USF é uma unidade de saúde dos CSP onde vários profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, exercem funções com o objetivo de promover o mais elevado estado de saúde da população inscrita na unidade. A equipa de

enfermagem é constituída por seis enfermeiros e presta cuidados segundo o método de enfermeiro de família, em que cada uma dos enfermeiros presta cuidados a um grupo determinado de família, ao longo do seu ciclo de vida. Desta forma, cada enfermeira segue uma criança e a sua família desde o nascimento até atingir a idade adulta, acompanhando a sua infância e adolescência, o que vai ao encontro da filosofia de cuidados centrados na família.

Os objetivos estabelecidos neste contexto de estágio foram os seguintes: conhecer a dinâmica do contexto clínico na sua vertente estrutural, funcional e organizacional; desenvolver competências de EEESIP na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil; desenvolver competências relacionais, técnicas e comunicacionais com a criança, adolescente e família; identificar as necessidades e características da criança, adolescente e família e realizar a consulta de enfermagem e a entrevista ao adolescente de 12/13 anos.

As atividades que planeei realizar neste local de estágio foram as seguintes: adaptação à equipa multidisciplinar, nomeadamente à Enfermeira de referência; observação da organização da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil; consulta de manuais e protocolos do serviço e observação da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil por uma EEESIP (Enfermeira de referência) para posterior realização da Consulta de Enfermagem ao Adolescente de 12/13 anos, com colaboração e supervisão da Enfermeira de referência e com base na literatura. Outras atividades que planeei foram também a realização da entrevista ao adolescente de 12/13 anos, aplicando as técnicas de comunicação observadas nos locais de estágio anteriores (Centro de Atendimento a Adolescentes e Consulta de Adolescentes) e com base na literatura e reflexão escrita crítica da prática clínica.

Como exerço funções em CSP, nomeadamente na realização da consulta de enfermagem de saúde infantil até aos 5 anos de idade eu já me encontrava familiarizada com este local de estágio mas tive a oportunidade de assistir à realização das consultas de enfermagem de saúde infantojuvenil por uma EEESIP, que não existe na UCSP onde exerço funções, o que foi determinante na aquisição de competências de EEESIP neste local de estágio.

Nos CSP, a avaliação do desenvolvimento infantil pode ser simples e eficaz através de uma observação crítica desde que a criança/adolescente ou família entre no gabinete até que sai e particularmente durante a entrevista com os pais ou cuidadores. É muito útil observar a criança sem que ela dê por isso, no colo dos pais ou a brincar, pois isso dá informação fiável acerca do seu desenvolvimento. A escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, desenvolvida por Mary Sheridan em 1973, dá a conhecer quais os parâmetros normais do desenvolvimento, serve como “padrão de referência da normalidade” e permite que a família participe na promoção de desenvolvimento da criança (Menezes et al, 2013). Mais recentemente e construída com base na escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, surgiu a Escala de Avaliação das Competências de Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos (*Schedule Growing Skills II*), reconhecida na literatura mundial por ser um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil altamente sensível e específico. Identifica o nível de desenvolvimento da criança em nove áreas: controlo postural passivo, controlo postural ativo, locomotoras, manipulativas, visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia pessoal e cognitivas. A sua desvantagem é não estar validada para a população portuguesa, assim como outras escalas de avaliação (OE, 2010b). Nas consultas de enfermagem de saúde infantil da USF é utilizada a escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada, que avalia o nível de desenvolvimento da criança dos 0 aos 5 anos em quatro áreas: postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social.

“Nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento” (Menezes et al, p. 57, 2013), ou seja, há crianças que atingem estádios de desenvolvimento mais cedo ou mais tarde do que outras. É importante saber qual o padrão da normalidade e que o desenvolvimento infantil frequentemente ocorre de forma descontínua, com “saltos”. Portanto, as aquisições do desenvolvimento devem ser acompanhadas através de um processo flexível, dinâmico e contínuo, tal como o processo de maturação infantil. Deve ocorrer em todos os contatos dos profissionais com a criança e a família e não apenas nas idades-chave (Menezes et al, 2013).

Na USF, tive a oportunidade de presenciar 9 consultas a crianças com 6 meses, 15 meses, 24 meses, 6 anos, 8 anos e a um adolescente com 12 anos. A enfermeira de referência, EEESIP, efetuava uma avaliação do desenvolvimento psicomotor através da valorização dos comentários dos pais, da história clínica, da avaliação dos fatores de risco e da observação da criança, através do uso da escala de avaliação, tal como preconiza Menezes et al (2013). Porém, a enfermeira de referência não observava isoladamente os dados fornecidos pela aplicação da escalada de avaliação, tal como refere também Menezes et al (2013), mas relacionava-os seguindo uma abordagem geral da criança. Por exemplo: uma criança de 6 meses, na consulta de enfermagem, não fez apoio plantar de pé. A enfermeira de referência tranquilizou os pais, dizendo que era normal isso suceder por ele ter 10 kg de peso, aconselhou-os a estimular o apoio plantar e agendou uma consulta de enfermagem aos 7 meses para avaliação.

Tive ainda a oportunidade de acompanhar uma enfermeira a uma visita domiciliária a um recém-nascido (RN) de 11 dias e sua família, uma atividade que infelizmente não se realiza na UCSP onde trabalho por falta de recursos, fundamental na vigilância e promoção da saúde, especialmente nos dias seguintes à alta da maternidade e nas situações de crianças e famílias de risco (Menezes et al, 2013).

A enfermeira de referência deu-me a oportunidade de realizar convocatórias às famílias de 4 adolescentes com 12/13 anos para comparecerem na USF para a consulta de enfermagem, tendo realizado a consulta de enfermagem a 4 adolescentes destas idades, com a colaboração e supervisão da enfermeira de referência.

Estas consultas são oportunidades relacionais com os adolescentes e famílias, facilitadoras da promoção da autoestima do adolescente e autodeterminação das suas escolhas em saúde. Proporcionam momentos de grande proximidade com os adolescentes e o estabelecimento de uma relação de confiança com a equipa de enfermagem. Incentiva também a procura do serviço de saúde quando o adolescente tiver necessidade de aconselhamento e esclarecimento.

Realizei todas as atividades planejadas, nomeadamente a observação da consulta de enfermagem à criança e adolescente por uma EEESIP e a realização, sob supervisão, da consulta de enfermagem ao adolescente de 12/13 anos e família, tendo em consideração a sua fase de desenvolvimento e utilizando técnicas de comunicação apreendidas em estágios anteriores. Desta forma, consegui alcançar os objetivos estabelecidos e desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança e adolescente na maximização da sua saúde.

### 3. ASPETOS ÉTICOS

Considero que, nas atividades que desenvolvi nos locais de estágio demonstrei sempre respeito pelos princípios éticos, salvaguardando a autonomia, a privacidade, a intimidade e a confidencialidade da criança e adolescente.

Na prestação de cuidados à criança e adolescente respeitei sempre os princípios éticos da autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo (OE, 2010a). Relativamente ao princípio da autonomia, o adolescente precisa de vivenciar todas as etapas do desenvolvimento moral, para tomar decisões com maturidade e responsabilidade (Queirós, 2001), tendo tido esse aspeto em consideração ao realizar a entrevista ao adolescente.

Segundo o Código Penal Português, nº 3 do Artigo 38º, considera-se que, após os 14 anos, o adolescente já é capaz de tomar uma decisão de teor ético (OE, 2010a). Nas consultas ao adolescente que realizei e nos cuidados hospitalares que prestei ouvi sempre a sua opinião para obter o seu consentimento livre e esclarecido (OE, 2010a).

A informação que os adolescentes me transmitiram não foi partilhada com os pais, salvaguardando o princípio da confidencialidade, exceto se houvesse uma situação de risco para a vida do adolescente. Neste caso, este deveria ser informado e envolvido na decisão (OE, 2010a).

Relativamente ao consentimento informado e aos princípios éticos no atendimento a menores, o importante é salvaguardar o superior interesse do menor adolescente, a confidencialidade e a privacidade. Tendo em consideração estes princípios, apoiei a decisão dos adolescentes que atendi que estavam a pensar iniciar relações sexuais pois, se eu dissesse que eles eram muito novos para ter relações sexuais e lhes negasse o direito à contraceção, estaria a quebrar os princípios éticos da beneficência e não maleficência e a colocá-los em risco de engravidar e contrair doenças sexualmente transmissíveis. Também nada obriga a que se conte os pais, pois tal como refere a Comissão de Ética para a Saúde da região norte “os profissionais poderão ocultar aos pais ou legítimos representantes certas informações sobre saúde relativas a menores, a

pedido destes, desde que haja a convicção segura de que isso é feito no melhor interesse do menor, da sua segurança, saúde e privacidade ” (p.4, 2009).

No entanto, expliquei aos adolescentes que atendi que os assuntos só não seriam mantidos confidenciais se surgisse algum problema que se transformasse numa ameaça para o adolescente ou para outros membros da sua família (Neinstein, 1996).

Relativamente aos cuidados que prestei a crianças e suas famílias, considero que o fiz sem qualquer discriminação, salvaguardando os seus direitos, sem juízos de valor, tratando a informação de forma confidencial e respeitando a intimidade e a privacidade. Desta forma, fui ao encontro dos seguintes artigos do código deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2009, p.3): o artigo 81.º, que refere que o enfermeiro deve “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação (...)”, “salvaguardar os direitos das crianças (...)”, “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores (...)”; o artigo 85.º, que refere que o enfermeiro deve “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família (...)” e o artigo 86.º, que enuncia que o enfermeiro deve “respeitar a intimidade da pessoa (...)” e “salvaguardar sempre (...) a privacidade e a intimidade da pessoa”.

#### 4. PERSPETIVAS PARA O FUTURO

É importante dar a entender à comunidade o que significa atualmente o crescimento e o desenvolvimento na segunda década de vida (Prazeres, 1998). Na comunidade profissional deve haver uma adaptação das estratégias de intervenção aos adolescentes, face às suas novas realidades sociais (Prazeres, 1998).

No dia 2 de março de 2015, após aprovação da enfermeira coordenadora da UCSP onde trabalho, dei início à Consulta de Enfermagem do Adolescente de 12/13 anos. O espaço físico utilizado foi um gabinete de saúde infantil médico que já não era ocupado. Realizei convocatórias com a finalidade de agendar a consulta de enfermagem ao adolescente de 12 anos, contactando telefonicamente as famílias para programar a consulta, de terça a sexta-feira, uma por dia, às 15h, durante 1 hora. Oportunisticamente, também perguntava às famílias de adolescentes de 13 anos com quem contactava na vacinação, se queriam comparecer na consulta de enfermagem.

Relativamente à forma como envolvia a família, decidi, na minha Consulta de Enfermagem ao Adolescente – 12/13 anos, fazê-la na sua presença pois, considerando que o adolescente vivencia a fase inicial e como nesta fase ainda não há conflitos sobre o controlo parental é mais fácil que o adolescente se desloque à unidade de saúde incentivado e acompanhado pelos pais, que, ao serem devidamente envolvidos e capacitados têm uma influência protetora, de acordo com Hockenberry & Wilson (2014). No empoderamento que o enfermeiro dá à família do adolescente deve haver um equilíbrio entre a autonomia individual crescente do adolescente, uma diminuição do controlo parental e uma responsabilização progressiva ao adolescente (Hockenberry & Wilson, 2014). No entanto, como ressalva o atual PNSIJ, quando o adolescente ou a família verbalizasse que queria que fosse atendido sozinho, sempre permiti que tal acontecesse, assegurando a privacidade e a confidencialidade (Menezes et al, 2013).

Implementei a consulta até julho de 2015. Em setembro do mesmo ano comecei a trabalhar noutra UCSP, onde atualmente realizo consultas de enfermagem ao adolescente de 12/13 anos no âmbito do programa de saúde

infantil e juvenil. Nesta unidade as consultas de enfermagem programadas são dirigidas a crianças e adolescentes até aos 18 anos.

No futuro espero poder implementar um horário de atendimento específico para adolescentes, à semelhança do centro de atendimento de adolescentes onde realizei o estágio, para poder melhorar a acessibilidade do adolescente aos serviços de saúde.

## 5. CONCLUSÃO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010b, p.1), o EEESIP “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”, desde o nascimento até aos 18 anos, aos 21 anos em situações específicas como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência ou até a transição para a vida adulta estar assegurada. O EEESIP estabelece uma parceria com a criança, jovem e sua família nos mais variados contextos com o objetivo de maximizar a sua saúde, prestar cuidados em situação de saúde ou doença, fazer educação para a saúde e fazer a identificação e mobilização de recursos.

De acordo com a competência 1. “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2010b, p. 3) e a unidade de competência 1.1 – “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” (OE, 2010b, p. 3), considero que desenvolvi esta unidade de competência em todos os locais de estágio, pois, de acordo com os critérios de avaliação, negocieei a participação da criança/jovem e família nos cuidados, comuniquei com a criança/jovem usando técnicas adequadas à idade, estágio de desenvolvimento e cultura; usei e identifiquei estratégias de motivação da criança/jovem para a adoção dos seus papéis em saúde; proporcionei conhecimento e aprendizagem de habilidades às crianças/jovens e família, facilitando a gestão dos processos de saúde/doença; procurei oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e família no sentido de adotar comportamentos potenciadores de saúde; utilizei a informação existente e avaliei a estrutura e o contexto familiar; apreendi a importância de haver: redes de recursos comunitários que apoiem a criança/jovem e família com necessidades de cuidados, programas de saúde escolar, inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais e do trabalho em parceria com agentes da comunidade para melhorar a acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.

Relativamente à unidade de competência 1.2 – “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que

posam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2010b, p. 3) e, de acordo com os critérios de avaliação, considero que desenvolvi esta unidade de competência em todos os locais de estágio pois tenho conhecimentos acerca das doenças comuns às várias idades e sei implementar respostas de enfermagem adequadas; quando necessário, sei encaminhar as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais; sei identificar sinais de mal-estar psíquico e situações de risco para a criança e jovem; reconheço a importância de sensibilizar os pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência; sei dar assistência à criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos; sei avaliar conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativamente à saúde e sei facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.

Segundo a competência 2. “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2010b, p. 4) e a unidade de competência 2.1 “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2010b, p. 4), considero que a desenvolvi na Unidade de Adolescentes, SUP e UCIP e, relativamente aos critérios de avaliação, sei mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, tenho conhecimentos em suporte avançado de vida pediátrico e aplico conhecimentos e capacidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto.

Relativamente à unidade de competência 2.2 – “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2010b, p. 4), considero que a desenvolvi em todos os locais de estágio e, segundo os critérios de avaliação, aplico conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem, sei garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e sei também aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

De acordo com a competência 2.3 – “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2010b, p. 4), considero que a desenvolvi na UCIP ao prestar cuidados a uma criança de 9 anos com leucínose

pois, segundo os critérios de avaliação, tenho conhecimentos em doenças raras e nas respostas de enfermagem adequadas e procuro evidência científica para dar resposta e encaminhamento a crianças com doenças raras.

Relativamente à competência 2.4 – “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” (OE, 2010b, p. 4), coloquei em prática a massagem e o toque terapêutico na criança e massagem no adolescente com situações específicas de saúde internadas na Unidade de Adolescentes e na UCIP. Relativamente aos critérios de avaliação, tenho conhecimento sobre as posições da OE em relação a estas terapias, sei como executar a terapia do toque terapêutico e massagem na criança/jovem e pesquiso evidência científica que fundamente a tomada de decisão acerca das terapias a utilizar.

Segundo a unidade de competência 2.5 – “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2010b, p. 4), considero que a desenvolvi na Consulta de Adolescentes pois assisti a uma consulta de um adolescente portador de Trissomia 21) e na Unidade de Adolescentes, SUP e UCIP pois prestei cuidados a crianças e adolescentes com doenças crónicas, oncológicas, deficiências e incapacidades e, de acordo com os critérios de avaliação, sei diagnosticar necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem, sei capacitar a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação, promover a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada, sei adequar o suporte familiar e da comunidade, tenho conhecimentos de estratégias promotoras de esperança e, se necessário, sei referenciar crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte.

De acordo com a competência 3. “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2010b, p. 5) e a unidade de competência 3.1 “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2010b, p. 5), considero que a desenvolvi em todos os locais de estágio e, de acordo com os critérios de avaliação, tenho conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, sei

avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e transmito orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento.

Relativamente à unidade de competência 3.2 – “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (OE, 2010b, p. 5) desenvolvi-a no SUP ao prestar cuidados ao RN com alterações respiratórias e a um RN com Trissomia 21 e, de acordo com os critérios de avaliação, sei avaliar o desenvolvimento da parentalidade, tenho conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo, utilizo estratégias promotoras de esperança realista e do contato físico pais/RN, promovo a amamentação, sei negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN e sei gerir o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.

De acordo com a unidade de competência 3.3 - “ Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2010b, p. 5), considero que desenvolvi essa competência em todos os locais de estágio e, segundo os critérios de avaliação, tenho conhecimentos aprofundados acerca de técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família, relaciono-me com a criança/jovem e família respeitando as suas crenças e a sua cultura e adapto-me à comunicação de acordo com o estado de desenvolvimento da criança/jovem.

Segundo a competência 3.4 – “Promove a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2010b, p. 5), considero que a desenvolvi em todos os locais de estágio e, de acordo com os critérios de avaliação, sei facilitar a comunicação expressiva de emoções, reforço a imagem corporal positiva, quando necessário, aprendi a identificar os estádios do processo de mudança na adoção de comportamento saudáveis, a reforçar a tomada de decisão responsável e a negociar o contrato de saúde com o adolescente.

No final deste percurso, sinto-me uma profissional mais preparada e confiante para prestar cuidados à criança, adolescente e família e mais sensibilizada e capacitada para dar resposta à complexidade das suas necessidades em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andretta, I. & Oliveira, M. (2005). A técnica de entrevista motivacional na adolescência. *Psicologia clínica*. 17. 127-139.

Alderman, E.M., Rieder, J. & Cohen, M.I. (2003). The history of adolescent medicine. *Pediatric Research*. 54. 137–147.

Bernard, D., Quine, S. & Kang, M. (2004). Access to primary health care for Australian adolescents: how congruent are the perspectives of health service providers and young people, and does it matter? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 28 (5). 487–492.

Carta da criança hospitalizada/ Instituto de Apoio à Criança (1998). *Humanização dos serviços de atendimento à criança*. Lisboa: IAC.

Catalano, R.F., Fagan, A.A. & Gavin, L.E. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*. 379 (9286). 1653–1664.

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2010). *Critérios de Referência e Admissão na UCIP - Área de pediatria médica*. Lisboa: Centro Hospitalar De Lisboa Central, EPE.

Comissões de Ética para a Saúde da região norte (2009). *Seminário sobre o Consentimento Informado e o papel das comissões de ética para o seu correcto uso*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Comité de Consulta de Enfermagem (1979). *Revista Brasileira de Enfermagem*. 32. 407-408

Dell' Acqua, M.C.Q., Pessuto, J., Bocchi, S.C.M. & Anjos, R.C.P.M. (1997). Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. *Revista Latino-americana de Enfermagem Ribeirão Preto*. 5 (3). 43-48.

Direção Geral de Saúde (2010). *Orientação da Direção Geral de Saúde nº 14/2010*.

Direção Geral de Saúde (2002). Acedido em: 09/03/2015. Disponível em: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/2577>.

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens*. Lisboa: DGS.

Goldering, J., Rosen, D. (2004). Getting into adolescent heads: na essential update. *Modern Medicine. Healthy patients. Healthy practice*. 1. 1-19. Acedido em 31/05/2015. Disponível em: <http://www2.aap.org/pubserv/psvpreview/pages/files/headss.pdf>.

Hendricks, C., Murdaugh, C. & Pender, N. (2006). The adolescent lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Journal of the National Black Nurses Association*. 17. 1-5.

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

Kang, M., Bernard, D. & Booth, M. (2003). Access to primary health care for Australian young people: service provider perspectives. *British Journal of General Practice*. 53 (497). 947–952.

Kramer, T. & Garralda, M.E. (1998) Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *The British Journal of Psychiatry*. 173 (6). 508-513.

Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto (2013). Procede à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 107/2008, de 25 de junho, e 230/2009, de 14 de setembro, que aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 11.º a 17.º da Lei n.º 46/86, de 14 de outubro, alterada pelas Leis n.ºs 115/97, de 19 de setembro, 49/2005, de 30 de agosto, e 85/2009, de 27 de agosto. Diário da República, 1.ª série, N.º 151 (7-08-2013) 4749 – 4772.

Maciel, I.C.F. & Araújo, T.L. (2003). Consulta de Enfermagem: Análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11 (2). 207-214

Maternal and Child Health Bureau (2008). *Family-centered care self-assessment toll*. Washington: Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health Resources and Human Services under Cooperative Agreement.

Matos, M.G., Simões, C., Camacho, I. & Reis, M. (2014). *Aventura Social & Saúde - A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2014*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/ Universidade Técnica de Lisboa. Acedido em: 25/03/2015. Disponível em: <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I. & Diniz, J.A. (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/ Universidade Técnica de Lisboa. Acedido em: 31/05/2015. Disponível em: <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>

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

Monteiro, A., Bártolo, E. & Teixeira, T. (2010). *Atendimento de Enfermagem ao Adolescente, Manual de Procedimentos da Consulta Externa de Pediatria*. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de D.Estefânia, Consulta Externa de Pediatria.

Neinstein, Lawrence S. (1996). *Adolescent Health Care – a practical guide* (3.<sup>a</sup> ed.). Filadélfia: Williams & Wilkins.

Oliveira, A., Malha, A., Lopes, J. & Mendes, M. (2014). *Triagem de Prioridades da Urgência Pediátrica*. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de Dona Estefânia, Serviço de Urgência Pediátrica.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código deontológico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 25/02/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Cadernos OE, Série I, Número 3, Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Parecer n.º 04/2010 da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 04/04/2015. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%2004\\_MCEESIP\\_18.11.2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%2004_MCEESIP_18.11.2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2012b). *Parecer n.º 03/2012 da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 14/03/2015. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP\\_Parecer\\_3\\_2012\\_Consulta\\_de\\_Enfermagem\\_Especializada.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_3_2012_Consulta_de_Enfermagem_Especializada.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services – An Agenda for a Change*. Geneva: WHO.

Organização Mundial de Saúde (2014). *Health Promotion*. Geneva: WHO. Acedido em 25/05/2015. Disponível em: [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/)

Organização Mundial de Saúde (2011). *Evaluación de Calidad – una guía para la evaluación de los servicios de salud amigables para los adolescentes*. Buenos Aires: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2004). The Who cross-national study of health behaviour in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002. *Journal of School Health*. 74, 204-206.

Papalia, D.E.; Olds, S.W. & Feldman, R.D. (2001). *O Mundo da Criança*. Amadora: Editora McGraw-Hill.

Patel, V., Fisher, A.J., Hetrick, S., McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 369 (9569). 1302–1313.

Patton, G.C., Coffey, C. & Cappa, C. (2012) Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet*. 379 (9826). 1665–1675.

Patton, G.C., Coffey, C. & Sawyer, S.M. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 374 (9693). 881–892.

Paula, S.H.B. (1997). *SUS e modelos de financiamento: ações realizadas e registradas pelas enfermeiras*. (Dissertação). Departamento de Enfermagem/ Universidade Federal do Ceará.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2010). *Health promotion in nursing practice* (6.<sup>a</sup> Ed.). Upper Saddle River: Pearson/Prentice-Hall.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Prazeres, V. (1998) *Saúde dos adolescentes – princípios orientadores*, Lisboa: Direção- Geral da Saúde.

Queirós, A. A. (2001) *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Santos, B.R.L. & Mendes, E.E.M. (1983). Programa de assistência de enfermagem a clientes portadores de danos cardiovasculares, no ambulatório de um hospital geral e de ensino de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 36. 274-281

Sawyer, S.M., Afifi, R.A. & Bearinger, L.H. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 379 (9826). 1630–1640.

Silva, A.P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*. 55 (1-2), 11-20.

Sotomayor, M. (2001) La entrevista al adolescente. *Manual de salud reproductiva en la adolescência*. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción. Acedido em: 02/06/2015. Disponível em: [http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva/04%20Salud%20reproductiva%20e.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/04%20Salud%20reproductiva%20e.pdf)

Tylee, A., Haller, D.M., Graham, T., Churchill, R. & Sanci, L.A. (2007). Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what need to be done?. *Lancet*. 369 (9572). 1565–1573.

Vanzin, A. S. & Nery, M.E.S. (1996). *Consulta de enfermagem: uma necessidade social?* Porto Alegre: RM e L Gráfica.

Viner, R.M., Ozer, E.M. & Denny, S. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 379 (9826). 1641–1652.

Zagonel, I.P.S. (2001). Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In T.E., Carraro & M.E.A., Westphalen. *Metodologia para assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática* (pp. 41-56). Goiânia: AB.