



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

Dissertação de Natureza Científica

**O impacto da hospitalização na privacidade do
adolescente: Perspetivas dos adolescentes e dos
enfermeiros**

Catarina Casaleiro Lagarto



**Lisboa,
2021**



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

Dissertação de Natureza Científica

**O impacto da hospitalização na privacidade do
adolescente: Perspetivas dos adolescentes e dos
enfermeiros**

Catarina Casaleiro Lagarto



Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da
Graça



**Lisboa,
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

É com orgulho que afirmo que esta dissertação marca o final deste meu percurso acadêmico. Porém, não poderia findá-la sem antes agradecer àqueles que me acompanharam ao longo desta longa caminhada.

À Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça, por ter aceite orientar esta tese, acreditando que seria possível concretizar este objetivo, partilhando os seus conhecimentos a par com a sua disponibilidade e motivação.

À Professora Ana Lúcia Gonçalves Brantes, pela sua disponibilidade, numa altura em que a sua agenda estava bastante preenchida, demonstrando sempre o seu apoio. O seu conhecimento e ajuda no tratamento dos dados com o programa IRaMuTeQ e a sua colaboração na discussão dos resultados foram fundamentais.

Aos meus pais pelas oportunidades que me proporcionaram e à minha irmã pelos conselhos, pela ajuda e pela força.

E por último, mas não menos importante, ao Bruno pela ajuda, pela companhia e pelo amor.

RESUMO

Introdução: A hospitalização pode interferir no desenvolvimento do adolescente impossibilitando-o num determinado período de viver a sua rotina diária, afastando-o do seu ambiente familiar, escolar e do grupo de amigos. O facto do ambiente hospitalar não lhe ser familiar pode pôr em causa os seus direitos, nomeadamente o da privacidade. O direito à privacidade que é uma necessidade básica do indivíduo deve ser respeitado por todos os profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros em situação de internamento do adolescente. Deste modo, é crucial entendermos junto dos adolescentes, como podemos intervir no respeito pela sua privacidade, e junto dos enfermeiros, de modo a conhecermos a opinião de quem conhece as dinâmicas do serviço, percebendo o que poderá ser melhorado.

Objetivos: Compreender as perspetivas dos adolescentes e dos enfermeiros sobre o impacto do internamento hospitalar na privacidade dos adolescentes, no sentido de implementar intervenções de enfermagem individualizadas e mais ajustadas às suas necessidades e preferências.

Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. O instrumento de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, realizada a 40 adolescentes hospitalizados e cinco enfermeiros cuidadores. No tratamento dos dados emergentes do conteúdo das entrevistas recorreu-se à análise textual lexicográfica com a utilização do software, o *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ).

Resultados: Do conjunto de resultados emergiram seis classes associadas às perspetivas dos adolescentes, e cinco associadas às perspetivas dos enfermeiros. A partir da leitura das classes foi evidente que a privacidade é considerada um direito importante, quer para os adolescentes, quer para os enfermeiros, considerando os enfermeiros que as dimensões física e social da privacidade são as mais valorizadas pelos adolescentes. As necessidades dos adolescentes ao nível da privacidade durante o internamento passam pela apresentação do profissional de saúde, a informação e a explicação dos cuidados a que são submetidos, bem como a sua colaboração sempre que possível. As perspetivas dos adolescentes e dos enfermeiros apresentam semelhanças, como por exemplo a atenção que os profissionais devem ter ao

avisar antes de entrar no quarto, ou no ruídos nos corredores durante a noite, no entanto diferem em outros aspetos. Os adolescentes e os enfermeiros consideram que a privacidade no serviço em causa é, na generalidade, respeitada, mas apresentam importantes sugestões, quer a nível dos serviços quer nas atitudes dos profissionais, para a sua promoção em ambiente hospitalar.

Conclusão: Este estudo contribuiu para a uma melhor compreensão das questões associadas à privacidade dos adolescentes em situação de internamento a partir da visão dos adolescentes e dos enfermeiros que deles cuidam, pela sua própria voz. Constatou-se que o direito à privacidade do adolescente é tido em conta e maioritariamente respeitado e que as perspetivas dos adolescentes apresentam semelhanças relativamente às dos enfermeiros, mas também algumas diferenças a considerar. Este estudo vem reforçar a necessidade de elucidar os profissionais de saúde para a importância desta temática, de modo a ajustar as condições físicas e a gestão das vagas do serviço, bem como a refletir sobre as intervenções dos enfermeiros, no sentido da implementação de práticas de cuidados promotoras da privacidade do adolescente, sem dúvida, facilitadores de experiências positivas de hospitalização. Os resultados apontam para a necessidade da continuidade de estudos nesta área.

Palavras-Chave: Adolescente; Hospitalização; Privacidade; Enfermeiro; Perspetivas

ABSTRAT

Introduction: Hospitalization can interfere with the adolescent's development, making it impossible for him to live his daily routine during a certain period, distancing him from his family, school and group of friends. The fact that the hospital environment is unfamiliar to you may jeopardize your rights, namely that of privacy. The right to privacy, which is a basic need of the individual, must be respected by all health professionals, namely nurses in the adolescent's internment situation. Thus, it is crucial to understand with adolescents, how we can intervene with respect for their privacy, and with nurses, in order to know the opinion of those who know the dynamics of the service, realizing what can be improved.

Goals: Understand the adolescents' and nurses' perspectives on the impact of hospitalization on adolescents' privacy, in order to implement individualized nursing interventions that are more adjusted to their needs and preferences.

Methodology: This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. The data collection instrument was the semi-structured interview, conducted with 40 hospitalized adolescents and five nurse caregivers. In the treatment of data emerging from the content of the interviews, lexicographic textual analysis was used with the use of the software, the Interface of R pour les Analyzes Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ).

Results: From the set of results, six classes emerged associated with the perspectives of adolescents, and five associated with the perspectives of nurses. From reading the classes, it was evident that privacy is considered an important right, both for adolescents and for nurses, considering nurses that the physical and social dimensions of privacy are the most valued by adolescents. The needs of adolescents in terms of privacy during hospitalization include the presentation of the health professional, information and explanation of the care to which they are subjected, as well as their collaboration whenever possible. The perspectives of adolescents and nurses have similarities, such as the attention that professionals should have when warning before entering the room, or the noise in the corridors at night, however they differ in other aspects. Adolescents and nurses consider that privacy in the service in question is, in general, respected,

but they present important suggestions, both in terms of services and in the attitudes of professionals, for their promotion in a hospital environment.

Conclusions: This study contributed to a better understanding of the issues associated with the privacy of adolescents in hospitalization from the perspective of adolescents and nurses who care for them, through their own voice. It was found that the adolescent's right to privacy is taken into account and mostly respected and that the adolescents' perspectives are similar to those of nurses, but also some differences to consider. This study reinforces the need to elucidate health professionals for the importance of this theme, in order to adjust the physical conditions and the management of service spaces, as well as to reflect on nurses' interventions, in the sense of implementing health practices. care that promotes the privacy of adolescents, without a doubt, facilitators of positive experiences of hospitalization. The results point to the need for further studies in this area.

Keywords: Adolescent; Hospitalization; Privacy; Nurse; Perspectives

SIGLAS

CEPE - Código Ético dos Profissionais de Enfermagem

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

COVID 19 – Coronavírus

HIV - Vírus da Imunodeficiência humana

IRaMuTeQ - *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

OMS - Organização Mundial de Saúde

e – Entrevistado

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1. Cuidados de saúde ao adolescente no hospital	11
1.1 Cuidar em Enfermagem	11
1.2 A adolescência: breve abordagem ao desenvolvimento	14
1.3 O evento da hospitalização no adolescente.....	18
2. A privacidade nos cuidados de saúde ao adolescente	23
2.1 Privacidade – conceitos e dimensões	23
2.2 Teorias associadas à privacidade	26
2.3 Contributos de estudos desenvolvidos na área	28
CAPÍTULO II - METODOLOGIA	32
1. Tipo de estudo e objetivos.....	32
2. Participantes.....	33
3. Instrumento de colheita de dados e procedimentos	35
4. Tratamento dos dados.....	36
5. Questões éticas.....	38
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	39
2. Apresentação dos resultados	40
3. Discussão dos resultados.....	51
CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

APÊNDICES

Apêndice I - Guião da Entrevista Semiestruturada dirigida aos Adolescentes em internamento hospitalar	
Apêndice II - Guião da Entrevista Semiestruturada dirigida aos Enfermeiros	
Apêndice III - Consentimento Informado livre e esclarecido dirigido aos adolescentes	
Apêndice IV - Consentimento Informado livre e esclarecido dirigido aos responsáveis legais	
Apêndice V - Consentimento Informado livre e esclarecido dirigido aos enfermeiros	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dendograma das classes fornecidas pelo software IRaMuTeQ	41
Figura 2. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das perspetivas dos adolescentes sobre o impacto da hospitalização na sua privacidade	42
Figura 3. Dendograma das classes fornecidas pelo software IRaMuTeQ	47
Figura 4. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das perspetivas dos enfermeiros sobre o impacto da hospitalização na privacidade dos adolescentes	48

INTRODUÇÃO

Segundo Collière (1999), desde o início da história da humanidade que o cuidar é imprescindível no que concerne a garantir a manutenção e a continuidade do grupo e da espécie. A prestação de cuidados é considerada a prática mais antiga do mundo, pelo facto de desde sempre existir a necessidade e a preocupação de “tomar conta da vida dos outros e da nossa” (Collière, 1999).

Ao longo dos tempos, os cuidados de saúde hospitalares têm sofrido alterações, principalmente direccionadas ao cliente pediátrico. Em pediatria, é notória a mudança ao nível da filosofia e da essência dos cuidados. Descartes, enfatizava a divisão entre o corpo e a mente, caracterizando-se, a medicina pela desvalorização dos aspetos sociais, psicológicos e ambientais da doença, dando assim origem ao modelo biomédico. Este paradigma conduziu à desvalorização desses mesmos aspetos, e ao desconhecimento das particularidades do desenvolvimento infantil, o que conduziu durante longas décadas, ao internamento de crianças junto aos adultos, sem a presença dos pais e de objetos pessoais (Carrondo, 2006; Ceribelli, 2007). No entanto, ao longo do tempo foram desenvolvidos diversos estudos, que incidiram na compreensão da importância das outras dimensões do ser humano, desde a emocional à espiritual, na vivência de uma situação clínica de saúde e na vivência da hospitalização, pelo que surgiram novos modelos, nomeadamente o modelo biopsicosociocultural e o modelo holístico.

Para além das mudanças observadas nos cuidados de saúde, que se caracterizam por uma visão transdisciplinar, atualmente, no contexto clínico, a relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o cliente é, por vezes vista como hierarquizada e regida por direitos e deveres, na qual o cliente não se sente confortável para se expressar. Perante esta realidade, o direito à especial proteção para o desenvolvimento físico, mental e social pode ser posto em causa, uma vez que a alteração do contexto social, tem consequências ao nível do desenvolvimento e da adaptação psicológica, nomeadamente pelo risco de a privacidade do adolescente ser invadida (Pupulim & Sawada, 2002). Com o desenvolvimento de estudos nesta área, passou a ser reconhecida a importância do período da adolescência, sendo considerada uma etapa do

desenvolvimento fundamental à construção da identidade, onde as vivências desta fase constituem importantes determinantes na formação do ser adulto (Saita, 2002).

A experiência de hospitalização não depende apenas de quem a vive, mas também com quem se vive, deste modo, os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, assumem um papel de destaque na proteção dos direitos dos clientes, neste caso, na proteção do direito à privacidade do adolescente durante o internamento.

Pelo facto de exercer funções, como enfermeira, num serviço Pediátrico, onde a população alvo é maioritariamente adolescentes, e tendo-me deparado frequentemente com reações de constrangimento associadas a situações que envolvem a privacidade do adolescente, suscitou-me o interesse pelo estudo de esta temática, com o foco neste grupo etário. Posteriormente, ao pesquisar literatura científica em bases de dados científicas, deparei-me com a existência de múltiplos trabalhos sobre a hospitalização em pediatria, no entanto foi notória a escassez de estudos acerca da privacidade durante a hospitalização. Para além disso, são também escassos os estudos que explorem a opinião e os sentimentos das crianças e dos adolescentes. Deste modo, reforço a necessidade de desenvolver um estudo focado na privacidade do adolescente em situação de internamento hospitalar, que permita conhecer as perspetivas dos adolescentes, explorando as suas opiniões e sentimentos sobre o impacto da hospitalização na sua privacidade, e por sua vez conhecer também as perceções de quem deles cuida, particularmente dos enfermeiros. Assim, pretende-se escutar os adolescentes, no sentido de conhecer as suas realidades, necessidades, preocupações, nomeadamente no que diz respeito à sua privacidade enquanto hospitalizados, bem como conhecer as perspetivas dos enfermeiros com o foco nesta temática, de modo a percebermos como podemos minimizar os possíveis efeitos negativos ao nível da privacidade do adolescente, particularmente nas intervenções de enfermagem.

Nesta sequência, partiu-se da questão central: Quais as perspetivas dos adolescentes e dos enfermeiros sobre o impacto da hospitalização na privacidade do adolescente?

Foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer o(s) significado(s) de privacidade para o adolescente internado num serviço hospitalar e a importância que lhe(s) atribuem;
- Identificar as necessidades e preferências dos adolescentes ao nível da privacidade durante o internamento;
- Identificar sugestões de intervenções de enfermagem adequadas às suas necessidades, no âmbito da privacidade;
- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o(s) significado(s) que os adolescentes atribuem à privacidade e quais as dimensões que eles mais valorizam;
- Conhecer as perspetivas dos enfermeiros sobre o que tem maior impacto na privacidade dos adolescentes durante o internamento;
- Descrever as opiniões dos enfermeiros sobre as condições físicas e as atitudes dos profissionais de saúde, que podem ser ajustadas/melhoradas, no que diz respeito à privacidade dos adolescentes.

De forma a responder aos objetivos propostos, propõe-se a realização de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa.

A dissertação encontra-se estruturada em três capítulos. O primeiro destina-se ao enquadramento teórico, no qual serão abordados os cuidados de saúde ao adolescente no hospital e as questões da privacidade nos cuidados de saúde, respetivamente. O segundo capítulo corresponde à metodologia, na qual serão abordados os procedimentos metodológicos utilizados ao longo da investigação, incluindo o tipo de estudo, objetivos, participantes, e os instrumentos e procedimentos que foram utilizados na recolha e no tratamento dos dados. O terceiro capítulo destina-se à apresentação e discussão dos resultados. Por último, apresenta-se a conclusão, com referência às limitações do estudo.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Cuidados de saúde ao adolescente no hospital

1.1 Cuidar em Enfermagem

De acordo com Collière (1999, p.324), “(...) cuidar não pode ser um ato isolado, amputado de toda a inserção social (...) cuidar é um ato social (...)”, que desde o início da história da humanidade é imprescindível no que concerne a garantir a manutenção, e a continuidade do grupo e da espécie. A prestação de cuidados é considerada a prática mais antiga do mundo, pelo facto de desde sempre existir a necessidade e a preocupação de “tomar conta da vida dos outros e da nossa” (Collière, 1999, p.33).

Segundo Meleis (2007), a enfermagem é uma entidade dinâmica, pelo que é sistematicamente revista e desenvolvida através do Saber e da perícia dos membros da disciplina, da investigação e de conhecimentos provenientes de outras disciplinas. No entanto, é dotada de elementos de estabilidade, tais como os conceitos major, que são: o cliente; a transição e a interação (Meleis, 2007). A interação entre o cliente e profissional de saúde, é o contexto em que os cuidados decorrem, no entanto durante longos anos foi desvalorizada, tendo-se uma visão somente biomédica. Contudo, ao longo dos tempos, a interação com o outro, passou a ser reconhecida, marcando a mudança ao nível da filosofia e da essência dos cuidados, o que levou a alterações nos cuidados de saúde hospitalares, principalmente quando direccionados ao cliente pediátrico. A essência de enfermagem mudou, sendo constituída, segundo Kim (1997), por quatro domínios: o domínio do cliente; o domínio do cliente-enfermeiro; o domínio da prática, e o domínio do ambiente. O domínio do cliente-enfermeiro vai ao encontro da valorização da interação, pois é um domínio resultante do encontro entre o enfermeiro e o cliente. O contacto entre enfermeiro-cliente, são ocasiões onde existe troca de informação, afeto, humanidade, sendo um meio de prestação de cuidados (Kim, 1997). Entender a evolução dos cuidados de enfermagem, no que concerne à sua filosofia e à sua essência, permite aumentar e aperfeiçoar a eficiência e a eficácia das intervenções dos enfermeiros, as quais, como consequência influenciam o estado do cliente, seja a nível físico,

psicológico, emocional, e consequentemente influenciam a experiência de hospitalização vivenciada.

Em Pediatria, a filosofia de cuidados corresponde aos cuidados centrados na família, ou seja, nos cuidados prestados durante a hospitalização existe uma colaboração entre “(...) o cliente, membros da família, médicos, enfermeiros e todos os membros da equipa de cuidados de saúde, a fim de alcançar os cuidados desejados para o cliente” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.9). A esta filosofia de cuidados estão inerentes outros conceitos como o empowement, a parceria de cuidados e a negociação. Ou seja, os enfermeiros valorizam o empowement ao envolverem “o cliente e as famílias no planeamento dos cuidados e no processo de decisão”, no presente estudo o cliente é o adolescente (Hockenberry & Wilson, 2014, p.10). Os enfermeiros promovem assim uma parceria de cuidados com os pais ou família da criança e/ou adolescente internado, “esta colaboração leva a que enfermeiros e pais trabalhem em conjunto no tratamento holístico da criança, atendendo assim a todas as suas necessidades” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.10). A negociação com o adolescente, tem como objetivo atender às suas necessidades e preferências e mantendo ao máximo as suas rotinas. Isto é, para estes autores, os enfermeiros como parceiros no cuidado, são desafiados a integrar as preferências da família e do adolescente “ (...) a fim de minimizar os efeitos negativos da hospitalização, maximizar os benefícios da hospitalização, garantir o planeamento e a preparação adequada para a alta” (Hockenberry, M. & Wilson, D., 2014, p.10). É importante realçar também os cuidados não traumáticos. Estes cuidados “dizem respeito ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experienciado pela criança e seus familiares” (idem, 2014, p.10).

Os adolescentes constituem um grupo heterogêneo de indivíduos, necessitando de um olhar atento às diferenças individuais (Rizzo, Miranda, Bonetto, Barbosa & Barbiani, 2019). O atendimento de adolescentes tem particularidades que envolvem questões éticas e legais. Por ser uma etapa da vida de grande crescimento e desenvolvimento, o adolescente procura o serviço de saúde por motivos diversificados, no sentido que o adolescente que recorre

pode estar no início da puberdade ou no final da adolescência, tendo o profissional de adequar a sua intervenção à fase de desenvolvimento do adolescente (Taquette, 2010). É fundamental separar o atendimento ao adolescente, em dois momentos, o primeiro acompanhado do seu responsável e o segundo, só com o adolescente, para ele ter oportunidade de expressar e revelar alguma informação que não queira revelar na presença dos pais e/ou responsável legal (Taquette, 2010). A diferença da relação profissional-cliente do grupo etário adolescente em comparação ao grupo etário criança, é que no caso do adolescente a relação do profissional é menos focada nos pais ou responsável legal, sendo o adolescente o foco principal, uma vez que já tem maturidade que lhe permite uma maior autonomia e capacidade de decisão (Taquette, 2010). Os princípios éticos no atendimento ao adolescente referem-se especialmente à privacidade, caracterizada pela possibilidade de o adolescente poder estar sozinho enquanto se comunica e se prestam cuidados de saúde; pela confidencialidade, definida como o acordo entre o profissional de saúde e o adolescente; pelo sigilo e pela autonomia (Taquette, 2010). O sigilo profissional apenas poderá ser quebrado nas seguintes situações: “(...) presença de qualquer tipo de violência: emocional, maus tratos, sexual, bullying, interpessoal no namoro; uso de álcool e outras drogas; sinais de dependência química; autoagressão, ideações suicidas ou de fuga de casa; tendência homicida; gravidez; aborto; sorologia positiva de HIV (comunicar aos familiares e à parceria sexual); não adesão a tratamentos, deixando o adolescente ou terceiros em risco; diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos e outros transtornos do campo mental.” (Rizzo et al., 2019, p.74).

O profissional de saúde deve atuar como mediador, apaziguador de conflitos, dirigindo-se ao adolescente de uma forma empática, assertiva e sincera, com o fim de esclarecer dúvidas e orientar (idem, 2019). O profissional de saúde vai ao encontro dos anseios e das frustrações do adolescente, sendo crucial evitar o julgamento de valores de modo a estabelecer-se uma relação de confiança (Rizzo et al., 2019).

Estes requisitos transmitem a necessidade de ir ao encontro dos critérios definidos pela World Health Organization para, os *Adolescent Friendly Health Services* (OMS, 2012). Por *health services*, entende-se um serviço constituído por profissionais de saúde que têm como o objetivo prevenir, detetar e tratar um

problema de saúde, por meio da orientação e do aconselhamento (OMS, 2012). Para os serviços de saúde serem considerados amigáveis para os adolescentes (*adolescent friendly health services*), devem ser acessíveis, aceitáveis, equitativos, apropriados e eficientes, de forma a respeitarem os seus direitos, necessidades e preferências. Os profissionais de saúde devem reger-se pela partilha de informação; o aconselhamento visando a promoção da saúde e a prevenção de comportamentos problemáticos; o diagnóstico, deteção e gestão de problemas de saúde e comportamentos problemáticos, e o encaminhamento para outras especialidade e apoios sociais, quando necessário (OMS, 2012).

A Enfermagem tem uma dimensão científica que envolve o desenvolvimento pessoal e também o desenvolvimento relacional com o adolescente, onde se fundem valores, princípios e deveres de qualquer enfermeiro. Um dos objetivos do enfermeiro, segundo Phaneuf (2005), é ajudar o cliente, neste caso, o adolescente, a adaptar-se a uma situação que não lhe é familiar, promovendo um ambiente seguro e afetuoso, crucial para o estabelecimento de uma relação terapêutica essencial no processo de cuidar. O enfermeiro prepara o adolescente “(...) para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências (...)” (Meleis et al., 2000, p.20).

1.2 A adolescência: breve abordagem ao desenvolvimento

O termo adolescente, etimologicamente vem do latim *Adolescere*, que significa crescer, brotar, fazer-se grande, incorporando as diferenças a nível étnico, cultural, e a nível das gerações. Desde a Grécia antiga, era reconhecido como “aquele que se elevou” (Saita, 2002), para cumprir os deveres dos adultos, sendo tratada com indiferença esta etapa do ciclo de vida. Com o desenvolvimento de estudos nesta área, passou a ser reconhecida a importância do período da adolescência, sendo considerada uma etapa do desenvolvimento fundamental à construção da identidade, onde as vivências desta fase constituem importantes determinantes na formação do ser adulto (Saita, 2002). Para o autor, “a busca de identidade própria e segura do adolescente, é baseada em rígidos princípios éticos, que envolvem respeito, autonomia, confiança, privacidade e confidencialidade” (Saita, 2002, p.34).

A adolescência é uma fase de grandes transformações biológicas, psicológicas, sociais e intelectuais, e é marcada pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados com as expectativas culturais da sociedade em que está inserido (Matos, 2009). Segundo a Hockenberry e Wilson (2014), “é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, um período de rápida maturação física, cognitiva, social e emocional, quando o menino se prepara para ser homem e a menina se prepara para ser mulher.”(p.150).

O limite cronológico deste período de transição não é unânime entre os autores, sendo definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entre os 10 e os 19 anos de idade (OMS, 2019). Em Portugal, a maioridade civil é atingida aos 18 anos, idade em que o indivíduo deixa de ser considerado criança, o que está de acordo com o limite etário superior para a criança, segundo a artigo 1º da convenção sobre os Direitos da Criança (ONU,1989).

Como já foi referido, a adolescência é uma fase de grandes e rápidas transformações. Ao nível do desenvolvimento físico, a adolescência é marcada por transformações físicas e biológicas, nomeadamente modificações do corpo que alteram a autoimagem. Todas as transformações físicas são características da puberdade, tais como o crescimento do corpo, a alteração da forma do corpo e o início da sexualidade, da intimidade, isto é, da maturação sexual (Claes, 1985). Graber (2016), defende que existe uma separação entre o desenvolvimento físico e social, pois apesar do organismo “amadurecer” rapidamente, o mesmo não acontece com o cérebro, que alcança a maturação social mais tardiamente, perto dos 20 anos de idade. “A aceleração somática que acontece na puberdade é isolada, ou seja, a evolução da psique não segue o ritmo de evolução do corpo.” (Graber, 2016, p.40).

Ao nível do desenvolvimento psicológico, foram vários os autores que se debruçaram sobre esta questão. Para Papalia & Feldman (2013), o adolescente para além das mudanças físicas, constrói o seu pensamento e o seu discurso de forma diferente. A velocidade de processamento de informação aumenta, e embora o pensamento possa permanecer imaturo, muitos deles são capazes de raciocinar em termos abstratos e de emitir julgamentos morais (Papalia & Feldman, 2013). Knobel (2007) definiu o Síndrome Normal da Adolescência, como uma representação que ilustra a questão do desenvolvimento psicológico

na adolescência. A representação ilustrativa criada pelo autor, é definida por dez pontos, que caracterizam o desenvolvimento psicológico do adolescente: “busca de si mesmo e da identidade; tendência grupal; necessidade de intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; deslocamento temporal; evolução sexual; atitude social reivindicativa; contradições nas suas manifestações de conduta; flutuações de humor e separação progressiva dos pais.” (idem, 2007, p.100). A busca de si mesmo e da identidade, diz respeito às modificações corporais e às expectativas da sociedade em relação ao adolescente, levando-o a vivenciar uma experiência nova na sua vida, que pode causar ansiedade. A tendência grupal, diz respeito, ao espírito de grupo, isto é, o adolescente na busca da sua identidade tenta procurar a uniformidade; a necessidade de intelectualizar e de fantasiar, corresponde à necessidade do adolescente recorrer ao seu mundo interior, como forma de se observar e decifrar a si mesmo; as crises religiosas, vão ao encontro da busca do adolescente pelos seus valores, pela identidade, podendo alterar aquilo que caracteriza o seu mundo interior, e consequentemente as relações que estabelece com os que o rodeiam; o deslocamento temporal, diz respeito à visão indiferenciada do adolescente, o mesmo não possui capacidade para delimitar e discriminar; a evolução sexual, corresponde à fase de grandes paixões, que representam os frágeis e intensos vínculos das suas relações interpessoais; a atitude social reivindicativa, configura-se em resposta às restrições impostas pela sociedade; as contradições nas suas manifestações de conduta, vão ao encontro da personalidade permeável característica da adolescência; as flutuações de humor, são influenciadas pelas modificações hormonais e pela ansiedade características desta fase. Por fim, a separação progressiva dos pais, diz respeito, à importância de estilos positivos parentais, com papéis estruturados e consistentes, facilitadores do desenvolvimento da autonomia (Knobel, 2007).

Ao nível do desenvolvimento social, a conquista e o desejo pela autonomia integram uma tarefa crucial nesta fase do ciclo de vida. O adolescente dentro e fora da família, vai tentar expressar a sua independência e irreverência (Graber, 2016). Para isso, a sua relação com o mundo social intensifica-se, e inicia-se nas escolas e nas atividades extracurriculares. É um processo de conquista de autonomia e de individualidade, ou seja, de construção da identidade (Graber, 2016). O processo de conquista da autonomia, pode

influenciar a relação com a família, conduzindo a modificações importantes na esfera interpessoal. Deste modo, a vinculação do adolescente aos pais é crucial para o desenvolvimento do adolescente nas diversas fases do processo de socialização (Soares & Campos, 1988). A relação com a família deve ser mantida com equilíbrio, e estabelecida através de interações bidirecionais (Graber, 2016).

A nível intelectual, a compreensão e a atribuição de significados às diversas transformações que ocorrem durante a adolescência, é consequência das mudanças na esfera intelectual. As mudanças no desenvolvimento cognitivo, dizem respeito ao início do pensamento formal, onde o adolescente realiza e constrói ideias sem necessitar de manipulação ou referências concretas, é capaz de tirar conclusões oriundas de hipóteses, adquirindo um pensamento hipotético-dedutivo (Piaget, 1972); à capacidade de distinguir o subjetivo do objetivo, e à capacidade de distinguir o eu do outro. O sistema de valores sofre mudanças, pois o adolescente já é capaz de estabelecer uma ligação entre o desenvolvimento moral e o desenvolvimento intelectual (Graber, 2016). O adolescente, além de pensar sobre os objetos, pensa também sobre si próprio, sobre os outros e o que acontece à sua volta. Relativamente a si próprio, questiona-se sobre as suas emoções; as suas sensações; as suas ideias; as relações que constroem com os pares, construindo a capacidade de se colocar no “lugar do outro” (Graber, 2016).

O adolescente está inserido num sistema familiar, os modelos afetivos e de interação, que os pais utilizam, têm repercussões no modo como ele aprende e se relaciona com os outros (Matos, 2009). No ambiente hospitalar, o adolescente encontra-se num ambiente que não lhe é familiar, com consequente interrupção das suas atividades diárias (Jorge, 2004), necessitando da parte dos enfermeiros, de sensibilidade para uma intervenção individualizada, ou seja, indo ao encontro das suas preferências e necessidades, e para isso é crucial incluir a família no cuidado. Para além do adolescente se distanciar do seu ambiente familiar, também as próprias famílias podem vivenciar sentimentos desde a impotência à culpa (Jorge, 2004).

Enquanto enfermeiros, tem de ser ter consciência que cuidar do adolescente, é também integrar a família no processo de cuidados de saúde,

centrando-se na adequação dos espaços e das intervenções às necessidades específicas dos adolescentes que são diferentes das crianças e dos adultos.

Autores, como Britto et al. (2012) interessaram-se pela compreensão da importância das dimensões emocional e espiritual, na vivência de uma situação clínica de saúde, e na vivência da hospitalização por parte dos adolescentes. Neste estudo, os autores demonstram o reconhecimento da importância do período da adolescência, no sentido de que uma positiva ou negativa experiência de hospitalização, pode influenciar o seu desenvolvimento futuro, e consequentemente a forma como o adolescente vivencia experiências futuras.

1.3 O evento da hospitalização no adolescente

A hospitalização, segundo a CIPE (2010, p.103), é um “evento ou episódio”, que pode interferir no desenvolvimento do adolescente, provocando alterações no foro físico e/ou no foro psicológico, por impossibilitá-lo num determinado período, de viver a sua rotina diária (Tavares, 2011). É notória, que a mesma leva à vivência de transições. As transições, segundo a Teoria de Afaf Meleis, podem definir-se em três vertentes: natureza; condições e padrões de resposta. No que diz respeito à natureza, existem quatro tipos de transições: a transição saúde-doença; de desenvolvimento; organizacional e situacional, e segundo Meleis (2007) citado por Magalhães (2011, p.14), uma transição é “a passagem de uma fase de vida, condição ou status para outra.”. A transição saúde-doença estabelece-se diante da passagem de uma condição saudável para uma condição de fragilidade; a transição de desenvolvimento pode ser definida, como transições que estão relacionadas com eventos de desenvolvimento individual e familiar e com as suas mudanças características; a transição situacional articula-se com eventos que exigem a definição ou redefinição de papéis do cliente, seja criança/adolescente ou família, e a transição organizacional está associada a mudanças relacionadas com o ambiente, seja social, político ou económico e com mudanças na estrutura e dinâmicas das organizações (Meleis, 2007). O adolescente hospitalizado está a vivenciar uma transição de desenvolvimento associado ao seu ciclo vital; uma transição de saúde-doença, associada ao motivo de admissão no hospital, que leva consequentemente à alteração do seu meio social, e uma transição

situacional, associada ao facto de estar sujeito a cuidados, havendo uma mudança no seu papel.

Nesta situação particular da vida do adolescente, os mesmos estão sujeitos a normas, rotinas, horários, tratamentos e procedimentos invasivos, num ambiente que lhes é estranho (Figueiredo, Almeida, Santos, & Carneiro, 2015), podendo os seus direitos ser postos em causa, nomeadamente o direito à privacidade (Pupulim & Sawada, 2002). A adolescência é um período de mudança e de tomada de decisão, sendo o adolescente considerado, por alguns autores, como um dos pacientes mais difíceis de cuidar no ambiente hospitalar (Hutton, 2002). O adolescente pode encarar o período da hospitalização, como uma perda de estatuto dentro do seu grupo de amigos, devido à sua ausência, e para além disso encaram as suas atuais rotinas limitadoras da sua independência, e por sua vez da sua privacidade (Hutton, 2002). Sendo imprescindível a existência de políticas protetoras, como é o caso da declaração dos Direitos da Criança e da Carta da Criança Hospitalizada. “No quadro nacional, a partir dos anos 80, registou-se a preocupação de tomar medidas e promulgar legislação que reconheça os direitos das crianças e valorize as funções parentais.”(Jorge,2004).

A declaração dos Direitos da Criança vigora dez princípios, dos quais no contexto deste estudo se evidenciam: “a igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade; o direito à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; o direito a um nome e a uma nacionalidade, e o direito à alimentação, moradia e assistência médica adequada para a criança e para a mãe” (ONU,1989).

A Carta da Criança Hospitalizada, foi criada em 1988, por várias associações europeias em Leiden e o Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança em 1996 procedeu à sua publicação em Portugal. Define princípios, que uma vez garantidos asseguram a excelência dos cuidados prestados, dos quais no contexto deste estudo se evidenciam, “ a admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa (...) ; uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite (...);as crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos

(...); deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável (...); o hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas (...); a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família; a equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança, e a intimidade de cada criança deve ser respeitada (...) ”(Carta da Criança Hospitalizada, DGS, 2017).

Figueiredo et al. (2015), realizaram um estudo que decorreu no Serviço de Pediatria Médica do Hospital Pediátrico, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com a participação de doze adolescentes, com idades entre 12 e 16 anos de idade, de ambos os sexos, internados há mais de 72 horas. Com este estudo concluiu-se que os adolescente valorizam as pessoas e o ambiente, condicionantes fundamentais para uma positiva experiência de hospitalização (Figueiredo et al., 2015). Trata-se de um estudo, exploratório e de natureza qualitativa, teve como objetivo conhecer as vivências dos adolescentes durante a hospitalização e identificar as suas necessidades no internamento, tendo-se evidenciado que o facto de o adolescente estar hospitalizado gera sentimentos menos positivos, o adolescente refere sentir-se “preso”, resultado também encontrado por Azevedo (2010), revelando que os hospitais, por questões de segurança, têm normas e regulamentos pouco flexíveis para as necessidades dos mesmos (Figueiredo et al., 2015). O isolamento social a que são sujeitos durante a hospitalização é o aspeto que mais parece influenciar as suas respostas (Figueiredo et al., 2015). A hospitalização interrompe as suas atividades de vida diária, para si significativas, pois como refere por Matos (2008) a família, os amigos, a escola, o lazer e a comunidade, são os contextos privilegiados dos adolescentes, com uma importância fundamental na construção da sua identidade.

Por outro lado, alguns adolescentes referem sentir-se confortáveis, podendo significar um sentimento de equilíbrio e aceitação da nova situação (Figueiredo et al., 2015).

Para além disso Soares e Dall’Agnol (2010), evidenciaram a exposição do adolescente a olhares externos, durante a hospitalização. Realizaram um

estudo com o objetivo de identificar a percepção que o adolescente tem da hospitalização e da sua privacidade no hospital, e os resultados salientaram que o corpo do adolescente é submetido a olhares e observações de forma constante, subjacente ao processo de cuidar, sendo privilegiada a dimensão biológica em detrimento das outras dimensões do adolescente (Soares & Dall`Agnol, 2010). Embora seja necessária a intervenção do profissional de saúde, é importante que se questione continuamente, quais são os seus limites no cuidado ao outro, os quais devem ser de acordo com os limites de quem está a ser cuidado, neste caso, o adolescente (Soares & Dall`Agnol, 2010). A integridade e a individualidade do adolescente hospitalizado têm o risco de ser desrespeitadas, pondo em risco o processo de autonomia e de tomada de decisão, tendo os profissionais de saúde de estar atentos para proporcionar ao adolescente o exercício da sua autonomia, cabendo também ao profissional proteger o adolescente das fragilidades inerentes à experiência de hospitalização. Para além disso, a equipa dos profissionais de saúde, nomeadamente a equipa de enfermagem, deve possuir conhecimentos sobre as transições, habilidades de comunicação para conseguir compreender o que realmente significam as suas vivências (Figueiredo et al., 2015).

Neste sentido, deparamo-nos com a necessidade de adequar os cuidados de saúde e por sua vez os serviços às necessidades específicas do adolescente. Vinagre e Barros (2019), realizaram um estudo exploratório, de natureza qualitativa, com o objetivo de identificar e analisar as preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde, através de oito entrevistas de grupos focais com 64 adolescentes entre os 13 e os 18 anos de idade. Salientou-se o facto de privilegiarem as características dos profissionais relativamente às condições dos serviços, destacando-se a importância que dão às atitudes relacionais dos profissionais, associadas às suas competências técnicas para o tratamento correto das doenças, reforçando a importância da informação e do esclarecimento de dúvidas com linguagem clara e adequada (Vinagre & Barros, 2019). Consideram que carece aos profissionais de saúde uma atitude de disponibilidade, simpatia e de compreensão, sem tratar os adolescentes como crianças e respeitando a sua confidencialidade (Vinagre & Barros, 2019). Segundo os adolescentes, para existir uma mudança favorável aos cuidados de

saúde, é necessário “(...) mais recursos humanos, melhores condições de acesso e de atendimento num ambiente físico acolhedor e amigável, facilitador de uma relação próxima e adequada com os profissionais de saúde.” (Vinagre & Barros, 2019, p. 1635). Concluiu-se que os adolescentes sentem a necessidade de serviços mais atrativos e confortáveis, onde o ambiente os estimule a falarem sobre os seus problemas e sentimentos. Este conhecimento tem motivado reflexões no sentido de desenvolver e implementar serviços mais adequados às necessidades dos adolescentes, isto é, que cumpram critérios de qualidade, correspondentes a um conjunto de características e condições acessíveis, aceitáveis e que respeitem a equidade, critérios estes que vão ao encontro da World Health Organization para os designados “Adolescent Friendly Health Services” (OMS, 2012; OMS 2015). Um ponto crucial para dar cumprimento a estes critérios, bem como aos requisitos para o atendimento ao adolescente preconizados pela secção de medicina do adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2005), é dar voz aos adolescentes, escutando as suas opiniões e perspetivas.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria apresenta como requisitos ao atendimento ao adolescente o dever de serem “respeitados os direitos dos adolescentes contemplados na Carta dos Direitos da Criança das Nações Unidas; os serviços de saúde devem dar respostas às necessidades de saúde dos adolescentes de um modo integrado, acessível e eficiente, num ambiente adequado; deve ser garantida a confidencialidade e promovida a autonomia para que o adolescente se sinta responsável pela sua saúde de forma integral; e devem ser desenvolvidas as diligências necessárias para que o acesso gratuito aos serviços de saúde seja alargado a toda a idade Pediátrica.” (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2005).

“Assim, o cuidado assume características solidárias, implicando não apenas proteger a saúde e o bem-estar do adolescente, mas refletindo-se no respeito à sua dignidade, à privacidade e à autonomia.” (Soares & Dall’Agnol, 2010).

2. A privacidade nos cuidados de saúde ao adolescente

2.1 Privacidade – conceitos e dimensões

O conceito de privacidade divide-se em duas vertentes: o primeiro, centra-se no controlo que o indivíduo exerce sobre o acesso dos outros a si próprio, e o segundo define a privacidade como uma condição ou estado de intimidade (Loch, 2003). Etimologicamente, a palavra privacidade tem origem num termo militar, que tem como significado privar, ou aquilo que é privativo de alguém, podendo estar relacionado com a limitação de acesso à pessoa, envolvendo questões relacionadas com o sigilo e o anonimato (Leino-Kilpia et al., 2001). Pode ser associada ao estilo de vida, à privacidade de evento, e à privacidade de personalidade (Sacardo & Fortes, 2000). A privacidade do estilo de vida do indivíduo refere-se à preferência individual nas vivências do quotidiano; a privacidade de evento significa que em determinadas atividades do dia-a-dia é necessário manter a privacidade, como por exemplo, nos cuidados de higiene, em determinados exames de diagnóstico e procedimentos; e a privacidade de personalidade está associada “à parte íntima da atividade autónoma do indivíduo” (Leino-Kilpia et al., 2001).

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa (2001), o conceito privacidade tem origem na palavra inglesa “privacy” com a aglutinação do sufixo “dade”, que significa “intimidade pessoal ou de algum grupo definido de pessoas, ambiente recatado e sossego”. A privacidade engloba cinco dimensões, a física, a psicológica, a familiar, a social e a informativa (Charles-Edwards & Brotchie, 2005; Leino-Kilpia et al., 2010), e os adolescentes valorizam todas as suas dimensões e esperam que as mesmas durante a hospitalização sejam preservadas (idem, 2010). Segundo Britto et al. (2012), a privacidade informativa é a mais valorizada por parte dos adolescentes, no entanto a privacidade social e física também influenciam a experiência de hospitalização e a sua disposição para ser cuidado.

A dimensão física, no âmbito da saúde, está relacionada com a proteção do pudor do cliente, no sentido de evitar o constrangimento em procedimentos invasivos (Charles-Edwards & Brotchie, 2005). Diz respeito, ao espaço pessoal e territorial, levando-nos a refletir sobre a vertente da dignidade, um direito

fundamental e inerente a todo o ser humano, que implica que todos sejam tratados sem minimizar os seus valores e direitos (Charles-Edwards & Brotchie, 2005). Por vezes, os indivíduos sentem-se desconfortáveis e embaraçados perante a nudez, pois culturalmente, incutiu-se que esta exposição não é apropriada e está muito associada à sexualidade e à sensualidade (Pupulim & Sawada, 2002). Por outro lado, segundo estes autores, a diferença de sexo entre os profissionais de saúde e os clientes, pode comprometer a manutenção da privacidade. É importante o profissional de saúde ter consciência que no cliente pediátrico também pode existir desconforto, sobretudo quando se trata de crianças em idade escolar e de adolescentes (Pupulim & Sawada, 2002). A dimensão psicológica, relaciona-se com o direito de o ser humano possuir a sua intimidade psíquica, na medida em que permite cultivar o interior de cada um de nós (Almeida, 2004). A esta dimensão está inerente, o desenvolvimento da autonomia pessoal; do crescimento; da autoavaliação e da autoproteção (Leino-Kilpia et al., 2001). A dimensão familiar, está relacionada com a liberdade e o direito da família fazer parte dos cuidados e ser integrada neste processo. Para além disso, diz respeito ao direito da família ter o seu espaço e o seu tempo (Charles-Edwards & Brotchie, 2005). A dimensão social tem uma grande conotação cultural, sendo que a cultura tem um impacto sobre a forma como o ser humano interage com o outro, e consequentemente como vivencia uma situação de hospitalização, em que o contacto com o outro está inerente (Leino-Kilpia et al., 2001). Por fim, a dimensão informativa, diz respeito, ao direito de o indivíduo poder determinar como, quando e em que medida a informação a seu respeito pode ser disponibilizada a outra pessoa ou instituição (Leino-Kilpia et al., 2001). Remete-nos ao sigilo profissional e ao direito à confidencialidade dos dados. Nos Estados Unidos, as associações de assistência ao adolescente, como a *American Medical Association*; a *American Academy of Pediatrics*; a *American Public Health Association*; o *American College of Obstetricians and Gynecologists*, e a *Society for Adolescent Medicine*, sublinham que o adolescente tem direito a assistência confidencial (American Academy of Pediatrics, 2017). Atualmente, com a evolução da tecnologia, muitos dos dados estão informatizados, o que segundo alguns autores, pela existência de passwords entre outros fatores, restringe o acesso à informação, minimizando a invasão da confidencialidade da informação de cada cliente.

O direito à privacidade é uma necessidade básica do indivíduo, que deve ser respeitada por todos e em qualquer circunstância, nomeadamente em ambiente hospitalar. Tendo sempre em conta o grupo etário, a situação e o cliente a quem prestamos cuidados.

O respeito pela privacidade do adolescente, direciona-nos ao código deontológico, particularmente ao artigo 107º e ao artigo 110º (Código Deontológico do Enfermeiro, 2015). O artigo 107º aborda a questão do respeito pela intimidade, que refere que o enfermeiro deve: “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família e salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (Código Deontológico do Enfermeiro, 2015). O artigo 110º, remete-nos à humanização dos cuidados, ao dever de o enfermeiro “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Código Deontológico, 2015). A humanização requer um processo reflexivo acerca dos princípios e valores que norteiam a prática profissional, e requer o respeito pela pessoa hospitalizada como ser humano, independentemente da sua idade, pressupondo a privatização do seu espaço, desde o momento da sua admissão até à alta (Serrão & Nunes, 2002). O exercício profissional do enfermeiro implica o respeito pela dignidade humana na sua plenitude. Neste sentido, o Código Ético dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), apresenta um conjunto de normas e princípios, direitos e deveres que norteiam a prática e a conduta ética dos enfermeiros. O CEPE (2017), determina que os profissionais de saúde, entre outros aspetos, têm o dever de respeitar a individualidade, o pudor, a privacidade dos clientes, ao longo do processo do cuidar.

O respeito pela privacidade do cliente, nomeadamente do adolescente, é considerado um dos princípios éticos mais vulneráveis no âmbito da saúde, por estar intimamente relacionado com o respeito ao cliente, e com a autonomia do cliente (Woogara, 2005). Estes dois princípios estão relacionados com o respeito à privacidade, pois esta implica liberdade de escolha, isto é, para quem, quando e em que circunstâncias é que as suas informações podem ser reveladas, e em que medida o seu processo de cuidados é desenvolvido (Woogara, 2005).

Pupulim e Sawada (2010), advertem para o facto de ser difícil manter a privacidade do adolescente em ambiente hospitalar, e para a importância da adoção de estratégias por parte da equipa de enfermagem, partindo estas, da sensibilidade e da reflexão crítica no processo de cuidar. Neste contexto surgem algumas questões, tais como: “qual o ângulo de visão dos enfermeiros em relação ao que acontece com o cliente no período em que este está a receber cuidados? Quais as atitudes dos enfermeiros para garantirem a privacidade durante os cuidados? Os enfermeiros conhecem os direitos dos clientes na totalidade? Como esses direitos são interpretados pelos enfermeiros?” (Guimarães & Dourado, 2013, p.456-457). No ambiente hospitalar, as questões ético-legais são discutidas pelas comissões de ética, sendo importante perceber se para além da preocupação legal, estas questões são refletidas e analisadas e como são postas em prática no quotidiano dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

2.2 Teorias associadas à privacidade

Ao longo dos anos foram desenvolvidas diversas teorias acerca do conceito de privacidade, que se complementam entre si, e fornecem subsídios para a construção do mesmo. Para além disso, contribuem para o esclarecimento dos fatores relacionados com as cinco dimensões da privacidade anteriormente referidas (Pupulim, 2009).

a) Teoria da Privacidade de Alan Westin

A privacidade pode ser reivindicada por indivíduos, por grupos ou instituições, de modo a determinar como, quando e em que circunstâncias o seu cuidar é personalizado. Segundo Westin (1970), o desejo do indivíduo por privacidade não é constante, ou seja, há uma constante reponderação entre o desejo por privacidade, e o desejo de revelar-se e comunicar-se, à luz das condições ambientais e normas sociais onde o cliente está inserido. Neste sentido, a privacidade consiste no afastamento voluntário e temporário do indivíduo da sociedade, por meios físicos e psicológicos, “(...) seja por uma condição de solidão ou intimidade quando em pequenos grupos, seja sob a condição de anonimato ou reserva quando em grupos maiores (...)” (Westin, 1970, p.75).

b) Teoria da Privacidade de Irwin Altman

Altman (1975), estudou o comportamento social humano em relação ao ambiente físico, ou seja, como as pessoas modificam a interação social consoante o ambiente circundante. Para o autor, existem conceitos chave associados ao estudo do comportamento social, nomeadamente, o conceito de privacidade, de espaço pessoal, de territorialidade e de aglomeração. A privacidade, segundo o autor, é um processo pelo qual a pessoa se torna mais ou menos acessível aos outros, sendo que o espaço pessoal e a territorialidade são mecanismos de defesa interpessoal utilizados para alcançar os níveis de privacidade desejados (Altman, 1975). A aglomeração é definida como uma condição social em que os mecanismos de privacidade não funcionam, resultando num excesso de contacto social (Altman, 1975).

c) Teoria da Territorialidade de Robert Ardey

Esta teoria fundamentou-se inicialmente em observações do comportamento animal, as quais foram seguidamente transportadas para o comportamento dos seres humanos. Ardey (1966, p.3), caracteriza território como a “área de espaço, que o indivíduo define como área exclusiva”. Para o autor, as ações do indivíduo têm origem no passado vivido, advindo a proteção do seu território da sua construção enquanto pessoa ao longo dos tempos (Ardey, 1966). Tanto os homens como os animais, lutam para possuir uma área, dominar o seu próprio território, pois tais ações proporcionam segurança. Ardey (1966), defende e evidencia que se existe no mundo animal social um direito biológico à privacidade, expressada pelo território privado ou pela distância individual, confirma a existência de tal direito e dever de valor biológico na espécie humana. A territorialidade é entendida como uma necessidade inata, pois vai ao encontro de três necessidades básicas do ser humano: de identidade, de autonomia e de segurança (Ardey, 1966).

d) Teoria Proxêmica de Edward Hall

A proxémica estuda o significado social do espaço, ou melhor, como o homem sistematiza inconscientemente o micro-espaço (Hall, 1986). O autor, defende que o uso do espaço é definido culturalmente e a percepção de distância e de proximidade é resultado dos sistemas sensoriais (visão, audição, olfato e tato). A teoria proxêmica divide o “espaço” em três vertentes: o espaço de características fixas, constitui estruturas físicas em volta do indivíduo; o espaço de características semifixas, relativo a estruturas físicas que podem ser

alteradas, e o espaço informal, relativo ao território pessoal que determina a distância interpessoal do indivíduo com o exterior (Hall, 1986). Para além disso, o autor defende que a distância interpessoal se divide na distância íntima, pessoal, social e pública. A privacidade seja psicológica ou física, depende da interação entre os espaços em si, e da distância estabelecida em cada contacto.

2.3 Contributos de estudos desenvolvidos na área

Como anteriormente referido, ao longo do tempo foram desenvolvidos diversos estudos, que incidiram na compreensão da importância da dimensão psicológica, social e intelectual do ser humano, desde a emocional à espiritual, na vivência de uma situação clínica de saúde e na vivência da hospitalização. Spitz (1948), Bowlby e Robertson (1952), e Britto et al. (2012), foram alguns dos autores, que se interessaram por esta temática. Spitz (1948), Bowlby e Robertson (1952), avaliaram o impacto psicológico da hospitalização; do isolamento e da privação materna na criança, e Britto et al. (2012), estudaram o impacto da hospitalização na privacidade dos adolescentes, tendo os autores demonstrado que a dimensão psicológica pode ser afetada e que os profissionais de saúde têm de estar conscientes e atentos a esta realidade. Perante os resultados de estudos desenvolvidos na área, assistiram-se a modificações nas condições de hospitalização (Winkelstein, 2006; Salvaterra, 2007), nomeadamente na existência de quartos individuais; na preparação pré-hospitalar; na existência de visitas de familiares e na orientação aos pais (Winkelstein, 2006; Salvaterra, 2007). Hutton, em 2002, desenvolveu um estudo com o objetivo de perceber as necessidades do adolescente durante a hospitalização, tendo como participantes adolescentes que passaram mais de dez dias internados nos últimos dois anos. Os resultados da autora evidenciam a necessidade destas mesmas modificações, pois o adolescente hospitalizado sente-se privado da sua independência, e por sua vez da sua privacidade (Hutton, 2002).

Para além dos autores anteriormente referidos, outros autores nacionais e internacionais revelaram preocupação pelo estudo destas questões. A nível nacional, Lino (2013), desenvolveu um estudo com o objetivo de identificar os sentimentos vivenciados pelos adolescentes durante a hospitalização, e conhecer as suas expectativas e as necessidades relativamente ao internamento.

A amostra foi constituída por adolescentes dos 15 aos 18 anos de idade hospitalizados há mais de 24 horas, nos serviços de Cirurgia; Ortopedia e Especialidades médicas na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. Nestes serviços admitem também adultos, e admitem adolescentes entre os 15 e os 18 anos de idade, daí o foco da autora ser apenas no grupo etário anteriormente mencionado. O estudo inclui diversos domínios, nomeadamente o domínio da privacidade, onde emergiram cinco categorias: o espaço físico; as relações interpessoais com pessoas mais velhas; isolamento; presença de objetos pessoais e a prestação de cuidados de enfermagem. Relativamente à categoria “espaço físico”, a maioria descreve que o espaço físico das enfermarias é espaçoso e agradável. Quanto às “relações interpessoais com pessoas mais velhas”, a maioria refere que gostam e que se sente bem com pessoas mais velhas que se encontram na mesma enfermaria. Na categoria “isolamento”, um grande número de adolescentes prefere estar acompanhado para conversar no entanto alguns deles preferem estar num quarto sozinho. Na categoria “presença de objetos pessoais”, a maioria refere não sentir falta de nenhum objeto pessoal, tendo já o necessário, outros referem a falta do computador e da televisão. Por fim, na categoria “prestação de cuidados de enfermagem”, todos os inquiridos referiram que a privacidade foi respeitada na íntegra durante a prestação de cuidados de enfermagem. No entanto, os adolescentes sentem alguma “frieza” de alguns profissionais de saúde e associam essa atitude de distanciamento ao facto de estarem num serviço com adultos, concluindo a autora que os adolescentes preferiam estar internados em serviços de pediatria.

A nível internacional, no Brasil, Silva e Honicky (2009) desenvolveram um estudo na Universidade Estadual do Centro-Oeste, com o objetivo de compreender o impacto da hospitalização no adolescente. Trata-se de um estudo qualitativo, onde o instrumento de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada. Em relação à hospitalização, esta é encarada pelos adolescentes como invasiva e limitadora da liberdade, e para além disso sentem-se privados de conviver com a sua família e amigas (Silva & Honicky, 2009). O repouso no leito, a falta de privacidade, os procedimentos hospitalares modificam a sua perceção de controlo, sentindo-se impotentes (Armond & Boener, 2004). A hospitalização foi sentida como privação da rotina, e de direitos como a privacidade e o convívio com o outro (Silva & Honicky, 2009).

Souza, Gomes, Queiroz, e Bezerra (2012), realizaram um estudo qualitativo, numa unidade pediátrica, do Hospital da Fortaleza. Participaram oito adolescentes, respondendo a entrevistas semiestruturadas, onde algumas questões solicitavam desenhos para posteriormente falarem sobre eles. Como critério de inclusão, os participantes deveriam estar hospitalizados há mais de cinco dias e ter idade compreendida entre os seis e os dezoito anos de idade. Pretendia-se assim compreender a hospitalização pelo olhar da criança e do adolescente (Souza et al., 2012). Os resultados indicaram que a hospitalização é percebida pelo adolescente como algo invasivo, que provoca stress e tristeza, e sentimentos como saudade e vergonha, pela exposição física e de informação por vezes causada pelos profissionais de saúde. Concluiu-se que a preocupação com o espaço físico e com as atitudes dos profissionais no dia-a-dia são pontos que merecem destaque e devem ser reconhecidos por todos os profissionais de saúde que cuidam da criança e do adolescente (Souza et al., 2012).

Loch, Clotet, e Goldim (2007), realizaram um estudo na Universidade Católica do Rio Grande do Sul. O objetivo era conhecer as opiniões dos estudantes sobre o grau de privacidade relativo à informação que consideram adequado perante várias situações clínicas: ideias de suicídio; vítima de violência física; anorexia e bulimia; vítima de abuso sexual; vírus da imunodeficiência humana (HIV) positivo; hábitos tabágicos e de consumo de álcool; doenças sexualmente transmissíveis, e gravidez e homossexualidade, nomeadamente em quais destas situações admitem quebra do sigilo profissional. Participaram 711 universitários, entre os 16 e os 21 anos de idade, a frequentar o 2º Semestre do curso de Enfermagem e de Medicina. Verificou-se que 82% dos estudantes considerou que as informações pessoais podem ser partilhadas com familiares e amigos, somente após o seu consentimento, e 33,6% confere autoridade aos profissionais de saúde para revelar, sem consentimento, as suas informações pessoais. Porém quando há risco da sua integridade física, ou da integridade física de terceiros, 71,6% e 72,3% respetivamente, consideram que a sua informação pessoal pode ser partilhada sem o seu consentimento. Também Wadman et al.(2014), realizaram um estudo com profissionais de saúde no Canadá, no Hospital Infantil de Alberta em Calgary, no âmbito da dimensão informativa da privacidade. Tinha como objetivo identificar o conhecimento dos profissionais acerca do direito à

confidencialidade; de investigar a prática deste direito, e as repercussões que as práticas tinham no adolescente. Os autores evidenciaram a falta de conhecimentos dos profissionais de saúde acerca desta dimensão, o que conduzia a práticas desprotegidas do direito à confidencialidade, expondo o adolescente a situações de constrangimento e desconforto (Wadman et al., 2014).

No Brasil, Lima, Jorge, e Moreira (2006), desenvolveram um estudo, direcionado a profissionais do Hospital Pediátrico de Fortaleza, para avaliar a satisfação dos mesmos. Participaram 38 profissionais desde enfermeiros aos seguranças, onde o critério de inclusão era apenas trabalharem no hospital e aceitarem as condições do estudo, assinando o consentimento. O instrumento de colheita de dados foi um questionário elaborado pelo Comitê Técnico de Humanização do Ministério da Saúde (Lima et al., 2006), que abordava diversas temáticas, nomeadamente questões acerca da privacidade do cliente pediátrico. Entre os participantes, 26 relataram existir privacidade nos serviços, 13 consideraram razoável a privacidade existente, e outros 13 referiram que devia ser um aspeto a melhorar (Lima et al., 2006). No entanto, houve ainda 8 participantes que referiram a não existência de qualquer privacidade e confidencialidade no trabalho entre profissionais, clientes pediátricos e acompanhantes. Foi unânime a opinião de que era necessário melhorar os cuidados, tendo em conta a opinião de quem está a ser cuidado e ter em consideração o seu espaço, tanto o espaço físico como o espaço emocional (Lima et al., 2006).

O ambiente hospitalar, pelas suas características, favorece o estabelecimento de relações de poder e de assimetria entre os profissionais de saúde e os clientes. Deste modo, é crucial desenvolver estudos nesta área, dando voz aos participantes, de forma a conseguirmos conhecer e compreender as perceções de quem é alvo dos cuidados, neste caso os adolescentes, bem como de quem deles cuida, particularmente os enfermeiros, podendo refletir-se posteriormente num aumento da qualidade dos cuidados de saúde, conduzindo a maior probabilidade de experiências de hospitalização positivas (Dall'Agnoll, 2011).

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

1. Tipo de estudo e objetivos

O enfermeiro é o profissional de saúde que, pelas suas competências assume um papel preponderante e privilegiado no cuidado à pessoa humana (Sousa, 2014). Tratando-se de adolescentes, salientam-se as características desta etapa do desenvolvimento que requer dos enfermeiros um cuidado particular, centrado na especificidade das suas necessidades e preferências. Neste sentido, pretende-se ir ao encontro do adolescente para escutá-lo, com o foco na sua privacidade, e pretende-se ir ao encontro da equipa de enfermagem, de modo a conhecer as suas perspetivas acerca dos cuidados diários aos adolescentes em situação de internamento, reconhecendo-os como protetores ou não da privacidade do mesmo, e o impacto que a hospitalização, e consequentemente as práticas dos profissionais, têm no adolescente.

Partiu-se, assim de uma questão central:

- Quais as perspetivas dos adolescentes e dos enfermeiros sobre o impacto da hospitalização na privacidade do adolescente?

Tendo-se definido um conjunto de objetivos:

Objetivo Geral: Compreender as perspetivas dos adolescentes e dos enfermeiros acerca do impacto do internamento hospitalar na privacidade dos adolescentes, no sentido de implementar intervenções de enfermagem individualizadas e mais ajustadas às suas necessidades e preferências.

Objetivos Específicos:

- Conhecer o(s) significado(s) de privacidade para o adolescente internado num serviço hospitalar e a importância que lhe(s) atribuem;
- Identificar as necessidades e preferências dos adolescentes ao nível da privacidade durante o internamento;
- Identificar sugestões de intervenções de enfermagem adequadas às suas necessidades, no âmbito da privacidade;
- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o(s) significado(s) que os adolescentes atribuem à privacidade e quais as dimensões que eles mais valorizam;

- Conhecer as perspetivas dos enfermeiros sobre o que tem maior impacto na privacidade dos adolescente durante o internamento;
- Descrever as opiniões dos enfermeiros sobre as condições físicas e as atitudes dos profissionais de saúde, que podem ser ajustadas/melhoradas, no que diz respeito à privacidade dos adolescentes.

Atendendo à questão de partida e aos objetivos definidos, optou-se por realizar um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa.

A metodologia qualitativa permite descrever e explorar experiências e conhecer as opiniões, os pensamentos, as crenças, isto é, os pontos de vista dos indivíduos (Strang, 2000; Fortin, 2003; Rubiales et al., 2004). Refere-se a estudos de significados; representações sociais, psíquicas, simbólicas; percepções e analogias (Fortin, 2003; Strang, 2000; Rubiales et al., 2004). Segundo Bogdan (1991), a investigação qualitativa possui cinco características muito específicas. De acordo com o autor, pode referir-se que no presente estudo: a fonte direta de dados é o ambiente natural; a investigação qualitativa é descritiva e os dados recolhidos não são números, são palavras; é feita a transcrição dos discursos das entrevistas sendo os dados analisados posteriormente, tendo em conta essa mesma transcrição; o interesse do estudo é focado não apenas nos resultados, mas sim em todo o processo desenvolvido; e os dados recolhidos serão analisados de forma indutiva e não têm como objetivo confirmar ou refutar uma hipótese.

O significado é major na investigação qualitativa, pretendendo-se assim, neste estudo, abordar os adolescentes e os enfermeiros, no sentido de identificar percepções, ideias e significados partindo da vivência das suas experiências, pelo que a entrevista semiestruturada foi eleita como o instrumento mais adequado a utilizar na recolha de dados.

2. Participantes

Os participantes a incluir serão os adolescentes entre os 10 e os 19 anos de idade (OMS, 2019), internados num Serviço Pediátrico de um Hospital privado de Lisboa, há pelo menos 12 horas, e enfermeiros a exercer funções no mesmo serviço.

Nos critérios de seleção dos enfermeiros seguiu-se a classificação de Benner (2001). Segundo a autora, o enfermeiro passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente e perito. Estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças, em três aspectos gerais, que se introduzem à medida que se adquire uma nova competência. O primeiro aspecto é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização de uma experiência passada concreta; o segundo aspecto é a modificação do modo como o profissional de saúde consegue avaliar de uma forma crítica uma situação de saúde, e o terceiro é a passagem de observador desligado, a executante envolvido (Benner, 2001).

O Iniciado, não tem qualquer experiência das situações com que ele possa ser confrontado. O recém-licenciado, é integrado no serviço com o estatuto de iniciado, tendo dificuldade em transferir aquilo que aprendeu nos livros para a realidade do dia-a-dia.

O Iniciado Avançado, aquele que já experienciou algumas situações do dia-a-dia, no entanto ainda necessita de ajuda nas questões de priorização das necessidades, nas questões de triagem, desde uma situação não urgente, a uma situação emergente.

O Competente, trabalha no serviço há dois ou três anos. Torna-se competente quando começa a aperceber-se das suas ações em termos objetivos, ou tem uma visão dos planos que implementa, a longo prazo.

O Proficiente, analisa as situações como um todo, guiando as suas ações por máximas. Aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos numa determinada situação, e quais os improváveis de acontecer.

Por fim, o Perito, tem uma vasta experiência, compreendendo de uma forma intuitiva cada situação e apreendendo diretamente o problema sem se perder num largo espectro de soluções e diagnósticos (Benner, 2001).

Neste sentido, pretende-se realizar uma entrevista a cinco enfermeiros, duas realizadas a iniciados avançados e competentes, considerando de um a cinco anos de experiência, e três entrevistas realizadas a peritos, considerando entre 10 a 20 anos de experiência, incluindo a chefe de serviço, de modo a ter a perceção do enfermeiro que gere e melhor conhece a dinâmica do serviço. Considera-se ser uma mais valia a heterogeneidade do grupo ao nível dos

conhecimentos e do tempo de experiência profissional, de modo a transmitirem percepções diferentes sobre o tema em estudo, atendendo ao seu nível de perícia.

O Serviço Pediátrico onde irá ser desenvolvido o estudo é um serviço maioritariamente cirúrgico. É um serviço Pediátrico, no entanto acolhe adultos se o hospital não tiver vaga noutros serviços. O serviço é constituído por duas alas, a ala a e a b, sendo que muitas vezes não é possível colocar os clientes pediátricos numa ala e os adultos na outra ala.

A especialidade predominante é Ortopedia, sendo as cirurgias mais frequentes artroscopia do joelho, meniscectomias e artroplastia do ombro.

3. Instrumento de colheita de dados e procedimentos

Atendendo aos objetivos do estudo, o instrumento de recolha de dados considerado mais adequado foi entrevista individual semiestruturada direcionada aos adolescentes, tendo sido contruído um guião (Apêndice I), e direcionada aos enfermeiros, tendo por base outro guião (Apêndice II). A entrevista é utilizada para recolher dados descritivos, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a forma como os indivíduos interpretam aspetos do mundo (Bogdan, 1991). É uma técnica de recolha de dados, assumindo-se como um processo de descoberta e sistematização da informação pela possibilidade de explorar, aprofundar e clarificar alguns pontos do discurso dos adolescentes, bem como enfermeiros, permitindo um melhor conhecimento das suas ideias, explicitação das suas vivências (Bogdan, 1991), necessidades e sugestões.

As entrevistas aos adolescentes e aos enfermeiros foram realizadas após assinatura do consentimento informado (Apêndice III; Apêndice IV; Apêndice V) e após o esclarecimento de qualquer questão dos participantes. As entrevistas aos adolescentes foram realizadas no quarto individual do mesmo, questionando sempre se o adolescente preferia estar sozinho ou acompanhado aquando da realização da mesma. As entrevistas aos enfermeiros foram realizadas num dos gabinetes do serviço. Foram gravadas, mediante autorização, sendo que alguns pais/responsáveis legais e adolescentes não autorizaram. O registo foi realizado através do telefone, quando a gravação foi possível, as outras foram registadas manualmente no guião previamente impresso.

Previamente à recolha de dados para o estudo, foram efetuadas duas entrevistas para validar as questões dos respetivos guiões e perceber se os dados iam ao encontro dos objetivos dos estudos. Relativamente ao guião da entrevista aos adolescentes (Apêndice I) foi necessário alterar apenas uma questão no sentido de clarificação, tendo-se incluído exemplos de situações. A duração das entrevistas variou entre 20 e 35 minutos, tendo sido realizadas entre março a junho de 2020.

Relativamente ao guião da entrevista aos enfermeiros, não foi necessário proceder a alterações. É importante referir que inicialmente não estava prevista a realização de entrevista individual, mas sim entrevistas de grupo (*focus group*) com dois grupos de enfermeiros do serviço, no entanto surgiu a pandemia associada ao coronavírus (COVID-19), e foi reformulada a forma de recolher os dados, por necessidade de uma melhor adequação face à realidade dos profissionais do serviço. O tempo de realização das entrevistas variou entre 20 e 25 minutos, tendo sido efetuadas nos meses de julho e agosto de 2020.

4. Tratamento dos dados

Inicialmente as entrevistas dos adolescentes e enfermeiros foram transcritas para posterior construção *corpus* textual e sua importação para o programa *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), para a análise dos dados. A construção do *corpus* textual, diz respeito, à preparação do conteúdo do texto para análise.

O software IRaMuTeQ foi desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009), e permite realizar análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas de palavras (Camargo & Justo, 2013). A análise de *corpus* textual consiste num tipo específico de análise de dados, na qual se trata de material verbal transcrito, ou seja, de textos produzidos em diferentes condições tais como: textos escritos pelo próprio indivíduo, transcrições de entrevistas, documentos, podendo ser material individual ou coletivo (Camargo & Justo, 2018). A análise de dados textuais, através deste programa, propõe que se supere a dicotomia entre o quantitativo e o qualitativo na análise de dados, pois possibilita que se quantifique e que se aplique cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas, os textos (Camargo & Justo, 2013).

O IRaMuTeQ oferece cinco tipos de análise textual: estatísticas, especificidades e análise fatorial de correspondência; classificação hierárquica descendente; análise de similitude e nuvens de palavras (Camargo & Justo, 2018).

As vantagens da utilização do *software* IRaMuTeQ são o facto de ser gratuito tornando-o de fácil acesso; oferece um leque de opções para o uso de técnicas isoladas ou combinadas ultrapassando a dicotomia dos dados qualitativos e quantitativos, traduzindo-se num conjunto de análises textuais; potencializa a organização dos dados de pesquisa; e promove maior rigor metodológico à pesquisa qualitativa (Sousa, Gondim, Carias, Batista, & Machado, 2020).

Para a análise dos dados recorreu-se à Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Previamente à utilização do *software*, nomeadamente à realização da CHD, é necessária a preparação e a codificação do texto inicial. A preparação do texto inicial significa transcrever as entrevistas, cada uma separada por uma linha de comando constituída por variáveis e numerada conforme o participante correspondente (**** *n_1, **** n_2), constituindo esta transcrição o *corpus* da análise (Camargo & Justo, 2018).

Posteriormente é realizada a classificação hierárquica descendente, através do processamento dos dados. Com base no *corpus* original, a criação dos segmentos de textos e a associação de cada um, permite o agrupamento das palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa dos dados. Esta análise qualitativa é realizada através do agrupamento de palavras previamente dado pelo *software*, com base no qui-quadrado (χ^2) e na significância $< 0,001$ (p). O qui-quadrado (χ^2) revela a força associativa entre as palavras e a sua respetiva classe, menor valor do qui-quadrado representa uma menor relação entre as variáveis e a respetiva classe; a significância (p) identifica o nível de significância da associação da palavra com a classe (Camargo & Justo, 2018). Após o agrupamento dos dados, de acordo com as ocorrências de palavras, o *software* organiza os mesmos num dendograma que ilustra as relações entre as classes (idem, 2018). O dendograma pode ser representado na forma horizontal, onde a sua leitura é da esquerda para a direita, e na forma vertical sendo a sua leitura de cima para baixo (idem, 2018). Na forma horizontal,

apresenta as partições que foram executadas na classificação dos segmentos de texto do *corpus*, as quais geram *sub-corpora* que correspondem às classes (Carvalho & Justo, 2013). Na forma vertical, conseguimos visualizar as principais palavras com vocabulário semelhante entre si e o vocabulário diferente entre outras classes (idem, 2013). Este modo de representação favorece a visualização das principais palavras que formam cada classe construída pelo software, quanto mais no topo da lista e maior o tamanho da palavra, maior influência tem a palavra na classe (idem, 2013).

Neste sentido, optou-se por utilizar a CHD porque permite construir um esquema hierárquico das classes, possibilitando a análise de forma clara do corpus, isto é, a análise dos dados organizados de acordo com os objetivos. Permite visualizar os resultados tendo em conta a sua relevância e a relação entre os mesmos.

5. Questões éticas

Os princípios éticos estão inerentes ao processo de investigação, neste sentido, foi inicialmente realizado um pedido à Comissão de Ética do Hospital onde foi desenvolvido o estudo, tendo sido dado o parecer favorável¹ à realização do mesmo. Para tal, foi solicitado a apresentação do Projeto de Investigação na sua íntegra.

O consentimento informado foi assinado pelos participantes (Apêndices III e V) e/ou pelos responsáveis legais (Apêndice IV), após terem sido informados dos objetivos do trabalho; do tipo de participação solicitada; dos meios a usar, como a gravação, esclarecendo o direito de recusa e de desistência caso assim o entendessem, sem qualquer repercussão negativa para os próprios. Foi também garantido o anonimato, e a confidencialidade dos dados, pretendendo a procura da fidelidade dos dados, um requisito de integridade científica (Holzemer, 2010).

¹ Parecer favorável da Comissão de Ética - Ref. CES/02/2020/ME

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados, obtidos no estudo, e respetiva discussão. Inicia-se por uma breve caracterização sociodemográfica dos adolescentes e dos enfermeiros que participaram neste estudo através de entrevistas individuais semiestruturadas, cujo tratamento de dados foi realizado com recurso ao software IRaMuTeQ, com uso da análise estatística, CHD.

1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

No que diz respeito aos adolescentes, foram entrevistados 40 adolescentes, vinte e dois do sexo masculino (55%), e dezoito do sexo feminino, (45%), com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos de idade, com uma média de 15 anos de idade, sendo que quatorze (35%) tinham entre os 10 aos 14 anos de idade, e vinte seis (65%) entre os 15 e os 19 anos de idade. Quanto à experiência hospitalar, se era o primeiro internamento ou se já teve internado anteriormente, trinta e dois adolescentes (80%) não tinham experiências anteriores de hospitalização, enquanto oito deles (20%) já tinham experiências anteriores de internamento hospitalar. Relativamente às habilitações académicas, dezoito adolescentes (45%) frequentavam o ensino básico, dezoito (45%) o ensino secundário, e quatro (10%) o ensino superior.

No que diz respeito aos enfermeiros, foram entrevistadas cinco enfermeiras, sendo que no serviço onde foi realizado o estudo a equipa de enfermagem é constituída apenas por elementos do sexo feminino. Quanto às habilitações académicas, três enfermeiras (60%) possuíam licenciatura em enfermagem, as outras duas (40%) tinham outra formação associada, uma possuía especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, e a outra tinha também uma licenciatura na área da medicina chinesa, acupuntura e fitoterapia. No que diz respeito à experiência profissional, duas enfermeiras (40%) possuíam entre 1 a 5 anos de experiência, e as restantes três (60%) tinham entre 10 e 20 anos de experiência. Quanto ao tempo de exercício no serviço em questão duas enfermeiras (40%) trabalhavam no serviço entre 1 a 5 anos, e as restantes três (60%) entre os 10 e os 20 anos.

2. Apresentação dos resultados

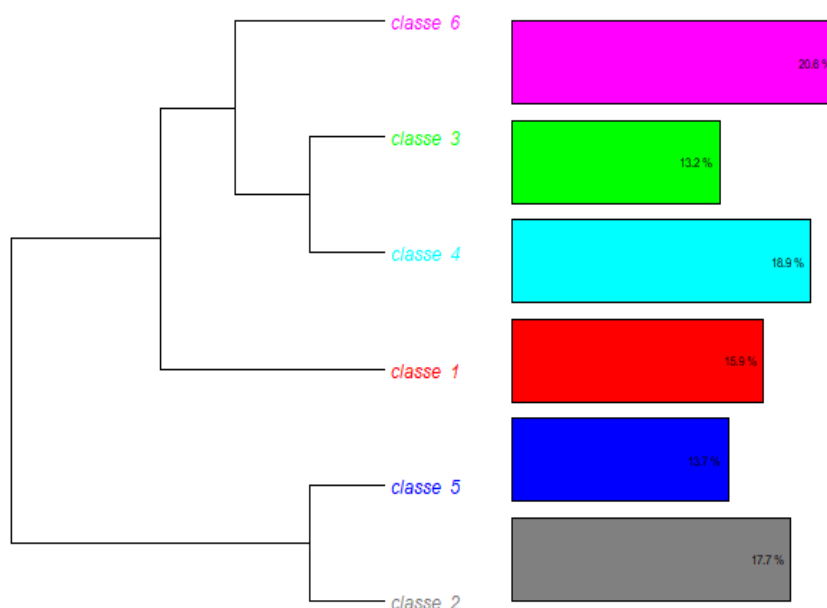
Os participantes do estudo foram selecionados tendo como suporte, no caso dos adolescentes, as variáveis de caracterização, idade e experiência de hospitalização, e para os enfermeiros consideraram-se as habilitações académicas, a experiência profissional e o tempo de exercício no serviço, dado que os estudos qualitativos têm como um dos pressupostos a heterogeneidade de grupo. Uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenómeno (Minayo, 2017). No entanto, depois de se ter tentado a análise do *corpus* textual com cada uma das variáveis individualmente, não resultaram dados significativos. Deste modo, para além dos motivos apresentados anteriormente que justificam o recurso à CHD, este facto justifica não ter apresentado a análise segundo as outras análises textuais permitidas pelo IRaMuTeQ.

Inicia-se pela apresentação dos dados relativos aos adolescentes. Para a obtenção de resultados no software IRaMuTeQ, utilizou-se um grupo de textos (n=40), o qual se denomina de *corpus textual* (Camargo & Justo, 2016). Da análise textual proveniente das entrevistas aos adolescentes verificou-se 1578 ocorrências de palavras, distribuídas em 519 formas.

Na CHD, foram analisados 452 segmentos de texto com retenção de 88,94%, com uma média de ocorrência de 18 palavras para cada forma, sendo o dobro da frequência de 38, critério utilizado como ponto de corte para a inclusão dos elementos no dendograma (Camargo & Justo, 2018).

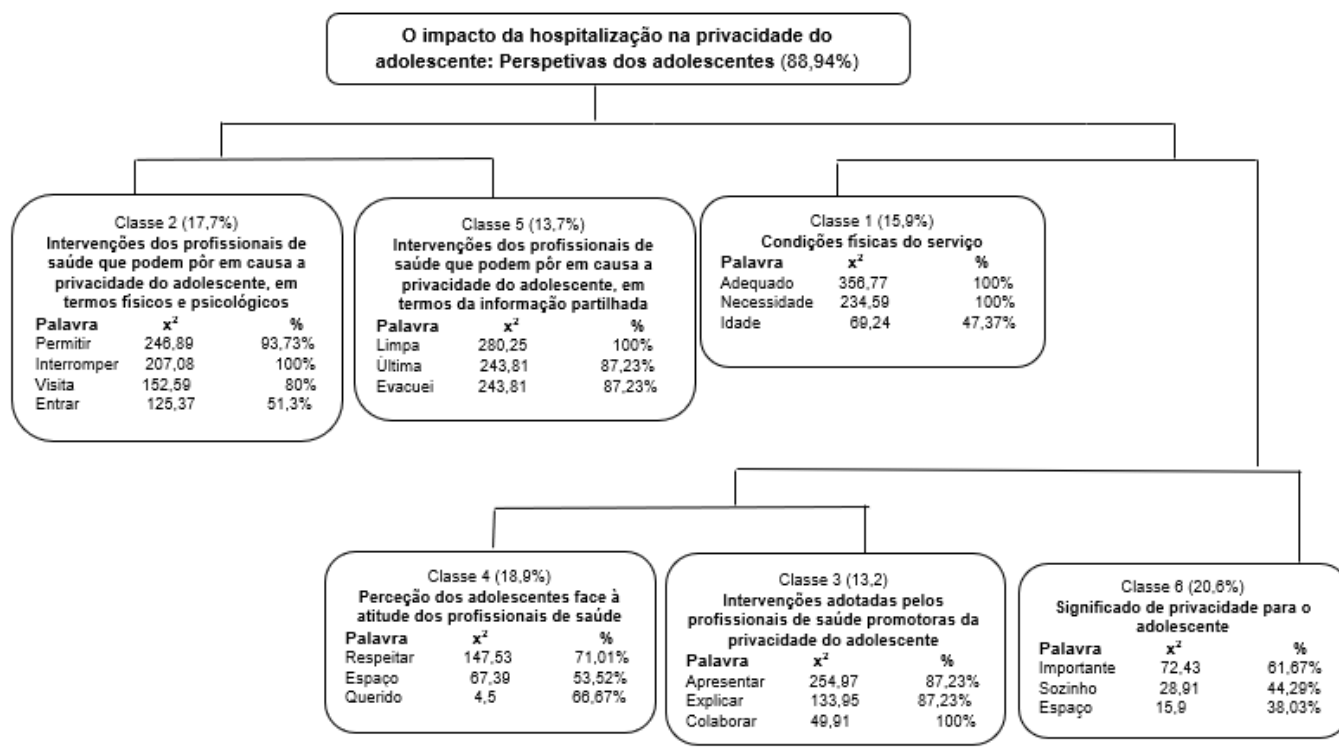
A retenção de 88,94% deu origem a um dendograma (Figura 2) constituído por 6 classes (Figura 1), a partir daqui, é possível começar a traçar interpretações acerca das formações de cada classe e assim compreender as aproximações e afastamentos entre as classes concebidas.

Figura 1. Dendograma das classes fornecidas pelo software IRaMuTeQ



Inicialmente, o *corpus* foi dividido em dois *sub-corpora*, separando as classes 1,6,3, 4, das classes 5 e 2; num segundo momento o *sub-corpora* maior foi dividido, separando a classe 1 das restantes; e num terceiro momento houve a divisão da classe 6 das classes 3 e 4 (Figura 2). As classes 5 e 2 por fazerem parte do mesmo *sub-corpora* apresentam aproximações entre si e distanciamento frente às classes 1,6,3 e 4, respectivamente, visto que quanto mais afastado no chaveamento da CHD, menores as relações entre as palavras no contexto das classes. Quanto maior proximidade entre as classes, maior a afinidade contextual, (Moraes & Galianzi, 2011; Moraes, Galianzi, & Ramos, 2013; Lima & Ramos, 2017).

Figura 2. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das perspectivas dos adolescentes sobre o impacto da hospitalização na sua privacidade



A classe 2, com retenção de 17,7% dos segmentos de texto analisados, foi intitulada “Intervenções dos profissionais de saúde que podem pôr em causa a privacidade do adolescente, em termos físicos e psicológicos”. Nesta classe emergem como principais palavras: permitir, interromper, visita e entrar. Por meio do vocabulário lexical, observa-se que na dimensão física da privacidade o que pode pôr em causa a privacidade dos adolescentes é entrar no quarto sem avisar, e consequentemente interromper a atividade do adolescente, com por exemplo falar com a família, amigos. Na dimensão psicológica da privacidade, o que pode pôr em causa a sua privacidade é os profissionais entrarem constantemente no seu quarto e não permitirem visitas. Como se pode observar pelos seguintes excertos:

“Entrar no quarto sem avisar (...) Estarem constantemente pessoas a entrar no quarto”; “Ah! Entrar no quarto sem avisar e estarem constantemente pessoas a entrar (...)” (e16) e (e12).

A classe 5, com retenção de 13,7% dos segmentos de texto analisados, foi intitulada “Intervenções dos profissionais de saúde que podem pôr em causa a

privacidade do adolescente, em termos da informação partilhada”. Destacam-se as palavras: limpa, última e evacuei. Analisando o vocabulário lexical, o que incomoda mais os adolescentes de ser partilhado sobre si é o número de vezes e a última vez que evacuou e se a sua ligadura está limpa ou não. Conforme realçado nas seguintes falas:

“Hm, o número de vezes e a última vez que evacuei” (e6) e (e8);

“Ah... deixe-me ver, ... se a minha ligadura está limpa ou não” (e12);

“Eu acho que é se a minha ligadura está limpa ou suja (esboçou um sorriso envergonhado” (e9).

A classe 1, com retenção de 15,9% dos segmentos de texto analisados, foi denominada “Condições físicas do serviço”, e destacaram-se as palavras: adequado, necessidade e idade. Apreende-se que na sua maioria os adolescentes consideram o serviço um espaço adequado tanto à sua idade como às suas necessidades de privacidade:

“(...) Acho que é um espaço físico adequado às minhas necessidades de privacidade, tenho um quarto e uma casa-de-banho só para mim” (e22);

“(...) Acho que é um espaço físico adequado às minhas necessidades de privacidade porque não me sinto exposto, é bom ter uma janela para ver a vista mas se quiser estar sozinho, também posso baixar os estores e ficar comigo mesmo” (e1);

“(...) Acho que é um espaço físico adequado à minha idade, não mudaria nada, tem o que necessito” (e38);

“(...) Acho que é um espaço físico adequado à minha idade, tenho 16 anos e sinto-me bem neste quarto, não é demasiado criança, tem televisão” (e15).

Em contrapartida, a palavra alegre, para além de não corresponder ao corte, tem relevância na classe, pois ocorre em 100% dos segmentos de texto, indicando que para além da maioria dos adolescentes considerarem o serviço adequado à sua idade, alguns consideram que o seu quarto deveria ter cores mais alegres. Conforme pode ser observado nas seguintes falas:

“(...) Terem mais brinquedos para eu poder brincar sozinho e ter cores mais alegres, como no meu quarto” (e2);

“(...) as paredes podiam ter umas cores mais alegres porque a pessoa tem de estar no hospital, e se a cor das paredes fosse mais alegre, os meninos podiam se sentir mais felizes” (e19).

A classe 6, com retenção de 20,6% dos segmentos textuais analisados, intitulada “Significado de privacidade para o adolescente”, na qual se destacam as seguintes palavras: importante, sozinho e espaço. Pelo vocabulário lexical, verifica-se que para os adolescentes a privacidade é um direito importante para eles, que remete para o facto de estarem sozinhos. Conforme realçado nas seguintes falas:

“(...) Já ouvi falar de privacidade (...) A privacidade é um direito importante para mim porque me permite estar sozinho, fazer as minhas coisas e ter os meus pensamentos. Com a privacidade consigo ter as conversas com a minha namorada e com os meus amigos, e ficarem guardadas para mim” (e12);

“(...) Já ouvi falar de privacidade. (...) A privacidade é um direito importante para mim porque sem a minha privacidade não poderia ter o meu tempo, o meu bocado, e não me iria sentir bem comigo mesma” (e34);

“(...) sem a privacidade não podia ter o meu ciclo de pessoas, e não podia escolher com quem partilhar a minha vida e as minhas coisas mais pessoais (e38);

“(...) sem privacidade não podia ter o meu espaço, ia-me sentir constantemente invadida (e28).

Primeiro foi questionado o significado de privacidade para o adolescente, e posteriormente o significado de privacidade para o adolescente no hospital. A privacidade no hospital para o adolescente vai ao encontro daquilo que eles definem com terem a sua privacidade, remete ao seu espaço e tempo, para além disso remete também ao cuidado que os profissionais de saúde têm durante as intervenções, nomeadamente no respeito pelo seu corpo. Como pode ser observado pelo seguinte excerto:

“(...) A privacidade no hospital, significa os médicos e os enfermeiros, terem certos cuidados, como por exemplo, só falarem de dados clínicos no meu quarto, e quando estou sozinho com os meus pais; os enfermeiros quando me dão banho não me deixarem totalmente descoberto, e irem-me destapando aos

poucos; avisarem antes de entrarem no quarto, e deixarem que esteja sozinho com os meus pais” (e20).

A classe 4, com uma retenção de 18,9% dos segmentos textuais analisados, foi intitulada “Percepção dos adolescentes face à atitude dos profissionais de saúde”. Nesta classe emergem como principais palavras: respeitar, espaço e querido. Os adolescentes consideram que os profissionais de saúde respeitam a sua privacidade e o seu espaço, maioritariamente referem que os profissionais são prestáveis e os têm em consideração, questionando as suas vontades e preferências. Conforme presente nas seguintes falas:

“(...) Os profissionais de saúde nunca invadiram o meu espaço porque (...) sempre bateram à porta antes de entrarem, sempre avisaram de alguma forma e explicaram o que precisavam de fazer, por isso é que digo que nunca senti que desrespeitassem o meu espaço, e que são impecáveis” (e12);

“(...) Sinto que os profissionais respeitam a minha privacidade porque são todos queridos, têm sempre muito cuidado quando tratam de mim. Têm sempre muito cuidado quando tratam de mim porque vêm sempre se só estou eu e a minha mãe no quarto para fazerem as coisas, ou para falarem comigo” (e27);

“(...) Sinto que os profissionais de saúde respeitam a minha privacidade porque me explicam sempre o que vão fazer e perguntam-me por vezes o que prefiro, por exemplo, a hora que quero tirar sangue, se depois ou antes do almoço” (e5).

A palavra querido não se inclui dentro do corte, mas corresponde a 66,67% do segmento de texto, o que demonstra que é uma palavra relevante, demonstrando que maioritariamente os adolescentes intitulam os profissionais de saúde com este adjetivo, pelo respeito que eles demonstram para com eles.

Por fim, a classe 3, com retenção de 13,2% dos segmentos textuais analisados, que foi designada “Intervenções adotadas pelos profissionais de saúde promotoras da privacidade do adolescente”. Emergem como principais palavras: apresentar, explicar e colaborar. Analisando o vocabulário lexical, verifica-se que maioritariamente os profissionais de saúde se apresentam quando interagem com os adolescentes, no entanto há alguns adolescentes que referem que isso não acontece, especificamente cinco dos adolescentes entrevistados, como se observa nas falas seguintes:

“(...) Nem todos os profissionais de saúde se apresentam quando falam comigo, e eu não acho isso muito bem, deviam ter esse cuidado porque nós gostamos de saber por quem estamos a ser cuidados” (e1).

Constatou-se também que os profissionais de saúde explicam que cuidados vão prestar e como o adolescente pode colaborar, como realçado na fala seguinte:

“(...) Os profissionais de saúde explicam-me sempre o que vão fazer, avisam-me, e dizem como posso ajudar” (e14).

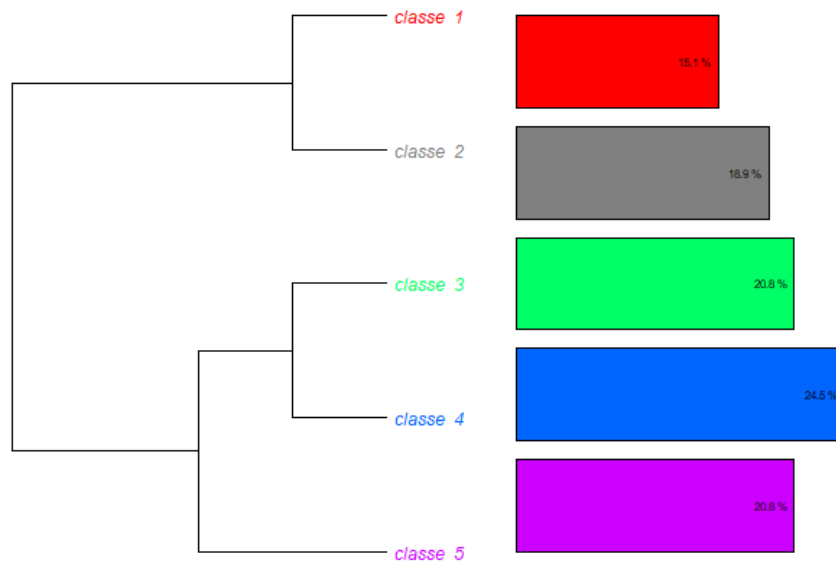
Apresentam-se, de seguida, os dados emergente relativos aos enfermeiros.

No que diz respeito aos enfermeiros, para a obtenção de resultados no software IRaMuTeQ, utilizou-se um grupo de textos (n=5). A análise do corpus textual denotou 2319 ocorrências de palavras, distribuídas em 462 formas.

Através da análise da CHD, foram analisados 67 segmentos de texto com retenção de 79,10%, com uma média de ocorrência de 4 palavras para cada forma, sendo o dobro da frequência de 7, critério utilizado como ponto de corte para a inclusão dos elementos no dendograma (Camargo & Justo, 2018).

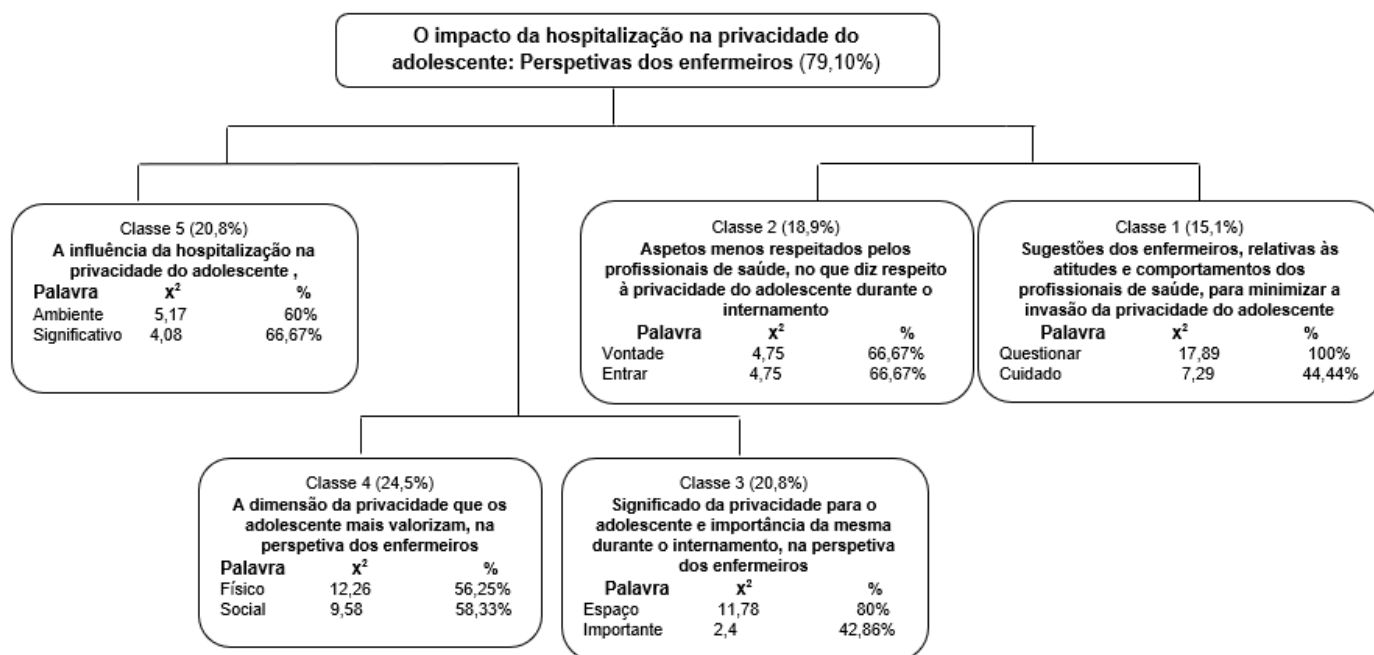
A análise dos 67 segmentos deu origem a um dendograma (Figura 3) constituído por 5 classes (Figura 3), a partir daqui, é possível começar a traçar interpretações acerca das formações de cada classe e assim compreender as aproximações e afastamentos entre as classes concebidas.

Figura 3. Dendograma das classes fornecidas pelo software IRaMuTeQ



Inicialmente, o *corpus* foi dividido em dois *sub-corpora*, separando as classes 1 e 2 das classes 5, 3 e 4; num segundo momento o *sub-corpora* maior foi dividido, separando a classe 5 das classes 3 e 4 (Figura 4). As classes 1 e 2 por fazerem parte do mesmo *sub-corpora* apresentam aproximações entre si e distanciamento frente às classes 5,3 e 4, respectivamente, visto que quanto mais afastado no chaveamento da CHD, menores as relações entre as palavras no contexto das classes.

Figura 4. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das perspetivas dos enfermeiros sobre o impacto da hospitalização na privacidade dos adolescentes



A classe 2, com 18,9% de retenção dos segmentos de texto analisados, designa-se “Aspetos menos respeitados pelos profissionais de saúde, no que diz respeito à privacidade do adolescente durante o internamento”. Destacam-se as palavras: vontade e entrar. Os aspetos que os enfermeiros consideram ser menos respeitados, são a vontade do adolescente por parte de alguns profissionais de saúde, se prefere estar sozinho ou acompanhado; se prefere estar só quando tem visitas; a sua preferência relativamente ao horário da realização dos cuidados, se possível; e o facto de alguns profissionais de saúde entrarem no quarto sem bater à porta e sem a sua permissão. Como observado nas seguintes falas:

“(…) é o facto de alguns profissionais de saúde não baterem à porta antes de entrarem, entrarem em ocasiões em que se estão a prestar cuidados de higiene por exemplo, ou outros cuidados em que o corpo está mais exposto”(e3).

“(…)acho que os profissionais de saúde podiam questionar sempre que vão realizar um cuidado, se o adolescente prefere ou não estar sozinho no quarto”(e4).

A classe 1, com retenção de 15,1% dos segmentos de texto analisados, foi intitulada “Sugestões dos enfermeiros, relativas às atitudes e

comportamentos dos profissionais de saúde, para minimizar a invasão da privacidade do adolescente”. Emergem como principais palavras: questionar e cuidado. Por meio do vocabulário lexical, destaca-se a importância de os profissionais questionarem os adolescentes sobre as preferências acerca dos cuidados prestados e acerca da presença de familiares e amigos durante os mesmos, ou seja, deverem negociar; terem mais cuidado nas conversas durante a noite no corredor; terem mais cuidado durante os cuidados de higiene, ir “destapando” o corpo à medida que a higiene é realizada, e não entrarem no quarto sem permissão do adolescente. Conforme sublinhado nas seguintes falas:

“(...) considero que podiam ter mais cuidados nas conversas durante a noite no corredor, porque isso acaba por perturbar a privacidade física deles, para além disso as auxiliares de ação médica quando realizam o banho ao adolescente deviam ter mais cuidados, por exemplo, perguntar se o adolescente se está a sentir confortável, perguntar se ele quer higienizar as partes íntimas, e fundamental, não o destapar por completo mas sim aos poucos” (e1).

“(...) não devíamos tomar como garantido que o adolescente se sente confortável na presença dos pais ou responsável legal e questionar sempre se o adolescente prefere ficar sozinho” (e4).

A classe 5, com 20,8% de retenção dos segmentos de texto analisados, foi intitulada “A influência da hospitalização na privacidade do adolescente”. Emergem como principais palavras: ambiente e significativo. Pelo vocabulário, os enfermeiros consideram que a hospitalização tem um impacto significativo na privacidade do adolescente, pelo facto de o adolescente se encontrar num ambiente que lhe é estranho e que não controla. Conforme sublinhado pelos seguintes excertos:

“A hospitalização tem um impacto significativo na privacidade do adolescente (...)” (e5);

“Na minha opinião o internamento tem um impacto significativo na privacidade do adolescente (...)” (e2);

“Na minha perspetiva o que tem mais impacto na privacidade do adolescente durante o internamento é o facto de eles estarem num ambiente que não lhes é familiar, o desconforto é algo presente e inevitável, e o facto de eles estarem

desconfortáveis leva a que sintam que não estão no seu meio e a partir daí sintam que a privacidade deles pode ser posta em causa” (e3);

“(...) é o facto de não estarem num ambiente familiar, e com pessoas estranhas, colocando-os numa posição de fragilidade e de dependência” (e4).

A classe 3, com 20,8% de retenção dos segmentos de texto analisados, que se designou “Significado da privacidade para o adolescente e importância da mesma durante o internamento, na perspetiva do enfermeiro”. Emergem como principais palavras: espaço e importante. Denota-se que na perspetiva dos enfermeiros, a privacidade é importante para o adolescente durante o internamento, e remete para a reserva do seu espaço físico, e para a reserva de momentos com eles próprios, com a sua família e amigos, ou seja a reserva do seu espaço psicológico, emocional e social. Conforme se evidencia nos seguintes excertos:

“(...) Acho que a privacidade é importante para os adolescentes porque nesta fase da vida eles têm imensas inseguranças em relação a tudo (...) e sendo uma fase caracterizada pela fragilidade acho que eles valorizam bastante (...)” (e4);

“(...) Na minha perspetiva privacidade para o adolescente é tudo o que pertence ao seu mundo, à sua vida. Corpo, família, amigos, os seus espaços físicos em casa, na escola, nos encontros entre amigos” (e2).

Por último, a classe 4, com 24,53% de retenção dos segmentos de texto analisados, denomina-se “A dimensão da privacidade que os adolescentes mais valorizam, na perspetiva dos enfermeiros”. Destacam-se as palavras: física e social. Todos os participantes referem a dimensão física como a que os adolescentes mais valorizam, uma vez que a exposição do corpo é muito preservada nesta faixa etária. No entanto, dois dos enfermeiros referiram também que a dimensão social é valorizada pelos adolescentes, pois consideram que nesta faixa etária a presença dos amigos, e de eventos sociais é crucial para o seu desenvolvimento. Como sublinhado nas seguintes falas:

“(...) considero que as dimensões mais valorizadas pelos adolescentes são sem dúvida a física e a social. A física, devido às alterações significativas que ocorrem a este nível na adolescência, se revela uma vertente bastante valorizada (...) a exposição do seu corpo não só perante estranhos, os profissionais de saúde, mas também perante a família que, na maioria dos casos não o presencia no

domicílio, são determinantes. (...) O adolescente preza muito o respeito pela sua privacidade social, o que fazem no telemóvel, com quem falam, como interação, e até mesmo quando recebem visitas de amigos muitas das vezes pedem aos pais para os deixarem à vontade” (e1);

“(...) considero que a dimensão física e social são as que dão mais importância. Na dimensão física, a exposição do corpo nos tratamentos, no banho são dos momentos que os podem vir a incomodar mais. Na dimensão social, amigos e família, aqui o adolescente defende muito as suas relações, muitas vezes vemos os pais e os acompanhantes saírem dos quartos para o adolescente poder falar através dos canais de comunicação com os amigos” (e2).

3. Discussão dos resultados

Na perspetiva do adolescente, como observado nos resultados, a privacidade é um direito bastante importante. Os adolescentes entendem-na como ter o seu próprio espaço, ter o seu tempo para o ocuparem com eles mesmos e com as pessoas que consideram importantes para eles, e terem tempo para refletir sobre os seus próprios pensamentos, como presente na classe 6. De acordo com a teoria de territorialidade de Robert Ardey, o espaço do indivíduo, ou seja, a territorialidade é uma necessidade inata pois vai ao encontro de três necessidade básicas: de identidade, de autonomia e de segurança (Ardey, 1966).

Jamalimoghadam, Yektatalab, e Momennasab (2007), no estudo qualitativo que desenvolveram com o objetivo de explorar a perceção dos adolescentes hospitalizados em unidades pediátricas sobre a dignidade. Concluíram igualmente, que os adolescentes consideram a privacidade importante durante a hospitalização, e consequentemente os mesmos afirmam que a privacidade deve ser protegida nos serviços de saúde. Aliado à privacidade, o adolescente considera que os profissionais de saúde devem respeitar a sua identidade proporcionando-lhe dignidade. Deste modo, a dignidade para o adolescente refletiu-se em quatro temas: a proteção da privacidade pessoal; a proteção da autonomia; o respeito pela identidade e a comunicação íntima (Jamalimoghadam et al., 2017).

Pretendeu-se perceber o significado da privacidade no hospital, isto é, se divergia daquilo que eles entendiam como a sua privacidade no dia-a-dia. Através da análise da classe 6, observa-se que o adolescente entende a privacidade no hospital, como a privacidade no seu dia-a-dia, acrescentando o cuidado que o profissional de saúde deve ter com o seu espaço e o seu corpo. A partir do momento que o adolescente é hospitalizado, não se encontra no seu ambiente familiar e vão existir ações e acontecimentos que o mesmo não consegue controlar, e deste facto advém o risco e o impacto que a hospitalização tem na privacidade do adolescente (Silva & Honicky, 2009). Segundo estes autores o adolescente sente-se impotente quando está internado, pela diminuição da perceção de controlo sobre si mesmo e sobre o ambiente que está à sua volta (idem, 2009). A análise da classe 2, evidencia que ao nível da dimensão física da privacidade o que pode pôr em causa a privacidade dos adolescentes é entrar no quarto sem avisar, e ao nível da dimensão psicológica da privacidade o que pode pôr em causa a sua privacidade é o facto dos profissionais estarem constantemente a entrar no quarto e não permitirem visitas. Segundo os adolescentes, estas ações são sentidas como invasivas e como um risco de invasão da sua intimidade, tendo impacto significativo na sua privacidade. O que vai ao encontro do estudo desenvolvido por Silva e Honicky (2009), que refere que a hospitalização é considerada pelos adolescentes como invasiva e limitadora do convívio com os seus familiares e amigos.

Na dimensão da informação partilhada, correspondente à classe 5, verificou-se que a maioria dos adolescentes se sentem incomodados com a partilha de algumas informações, sendo que nove dos entrevistados, referiram que nada os incomodaria de ser partilhado pois tudo consideram importante para a sua recuperação. Durante a entrevista, questionou-se o que em termos de informação incomodaria mais ao adolescente ser partilhado, e davam-se opções, entre o motivo de internamento; a idade; o problema de saúde; o número de vezes que urina; o número de vezes e a última vez que evacuou, e a integridade da sua ligadura, caso a tivesse. Foi salientado pelos adolescentes, como incomodativo, a partilha do número de vezes e a última vez que evacuaram e a partilha da integridade da sua ligadura. Os resultados do presente estudo também revelaram que os profissionais de saúde nem sempre questionam o adolescente acerca de como, quando e em que medida a sua informação pode

ser partilhada. O que contribui para que os mesmos se sintam incomodados e invadidos, o que foi também visível através da comunicação não verbal dos mesmos durante as entrevistas. Consequentemente denota-se que, tal como na dimensão física e psicológica, no que diz respeito à dimensão informativa, a hospitalização tem impacto na privacidade do adolescente e tem influência na disposição do adolescente para ser cuidado (Britto et al., 2012), pois para além de nem sempre se questionar acerca do seu consentimento, o mesmo sente-se incomodado com a partilha de determinados tipos de informação. Tal como no estudo realizado por Loch, Clotet, e Goldim (2007), com o objetivo de conhecer as opiniões dos estudantes sobre o grau de privacidade de informação que consideram adequado perante várias situações clínicas, concluíram que a maioria (82%) dos estudantes considerou que as informações pessoais poderiam ser partilhadas com amigos e família apenas após o seu consentimento, enquanto cerca de um terço concedeu autoridade aos profissionais de saúde para partilharem sem o seu consentimento. Conclui-se a partir dos resultados, que o consentimento por parte do adolescente é crucial, a partilha de informação sem que o mesmo aconteça suscita sentimentos de desconforto, potenciando o risco de ter um impacto negativo na privacidade do adolescente, nomeadamente na dimensão informativa. O estudo desenvolvido por Wadman et al. (2014), revelou uma ampla variação no entendimento e nas práticas dos profissionais de saúde em relação ao atendimento confidencial dos adolescentes. Verificaram-se lacunas de conhecimento individual e da equipa que se manifestavam em cuidados desprotegidos deste direito, expondo o adolescente a situações de constrangimento e desconforto, provocando sentimentos de tristeza e angústia (Wadman et al., 2014).

Outro fator importante na forma como o adolescente vivencia a sua experiência de hospitalização, são as intervenções promotoras da privacidade adotadas pelos profissionais de saúde, como se verifica na classe 3. Na análise desta classe, observou-se que os profissionais de saúde explicam os cuidados que vão ter com o adolescente e como o mesmo pode colaborar, no entanto nem todos se apresentam. Relativamente à explicação dos cuidados e ao pedido de colaboração se possível, é visto pelos adolescentes como algo positivo, que faz com que os mesmos sintam que a sua privacidade é respeitada. A maioria dos

adolescentes, remete o sentimento de respeito pela sua privacidade para o facto do profissional de saúde avisar, explicar e pedir colaboração. No que diz respeito à apresentação do profissional de saúde, os adolescentes que referiram que nem todos se apresentavam, o que tem um impacto negativo, uma vez que saber o nome de quem cuida, os faria sentir “mais em casa”, mais confortáveis e mais à vontade. Consequentemente o adolescente refere não se sentir bem, e sentir-se desconfortável quando tal acontece, pois sentem-se mais distanciados do seu ambiente de conforto. A postura inadequada dos profissionais de saúde é uma importante questão ética nas relações durante a prestação de cuidados, o adolescente valoriza o facto de os profissionais de saúde se apresentarem e tornarem o cuidado o mais personalizado possível (Soares, 2010). Para além disso, o adolescente valoriza a intervenção dos mesmos de acordo com as suas preferências e vontades, incluindo-o sempre nos cuidados, sentindo-se parte ativa nos mesmos (Soares, 2010).

É notório pela leitura do dendograma que as classes 3 e 4, correspondem à 5ª partição, ou seja, têm maior semelhança textual. São classes que têm uma grande proximidade pois as intervenções adotadas pelos profissionais de saúde promotoras da privacidade do adolescente interligam-se com a perceção do adolescente face às atitudes dos profissionais de saúde, pois o vocabulário desta última classe passa pelo respeitar, espaço e querido. Os adolescentes consideram que os profissionais de saúde respeitam a sua privacidade, o seu espaço e classificam-nos com o adjetivo querido pelo respeito que demonstram por eles, todas estas atitudes remetem para a promoção da privacidade do mesmo. E, reforçam a importância que atribuem ao facto dos profissionais se apresentarem, explicarem os cuidados que vão prestar, bem como solicitarem a sua colaboração.

As condições físicas do espaço envolvente, analisadas na classe 1, são referidas pelos adolescentes como adequadas à sua idade e necessidades de privacidade, por terem um quarto individual com uma casa-de-banho. No entanto, oito adolescentes, apesar de serem em minoria, referem que o quarto deveria ter mais brinquedos e cores mais alegres, como forma de se sentirem “mais em casa”, consequentemente o ambiente do quarto leva a que o adolescente se sinta mais distante do seu ambiente de conforto. Embora tenha

sido referido por uma minoria, é importante realçar este facto, pois a investigação tem como objetivo a melhoria dos cuidados prestados, onde o ambiente envolvente tem uma importância extrema, sendo crucial realçar esta opinião, de modo a ser tomada em conta futuramente (Souza, Gomes, Queiroz, & Bezerra, 2012). É notório que as atitudes dos profissionais de saúde e as condições do ambiente envolvente influenciam o modo como o adolescente se sente, tal como os autores (idem, 2012) referem no seu estudo, a preocupação pelo espaço físico, pelas atitudes dos profissionais no dia-a-dia são pontos que merecem destaque e devem ser reconhecidos por todos os profissionais de saúde que cuidam do cliente pediátrico. O que se evidencia, no presente estudo, relativamente às questões da privacidade nos adolescentes em situações de internamento.

Na sua maioria, os adolescentes consideram que os profissionais de saúde respeitam a sua privacidade remetendo para o facto de permitirem que estejam sozinhos quando possível, permitirem estar com a sua família e amigos sozinhos, e informarem quando necessitam de fazer algum cuidado, explicarem o mesmo e solicitarem a sua colaboração quando possível. A informação, a explicação e o pedido de colaboração do adolescente vão ao encontro da filosofia de cuidados em pediatria, isto é, da parceria de cuidados e do cuidado holístico e centrado no adolescente, que inclui a negociação atendendo às suas necessidades e preferências, mantendo sempre que possível as suas rotinas, traduzindo-se na valorização do empowement (Hockenberry & Wilson, 2014).

Quanto às sugestões de intervenções de enfermagem elencadas pelos adolescentes salienta-se a necessidade de: todos os profissionais se apresentarem, quando interagem com eles; avisarem antes de entrar no quarto; e terem mais atenção durante o turno da noite, quando realizam algum cuidado e com o barulho no corredor. É crucial a adoção de estratégias por parte da equipa de enfermagem, pelo facto da privacidade no ambiente hospitalar ser um aspeto difícil de manter e não ser alvo frequente de investigação (Pupulim & Sawada, 2010).

Na perspetiva dos enfermeiros, a privacidade é importante para o adolescente durante o internamento pois a adolescência, segundo os mesmos, é uma fase de desenvolvimento, com grandes mudanças a nível biológico,

psicológico e social, recheado de inseguranças, sendo crucial a preservação do tempo e espaço com eles mesmos, e com quem lhes é importante durante a sua recuperação. Remetem a privacidade do adolescente para a reserva do seu espaço físico, proporcionando momentos para si próprio, considerando que as dimensões que eles mais valorizam é a dimensão física e a dimensão social, como observado através da análise das classes 3 e 4, respetivamente. Tal como referem, Charles-Edwards e Brotchie (2005) e Leino-Kilpia et al. (2010), os adolescentes esperam que todas as dimensões sejam valorizadas durante a hospitalização, no entanto, no presente estudo, as dimensões mais valorizadas na perspetiva dos enfermeiros foram a dimensão física e social. É crucial debruçarmo-nos sobre estas questões, pois a privacidade nas suas diversas vertentes influencia a experiência de hospitalização e a disposição do adolescente para ser cuidado (Britto et al., 2012). Os enfermeiros consideram que a privacidade do adolescente é respeitada durante a hospitalização, tanto pelas condições físicas do serviço como por maioritariamente os profissionais terem em conta o espaço físico e psicológico do adolescente, no entanto consideram que existem aspetos menos respeitados, tais como, a vontade do adolescente, não ser respeitada por alguns profissionais de saúde, como por exemplo entrarem no quarto sem bater à porta, como representado na classe 2.

Relativamente ao impacto da hospitalização na privacidade do adolescente, representado na classe 5, os enfermeiros consideram que tem um impacto significativo, tendo o ambiente maior impacto, ou seja, o facto de o adolescente se encontrar num ambiente que lhe é estranho, leva consequentemente a que o adolescente não o controle ou tenha uma perceção de pouco controlo, pondo em risco a sua privacidade na sua experiência de hospitalização. Segundo Dall'Agnoli (2011), o ambiente hospitalar pelas suas características, favorece o estabelecimento de relações de poder e assimetria entre os profissionais de saúde e os clientes, sendo um fator determinante na proteção ou invasão da privacidade do adolescente durante a hospitalização. Cabe ao enfermeiro, tentar quebrar esta assimetria e ir ao encontro do ambiente de conforto do adolescente, como refere o artigo 110º do código deontológico, “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente

propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Código Deontológico do Enfermeiro, 2015). Segundo Phaneuf (2005), um dos objetivos do enfermeiro, é ajudar o cliente a adaptar-se a uma situação que não lhe é familiar, promovendo um ambiente seguro e afetuoso, crucial para o estabelecimento de uma relação terapêutica essencial no processo de cuidar.

Os enfermeiros apresentam sugestões tanto ao nível das atitudes dos profissionais de saúde, como ao nível das condições físicas do serviço. No que diz respeito, às atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, representadas na classe 1, os enfermeiros sugerem que os mesmos questionem as preferências dos adolescentes acerca dos cuidados prestados e acerca da presença de familiares e amigos durante os mesmos; tenham maior atenção às conversas durante a noite no corredor; tenham mais cuidado durante os cuidados de higiene, respeitando a intimidade do adolescente, e não entrem no quarto sem permissão do adolescente. A última sugestão dada pelos enfermeiros, vai ao encontro de uma das sugestões apresentadas também pelos adolescentes, traduzindo-se em concordância nas intervenções promotoras de privacidade do adolescente durante o internamento. No que diz respeito, às condições físicas do serviço, os enfermeiros sugerem cortinas à volta da cama, porque mesmo sendo quartos individuais, por vezes os profissionais entram sem avisar durante a prestação de algum cuidado, e desta forma o adolescente conseguiria ter mais privacidade; a existência de um espaço didático distanciado da receção administrativa e da sala de registos de enfermagem, porque por vezes podem sentir-se observados e inibidos pela presença de pessoas desconhecidas à sua volta; a existência de espaços comuns diferenciados, isto é, o espaço didático pediátrico é comum ao espaço do adulto, deste modo sugerem que existam espaços diferenciados, pois acreditam que o facto de não existir esta diferenciação leva à inibição de o adolescente sair do seu quarto. Por fim, pelo mesmo motivo, sugerem a existência de alas diferentes para o adolescente e para o adulto, isto é, se a realidade de o serviço receber adultos não puder ser alterada, que exista a diferenciação de alas para esta receção, fazendo com que os adolescentes fiquem distanciados dos adultos. Perante estas sugestões, é notório que existem aspetos a ser melhorados de forma a minimizar a invasão da privacidade do adolescente durante a hospitalização,

tendo todos os enfermeiros dado sugestões de melhoria. Segundo a teoria da privacidade de Irwin Altman, as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, tal como as condições do ambiente envolvente, modificam a interação social do adolescente (Altman, 1975). Tal como no estudo desenvolvido por Lima, Jorge, e Moreira (2006), foi unânime que para melhorar os cuidados, é necessário ter em conta a opinião de quem está a ser cuidado e ter em consideração o seu espaço, seja o espaço físico ou o espaço emocional. A melhoria remete para a proteção da privacidade do adolescente, um dos princípios descritos no código deontológico do enfermeiro, concretamente artigo 107º que refere que o enfermeiro deve: “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família e salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (Código Deontológico do Enfermeiro, 2015).

Ao serem analisadas as perspetivas, quer dos adolescentes quer dos enfermeiros, permitiu perceber se as suas opiniões colidiam ou divergiam. No que diz respeito à importância e ao significado de privacidade para o adolescente, as perceções são semelhantes. Ambos consideram a privacidade um direito importante, e remetem a mesma para a necessidade do adolescente ter o seu espaço físico e emocional, que lhes permita “estar consigo próprio”, mas também com a sua família e amigos.

Relativamente ao facto de a privacidade ser respeitada pelos profissionais de saúde durante a hospitalização, ambos consideram que a privacidade é respeitada, no entanto ambos indicam aspetos negativos por parte dos profissionais. Os adolescentes referem como aspetos negativos a partilha de algumas informações clínicas e o facto de alguns profissionais não se apresentarem, bem como entrarem no quarto sem avisar, interrompendo as suas atividades e visitas. Os enfermeiros referem como aspetos negativos, alguns profissionais não respeitarem a vontade do adolescente e entrarem no quarto sem bater à porta. Ambos indicam sugestões tanto a nível das condições físicas como das atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde no sentido de algumas mudanças. É importante ir ao encontro das perspetivas do outro, e

escutar as suas opiniões, dar voz é uma alavanca para promover a melhoria dos cuidados em saúde (Dall'Agnoll, 2011).

Em suma, na perspectiva dos participantes a privacidade do adolescente é um direito respeitado no serviço pelos profissionais de saúde, havendo aspectos a melhorar tanto ao nível das condições físicas do serviço como ao nível das atitudes/comportamentos dos profissionais de saúde. Por sua vez, a hospitalização tem impacto na privacidade do adolescente, pois o adolescente ao estar hospitalizado está rodeado de fatores que o próprio não consegue controlar, nomeadamente as condições físicas e as atitudes de quem cuida. O impacto provocado pelos fatores externos, são os pontos referidos pelos adolescentes e pelos enfermeiros, como aspectos a melhorar, e que consequentemente têm um impacto negativo na privacidade do adolescente, no sentido que a podem pôr em risco.

O cuidado ao adolescente é um desafio no quotidiano dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, tanto pelas características deste período de desenvolvimento, a adolescência, como pelas controvérsias éticas, legais e sociais referentes ao direito à privacidade (Loch, Clotet, & Goldim, 2007).

CONCLUSÃO

Este estudo proporcionou a oportunidade de ir “ao encontro” dos adolescentes e dos enfermeiros e, pela sua voz, conhecer e compreender as suas perspetivas acerca do impacto da hospitalização na privacidade do adolescente. A hospitalização é, como já referido, um episódio que pode interferir no desenvolvimento do adolescente, e que o impossibilita de viver o seu quotidiano (Tavares, 2011). A experiência de hospitalização não depende apenas da vivência do adolescente, mas também de com quem ele a vive, os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros. Daí a importância de conhecer e analisar as perspetivas de estes dois grupos de atores na experiência de hospitalização dos adolescentes, com o foco nos significados, nas necessidades e preferências, bem como em sugestões que permitam adequar os cuidados no respeito pela privacidade do adolescente.

Os adolescentes entendem a privacidade como ter o seu espaço e poder partilhá-lo com as pessoas importantes para ele, conferindo-lhe bastante importância tanto no seu dia-a-dia como no internamento. Do mesmo modo, o enfermeiro confere igual importância à privacidade do adolescente no período de internamento justificando como sendo uma fase de alterações a nível biológico, psicológico e social, remetendo a privacidade do mesmo para a preservação do seu espaço. O enfermeiro ao atribuir o significado de privacidade para a conservação do espaço, entende que o que tem maior impacto na privacidade do adolescente durante a hospitalização é o ambiente. O facto do ambiente lhe ser estranho, o qual não controlar, aumentar a sua dependência e diminuir a perceção de controlo. Para os enfermeiros as dimensões da privacidade que são mais valorizadas pelos adolescentes durante o internamento são a dimensão social, diretamente relacionada com o ambiente envolvente, e a dimensão física, uma vez que a exposição do corpo deve ser especialmente preservada neste grupo etário, e nem sempre isto é respeitado nas práticas de cuidados.

Os adolescentes entendem como intervenções promotoras da sua privacidade, a apresentação do profissional de saúde sempre que interage com ele, a informação e explicação dos cuidados a que será submetido, bem como

o pedido de colaboração nos mesmos sempre que possível. A explicação dos cuidados que vão ser prestados e o pedido de colaboração confere maior controlo e autonomia ao adolescente, e maior envolvimento no processo de cuidados promovendo a minimização da invasão da sua privacidade (Taquette, 2010).

É notório que a experiência de hospitalização tem impacto na privacidade do adolescente. Primeiro porque os adolescentes se encontra num espaço desconhecido rodeado de pessoas que também lhe são estranhas, para além disso, encontra-se numa transição de saúde-doença necessitando de estar sujeito a cuidados prestados por outros, pondo em risco a privacidade ao nível do seu corpo, ao nível do seu espaço, do tempo que necessita de passar sozinho, e da informação partilhada sobre si. Os adolescentes enumeraram comportamentos dos profissionais que podiam pôr em causa a sua privacidade, entrar no quarto sem avisar; interromper constantemente a sua atividade e não permitirem visitas. Referem ainda que o facto de os profissionais de saúde não se apresentarem, os faz sentir distanciados do seu ambiente de conforto, e os enfermeiros consideram que por parte de alguns profissionais não existe o respeito pelo espaço e pela vontade do adolescente. Todos estes fatores põem em risco a privacidade do adolescente, nas suas diversas vertentes, a física, a psicológica, a familiar, a social e a informativa como tem sido referido por diversos autores (Charles-Edwards & Brotchie, 2005; Leino-Kilpia et al., 2010). Ao invadir qualquer uma destas dimensões, o impacto será negativo, provocando sentimentos de distanciamento, tristeza e desconforto.

No presente estudo, os adolescentes e os enfermeiros consideram que a privacidade é na generalidade respeitada, por sua vez, apresentaram sugestões tanto a nível das condições físicas como a nível das atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, salientando aspetos específicos a melhorar na adequação das intervenções, nomeadamente dos enfermeiros, às necessidade de privacidade dos adolescentes em situação de internamento hospitalar.

De referir a importância do enfermeiro, com formação específica na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no estímulo à reflexão em equipa, à formação, e ao desenvolvimento e respetiva divulgação da

investigação nesta área, com a pretensão de desenvolver cuidados promotores da privacidade dos adolescentes nos seus contextos de trabalho.

Como limitações do estudo salientam-se, a dificuldade de bibliografia atual, pela escassez de estudos desenvolvidos nos últimos anos no âmbito desta temática; a grande abrangência do grupo etário dos adolescentes, que a análise dos dados não permitiu diferenciar, e a grande dificuldade da recolha de dados face à pandemia COVID-19. Esta limitação motivou, a alteração dos instrumentos de recolha de dados, como forma de adaptação à nova realidade, e dificultou bastante o acesso aos participantes, que conduziu por sua vez à reduzida dimensão da amostra dos enfermeiros. Esta redução no número de participantes pode traduzir-se na limitação do conhecimento das perspetivas de quem cuida, nomeadamente do conhecimento do que é plausível ser mudado ou melhorado.

Como sugestões para estudos futuros, considera-se a replicação de este estudo, realizado com grupos etários bem definidos, atendendo aos níveis de desenvolvimento do período da adolescência. Para além disso, a realização em diferentes instituições, com outras realidades, aumentando o número de participantes, sobretudo de enfermeiros, mantendo o desenho inicial com recurso à realização de grupos focais com estes participantes.

Acresce referir que a realização de estudos neste âmbito será uma mais valia para o desenvolvimento do conhecimento nesta área, através de evidência científica que espelhe a realidade atual. Neste sentido, apesar das limitações já referidas, considera-se o presente estudo de toda a pertinência, não só pelos seus contributos na resposta às questões e objetivos subjacentes ao desenho do projeto, como pelo estímulo à sua continuidade e divulgação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia das Ciências de Lisboa., (Org.) (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, Fundação Calouste Gulbenkian*. Lisboa: Editorial Verbo.

Agnoll, C.M.D. (2011). Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta paulista de Enfermagem*, 24, 683-688.

Altman, I. (1975). *The environment and social behavior: privacy, personal space, territory, crowding*. Monterey, CA: Brooks Cole.

American Academy of Pediatrics (2017). The adolescent's right to confidential care when considering abortion. *American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence*, 139, 2-11.

Ardey, R. (1966). *The territorial imperative*. New York: Atheneum Publishers.

Azevedo, A. I. (2010). *Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes*. Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bishop, A.H., Scudder, J.R. (1991). *Nursing the practice of caring*. New York: National League for Nursing.

Bogdan, R.(1991). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Lisboa: Porto Editora.

Bowlby, J., Robertson, J. (1952). Theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 50-58.

Britto, M.T., DeVellis, R.F., Hornung, R.W., DeFries, G.H., Atherton, H.D., Slap, H.D. (2012). Adolescents' Needs for Health Care Privacy. *American Academy of Pediatrics*, 126, 1469-1476.

Camargo, B.Z., Justo, A. (2013). IRAMUTEQ – Um software gratuito para a análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21, 513-518.

Camargo, B.Z., Justo, A. (2018). *Tutorial para o uso do software Iramuteq*. Brasil: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição.

Caper (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*, 1(13).

Carrondo, E.M. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Estudos da Criança, Braga.

Ceribelli, C. (2007). *A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças e adolescentes hospitalizados: Subsídios para a humanização do Cuidado de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo.

Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Editorial Verbo.

Código Deontológico (2015). Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2017) – Resolução Cofen nº564/2017. São Paulo: Coren.

Collière, M.F. (1999). *Cuidar em Enfermagem* (2nd ed.). Loures: Lusociência.

Direção Geral de Saúde (2017). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa. DGS.

Edwards, C., Brotchie, J. (2005). Privacy: what does it mean for children's nurses?. *Pediatric Nursing*, 15, 36-43.

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.) .Loures: Lusociência.

Gomes, I.L.V., Queiroz, M.V.O., Bezerra, L.L.A.L., Souza, N.P.G. (2012). A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. *Revista Cogitare Enfermagem*, 17(4), 703-709.

Gonzalez, A. (2008). Are you listening to your patients. *Endocrine Today*, 6, 28-29.

Graber, E.G. (2016). Desenvolvimento do adolescente. *Manual MSD*. Acedido a 25/02/2020. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/crescimento-e-desenvolvimento/desenvolvimento-do-adolescente>

Guimarães, C.M., Dourado, M.R. (2013). Privacidade do Paciente: Cuidados de enfermagem e princípios éticos, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 40, 447-460.

Hall, E.T.(1986). *A dimensão oculta*. Lisboa: Relógio D'água.

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014). *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Odivelas: Lusociência.

Holzemer, W.L. (2010). *Responsible conduct of research*. International Council of Nurses: Wilwy-Blackwell.

Honicky, M., Silva, R.R. (2009). O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração. *Psicologia Hospitalar*, 7(1), 44-67.

Hutton, A. (2002). The private adolescent: Privacy needs of adolescent in hospitals. *ResearchGate*, 7 (2), 67-72.

Jamalimoghadam, N., Yektatalab, S., Momennasab, M. (2017). Hospitalized adolescents' perception of dignity: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 1-10.

Jorge, A.M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança: Re(pensar) o Cuidar em Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

Kim, H.S. (1997). *Theoretical thinking in nursing: Problems and prospects* (3rd Ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.

Knobel, M. (2007). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artmed.

Le Boterf, G. (1995). *De la compétence: essai sur n attracteur étrange*. Paris: Les Editions d'Organisation.

Lima, F.E.T., Jorge, M.S.B., Moreira, T.M.M. (2006). Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (3), 291-296.

Leino-Kilpia, L., Välimäki, M., Dassen, T., Gassul, M., Lemonidou, C., Scott, A., Arndt, M. (2010). Privacy: A review of the literatura. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 38, 663-671.

Lima, V. M. R., Ramos, M. G. (2017). Percepções de interdisciplinaridade de professores de Ciências e Matemática: um exercício de Análise Textual Discursiva. *Revista Lusófona de Educação*, 36, 163-177.

Lino, I.M.B.S. (2013). *O Adolescente e a Vivência da Hospitalização*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico, Guarda.

Loch, J.A.(2003). Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Rev Bioét*, 11(1).

Lopes, M.J. (2006). *A relação Enfermeiro-Cliente como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formasau.

Loch, J.A., Clotet, J., Goldim, J.R. (2007). Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. *Revista Scielo*, 53, 240-246.

Marco, M.A. (2005). Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicosocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30, 61-72.

Matos, M. G. (2008). A saúde dos adolescentes: O que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2(26), 251- 263.

Matos, M.G. (2009). *Jovens com Saúde- Diálogo com uma Geração*. Lisboa: Texto.

Medina, J.L. (1999). *La pedagogia del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitária en enfermería*. Barcelona: Editorial Laerts.

Meleis, A.I., Sawyer, L., Im, E.O., Messias, DeAnne & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.

Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4th ed). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Minayo, M.C.S. (2017). Amostragem e Saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *ResearchGate*, 5(7), 1-12.

Moraes, R., Galiazzi, M. C. (2011). *Análise Textual Discursiva*. Ed: Unijuí.

Moraes, R., Galiazzi, M. C., Ramos, M. G. (2013). Aprendentes do aprender: um exercício de Análise Textual Discursiva. *Indagatio Didactica*, 5(2), 868-883.

Ordem dos Enfermeiros (2010). CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Organização das Nações Unidas (1986). Convenção Internacional da ONU dos Direitos da Criança. Assembleia Geral das Nações Unidas.

Ozella, S. (2003). *Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio histórica*. São Paulo: Cortez.

Papalia, D.E., Feldman, R.D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. Lisboa: AMGH Editora.

Peplau, H. E. (1952). *Relações interpersonais em enfermagem*. Barcelona: Salvat Editores.

Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1–12.

Pupulim, J.S.N. (2009). *Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida*. Brasil: Ribeirão Preto.

Pupulim, J.S.N., Sawada, N.O. (2010). O cuidado de Enfermagem e a Invasão da Privacidade do Doente: Uma Questão Ético-Moral. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 10, 433-438.

Ratinaud, P. (2009). *IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]*. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>

Rizzo, A.P.B., Miranda, A.E.M., Bonetto, D.V.S., Barbosa, M.M., Barbiani, R. (2019). Consultas do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. *Sociedade Brasileira de Pediatria*, 15 (1), 73- 85.

Rubiales, A; Flores, L. A; Del Valle, M. L; Gómez, L; Hernansans, S; Gutiérrez, C. (2004). Investigación cualitativa en Medicina Paliativa. *Medicina Paliativa*.

Sacardo, D.P., Fortes P.A.C. (2000). Desafios para a preservação da privacidade no contexto da saúde. *Rev. Bioét*, 8(2), 307-322.

Saita, M. I. (2002). *Adolescência, ética e cidadania*. Pediatria. Disponível em: <http://www.pediatrinsaopaulo.usp.br/upload/pdf/547.pdf>

Serrão, D., Nunes, Rui. (2002). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.

Soares, I., Campos, B. (1988). Vinculação e autonomia na relação do adolescente com os pais. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 57-64.

Soares, N.V., Dall'Agnol, C.M. (2010). Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enfermagem*, 24(5), 683-8.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2005). *Requisitos para o Atendimento ao Adolescente: Consenso da Seção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Seção de Medicina do Adolescente.

Sousa, Y.S.O., Gondim, S.M.G., Carias, I.A., Batista, J.S., Machado, K.C.M. (2020). O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(2), 1-19.

Sprinthall, N.A., Collins, W.A. (1994). *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Spitz, R. (1948). An inquiry into the genesis of Psychiatric conditions in early childhood I. Hospitalism. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.

Strang, P. (2000). Qualitative research methods in Paliative Medicine and Paliative Oncology – na introducion. *Acta Oncologica*.

Strasser, A.L., Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd Ed.). Sage Publications.

Taquette, S.R. (2010). Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Artigo Original*, 1, 6-11.

Teixeira, E. (1996). Reflexões sobre o paradigma holístico, o holismo e a saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, 30, 286-290.

Vinagre, M.G., Barros, L. (2019). Preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(5), 1627-1636.

Wadman, R., Thul, D., Elliott, A.S., Kennedy, P.A., Mitchell, I., Pinzon, J.L. (2014). Adolescent confidentiality: Understanding and practices of health care providers. *Paediatr Child Health*, 19(2), 11-14.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care*. A theory of nursing. New York: National League of Nursing.

Westin, A. (1970). *A privacy and freedom*. New York: Atheneum.

World Health Organization (WHO) (2015). *Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents (vol.1)*. Standards and criteria. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO) (2012). *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2019). *Orientation Programme on Adolescent Health for Health-care Providers*. Switzerland: Department of Child and Adolescent Health and Development

World Health Organization (Org.) (2019b). Recognizing adolescence. Retrieved from: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/pag1/recognizingadolescent.html>

Woogara, P. (2005). Patient's rights to privacy and dignity in the NHH. *Nursing Stand*, 19(18), 33-37.

.

**Apêndice I - Guião da Entrevista Semiestruturada dirigida aos
Adolescentes em internamento hospitalar**

Bloco Temático	Objetivos Específicos	Questões Orientadoras
Legitimação da Entrevista	- Motivar o adolescente a participar na entrevista;	-Assegurar a privacidade e a confidencialidade na recolha e no tratamento dos dados; - Enumerar os objetivos do estudo; -Reforçar a importância da sua colaboração e da sinceridade nas respostas dadas; -Solicitar o preenchimento do consentimento informado;
Caracterização sociodemográfica e experiência de internamento do adolescente	- Caracterizar os adolescentes quanto à naturalidade, idade, escolaridade, contexto familiar e experiência de internamento;	- Onde nasceu? - Que idade tem? - Vive com os pais? Se não, com quem vive? - É a primeira vez que está internado? Neste serviço ou noutro?
Sentimentos e necessidades do adolescente face ao internamento, e particularmente em relação às questões da privacidade	- Conhecer a perceção do adolescente sobre o acolhimento no serviço; - Conhecer o(s) significado(s) de privacidade para o adolescente;	• Teve alguma informação/preparação prévia em relação ao internamento? Realizada por quem? • Sabe porque está hospitalizado? • Já alguma vez ouviu falar de privacidade? • O que para si significa privacidade?

		- E privacidade no hospital, o que significa para si? • A privacidade é um direito importante para si? • Desde que está internado, alguma vez foi posta em causa/invadiram o seu espaço de alguma forma? Se sim, como? Como se sentiu? • Gostaria que me contasse alguns exemplos. -Por exemplo, O que o incomoda mais em termos físicos? Em termos psicológicos? E, em termo, da informação partilhada? Físicos: - Dar banho; - Entrar no quarto sem avisar; - Realizar algum procedimento; - Observar penso/ligadura/dreno. Psicológicos: - Não permitir visitas; - Não permitir brincar/ver televisão/ ter computador/telemóvel;
--	--	--

	- Identificar as perspectivas dos adolescentes sobre o atendimento durante a hospitalização (atitudes relacionais e comportamentais dos profissionais de saúde);	- Constantemente pessoais a entrar no quarto, de forma recorrente. Informação Partilhada - Motivo; - Idade; - Problema de saúde; - Nº de vezes que urinas; - Nº de vezes e última vez que evacuaste; - Ligadura: se está integral ou não. • Os profissionais de saúde apresentam-se quando falam consigo? • Os profissionais de saúde têm em consideração o seu espaço? • Antes de realizar algum procedimento, dizem-lhe o vão fazer? O que é necessário? Como pode colaborar? - Com linguagem clara? Compreende o que lhe é dito? A linguagem que utilizam é adequada à sua idade? - Sente que respeitam a sua privacidade?
--	---	---

	- Identificar as necessidades de atendimento dos adolescentes durante a hospitalização (condições físicas do espaço que os rodeia);	• Acha que é um espaço adequado à sua idade? • Acha que é um espaço adequado às suas necessidades de privacidade? Se não, porquê?
Sugestões de mudança	- Identificar sugestões para melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao adolescente;	- Relativamente à atitude dos profissionais de saúde particularmente dos enfermeiros, o que sugere para minimizarmos a invasão da sua privacidade? (nas suas diversas dimensões) - No que diz respeito às condições físicas, o que sugere que fosse diferente?

**Apêndice II - Guião da Entrevista Semiestruturada dirigida aos
Enfermeiros**

T

Bloco Temático	Objetivos Específicos	Questões Orientadoras
Legitimação da Entrevista	- Motivar o enfermeiro a participar na entrevista;	-Assegurar a privacidade e a confidencialidade na recolha e no tratamento dos dados; - Enumerar os objetivos do estudo; -Reforçar a importância da sua colaboração e da sinceridade nas respostas dadas; -Solicitar o preenchimento do consentimento informado;
Caracterização sociodemográfica, formação académica e da experiência profissional do enfermeiro	- Caracterizar o enfermeiro quanto à idade, género, formação académica, tempo de serviço na profissão e experiência profissional no serviço de Pediatria do H.L.	- Idade e género; - Habilitações académicas; Tem alguma formação académica para além da Licenciatura em Enfermagem? - Tempo exercício na profissão de Enfermagem? - Tempo exercício no serviço de Pediatria do H.L.?
Ideias, Sentimentos e percepções dos enfermeiros sobre as questões de privacidade no adolescente, nomeadamente em situação de internamento hospitalar	- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o significado de privacidade para o adolescente;	- Na sua perspetiva o que significa privacidade, para os adolescentes? - Considera a privacidade importante para os adolescentes, durante o internamento? - Tendo em conta as dimensões da privacidade (física; psicológica; familiar; social e de informação), o que considera que os adolescentes mais valorizam? Gostaria que justificasse. - O que na sua perspetiva tem mais impacto na privacidade dos adolescentes durante o internamento neste serviço?

	- Conhecer as opiniões dos enfermeiros sobre o impacto do internamento na privacidade do adolescente;	- Quais são os aspetos que considera serem menos respeitados, no que diz respeito à privacidade do adolescente? (durante o internamento)
Sugestões de mudança ao nível de intervenções mais ajustadas às necessidades do adolescente no âmbito da privacidade	- Identificar sugestões para melhoria da qualidade dos cuidados ao adolescente, no âmbito do respeito pela sua privacidade, nomeadamente em situação de internamento.	Quanto aos profissionais: - Considera que exista algum aspeto, relativo às atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, que pudesse ser alterado ou melhorado, de modo a minimizar a invasão da privacidade dos adolescentes? (sobretudo pelos enfermeiros) Quanto ao espaço físico e normas do serviço: - Considera que exista algum aspeto, relativo às condições físicas do serviço, que pudesse ser alterado ou melhorado, neste sentido? E em outras dimensões que abordámos, o que considera que pode mudar no sentido de um maior ajustamento às necessidades dos adolescentes internados neste serviço? - Que outros aspetos gostaria de focar/acrescentar sobre este assunto e que não abordamos nesta nossa conversa.

**Apêndice III - Consentimento Informado livre e esclarecido dirigido
aos adolescentes**

Sou Enfermeira e estou a realizar um projeto de investigação sobre “O impacto da hospitalização na privacidade do adolescente: Perspetivas dos adolescentes e dos enfermeiros.”, pois pretendo compreender o significado e as necessidades dos adolescentes relacionadas com as questões da privacidade em situação de internamento hospitalar, e identificar, na perspetiva do adolescente, que intervenções de enfermagem dão resposta às suas necessidades. Deste modo, venho solicitar a sua colaboração para uma breve entrevista, porque considero a sua colaboração importante para a melhoria dos cuidados prestados aos adolescentes. A entrevista é confidencial, sendo que o anonimato será respeitado e garantido, sendo que o seu nome nunca será divulgado.

A sua participação é voluntária, pedindo-lhe que seja sincero nas suas respostas. Poderá desistir da sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo associado. Para facilitar a análise dos dados recolhidos a partir do seu testemunho, peço-lhe o consentimento para gravar em áudio a entrevista, garantindo que depois de ser utilizado será destruído.

Agradecida pela sua colaboração.

Catarina Casaleiro Lagarto

(clagarto@campus.esel.pt)

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste termo do consentimento e que concordo em participar nesta entrevista

(Assinatura do adolescente)

**Apêndice IV - Consentimento Informado livre e esclarecido dirigido
aos responsáveis legais**

Sou Enfermeira e estou a realizar um projeto de investigação sobre “O impacto da hospitalização na privacidade do adolescente: Perspetivas dos adolescentes e dos enfermeiros.”, pois pretendo compreender o significado e as necessidades dos adolescentes relacionadas com as questões da privacidade em situação de internamento hospitalar, e identificar, na perspetiva do adolescente, que intervenções de enfermagem dão resposta às suas necessidades. Deste modo, venho solicitar a colaboração do seu filho(a) para uma breve entrevista, porque considero a sua colaboração importante para a melhoria dos cuidados prestados aos adolescentes. A entrevista é confidencial, sendo que o anonimato será respeitado e garantido, sendo que o nome do seu filho(a) nunca será divulgado. A participação do seu filho(a) é voluntária, pedindo-lhe que seja sincero nas suas respostas. O mesmo poderá desistir da sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo associado. Para facilitar a análise dos dados recolhidos a partir do seu testemunho, peço-lhe o consentimento para gravar em áudio a entrevista, garantindo que depois de ser utilizado será destruído.

Agradecida pela sua colaboração.

Catarina Casaleiro Lagarto

(clagarto@campus.esel.pt)

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste termo do assentimento/consentimento e que concordo que o meu filho(a) participe nesta entrevista

(Assinatura do pai/ mãe/ responsável legal)

**Apêndice V - Consentimento Informado livre e esclarecido dirigido
aos enfermeiros**

Sou Enfermeira e estou a realizar um projeto de investigação sobre “O impacto da hospitalização na privacidade do adolescente: Perspetivas dos adolescentes e dos enfermeiros.”, pois pretendo compreender as perspetivas dos enfermeiros relacionadas com as questões da privacidade dos adolescentes em situação de internamento hospitalar, e identificar que intervenções de enfermagem dão resposta às suas necessidades. Deste modo, venho solicitar a sua colaboração para uma breve entrevista, porque considero a sua colaboração importante para a melhoria dos cuidados prestados aos adolescentes. A entrevista é confidencial, sendo que o anonimato será respeitado e garantido, sendo que o seu nome nunca será divulgado.

A sua participação é voluntária, pedindo-lhe que seja sincero nas suas respostas. Para facilitar a análise dos dados recolhidos a partir do seu testemunho, peço-lhe o consentimento para gravar em áudio a entrevista, garantindo que depois de ser utilizado será destruído.

Agradecida pela sua colaboração.

Catarina Casaleiro Lagarto

(clagarto@campus.esel.pt)

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste termo do consentimento e que concordo em participar nesta entrevista

(Assinatura do enfermeiro)