



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**O Adolescente em Internamento Pediátrico:  
Contributos dos Enfermeiros na Satisfação das  
Necessidades de Atendimento**

Sara Isabel Paulo Jacinto Senhorães

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**O Adolescente em Internamento Pediátrico:  
Contributos dos Enfermeiros na Satisfação das  
Necessidades de Atendimento**

Sara Isabel Paulo Jacinto Senhorães

Sob a Orientação da Sr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Maria da Graça Vinagre da Graça

2014



“Para ser grande, sê inteiro; nada  
Teu exagera ou exclui;  
Sê todo em cada coisa; põe quanto és  
No mínimo que fazes;  
Assim em cada lago, a lua toda  
Brilha porque alta vive”

**Ricardo Reis**

## **AGRADECIMENTOS**

À Sr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Maria da Graça Vinagre pela sua luz orientadora, sempre disponível e empenhada. Sem o seu esforço e palavras motivadoras o percurso teria sido mais tortuoso.

Aos que me acolheram nos estágios e partilharam o seu saber.

À equipa de enfermagem do meu contexto de trabalho, em particular à Enf<sup>a</sup> Chefe Clara Rocha e à Enf<sup>a</sup> Ana Francisco, por terem acolhido o meu projeto e disponibilizado o seu tempo e conhecimentos.

Ao Ricardo pelo amor e pelos dias de ausência. Por me ajudares a alcançar os meus e os nossos sonhos.

À minha família, a minha estrutura desde sempre, por todo o amor, apoio e dedicação.

Aos amigos que estiveram presentes e me incentivaram.

A ti L. que já mudaste a minha vida.

A todos muito obrigada

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CCH – Carta da Criança Hospitalizada

CDC - Centro de Desenvolvimento da Criança

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNSCA – Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente

DGS- Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

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

Enf<sup>a</sup> – Enfermeira

Enf<sup>o</sup>- Enfermeiro

IP- Internamento de Pediatria

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL- Otorrinolaringologia

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN- Recém-nascido

SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SO- Sala de Observações

UA – Unidade de Adolescentes

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UM- Unidade Móvel

UP- Urgência Pediátrica

## RESUMO

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, marcado por variadíssimas mudanças onde o adolescente procura construir a sua identidade.

Encontra-se em vigor o Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho, que determina o alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria até aos 17 anos e 364 dias. A Ordem dos Enfermeiros (2010b) descreve que compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida. Importa pois conhecer essas necessidades para poder contribuir para a sua satisfação. Esta realidade assume-se como um desafio para os enfermeiros que exercem funções em pediatria e constitui a problemática deste relatório de estágio.

A partir de uma metodologia de projeto apoiada na filosofia de cuidados em parceria e nos referenciais teóricos de Meleis, foi traçado um percurso formativo onde se procura desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista e ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, bem como identificar as necessidades de atendimento em saúde dos adolescentes, em particular no internamento, de modo a promover a reflexão e encontrar estratégias que permitam a satisfação dessas mesmas necessidades, contribuindo para o pleno desenvolvimento e satisfação dos adolescentes.

Este relatório retrata assim, através de uma análise crítica e reflexiva, as atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio evidenciando o desenvolvimento das competências e o contributo de saberes e estratégias para a problemática em estudo e, conseqüentemente para o avanço da enfermagem.

Palavras- Chave: adolescente, atendimento, enfermagem, necessidades, satisfação

## **ABSTRACT**

Adolescence is a transitional period between childhood and adulthood, marked by extensive changes where the adolescent seeks to build its identity.

Is in effect Dispatch No. 9871/2010 of June 11th, which determines the extension of the age of health care from pediatric services up to 17 years and 364 days. The Order of Nurses (2010b) describes that the Nursing Specialist in Child and Youth Health must provide specific care for the needs of the life cycle. Therefore it must know those needs. This phenomenon assumes a challenge for nurses practicing in pediatrics and is the problematic of this report.

From a design methodology supported by the philosophy of care in partnership and theoretical frameworks of Meleis, was traced a training path which seeks to develop skills to become a Nurse Specialist and a Nurse Specialist in Child and Youth Health but also identify the needs of adolescent health care, particularly in inpatient wards, in order to promote reflection and find strategies to the satisfaction those needs, contributing to the full development and satisfaction of adolescents.

This report portrays, through a critical and reflective analysis, the activities carried out in the context of different sites, taking as evidence the development of skills and the contribution of knowledge and strategies for the problem under study and, consequently, to the advance in nursing.

Key words: adolescent, care, needs, nursing, satisfaction

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	13
1.1. O Adolescente e os serviços de saúde: clarificação de conceitos e breve contextualização cronológica	13
1.2. As Necessidades de Atendimento dos Adolescentes em Saúde: especificidades do internamento	16
1.3. Modelo de Parceria de Cuidados em Enfermagem Pediátrica	21
1.4. Teoria de Médio- Alcance das Transições de Afaf Meleis	22
<b>2. PERCURSO FORMATIVO REALIZADO</b>	25
2.1. O Início do Percurso: projetar, definir e planejar	25
2.2. Definição dos Objetivos Específicos	26
2.3. Breve Descrição dos Campos de Estágio Selecionados	27
2.4. Análise e Reflexão das Atividades e Competências desenvolvidas em Estágio	31
2.4.1. Desenvolvimento de Competências inerentes ao Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem	32
2.4.2. Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento em saúde ao adolescente	40
<b>3. QUESTÕES ÉTICAS</b>	50
<b>4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM</b>	52
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	54
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	57

## ANEXOS

**Anexo I** - Condições de Internamento adequadas às crianças e adolescentes preconizadas pela Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente

**Anexo II**- Modelo de Parceria de Cuidados e m Enfermagem Pediátrica

**Anexo III-** Teoria de Médio-Alcance das Transições de Afaf Meleis

**Anexo IV-** Projetos implementados pela Unidade de Cuidados na Comunidade na área da Saúde Infantil e Juvenil

**Anexo V-** Pedido de Autorização para a realização das entrevistas efetuadas aos adolescentes e representantes legais na Unidade de Adolescentes

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Cronograma dos Estágios

**Apêndice II** – Documentos Orientadores dos diferentes Estágios

**Apêndice III** – Reflexões Realizadas nos diferentes Contextos de Estágio

**Apêndice IV** – Avaliação do Desenvolvimento Infantil

**Apêndice V** – Avaliação do Risco de Queda em contexto de Urgência Pediátrica

**Apêndice VI-** Dados estatísticos relativos ao atendimento do adolescente em Saúde nos diferentes Contextos de Estágio

**Apêndice VII-** Breve Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente nos diferentes Contextos de Estágio

**Apêndice VIII-** Requerimentos para pedido de autorização de realização de entrevistas aos adolescentes no Internamento de Pediatria e respetiva autorização

**Apêndice IX-** O Atendimento ao adolescente num Serviço de Internamento Pediátrico: Opiniões e Sugestões de uma Equipa de Enfermagem

**Apêndice X-** Sessão de Formação em Serviço a realizar no Internamento de Pediatria: Plano da Sessão de Formação em Serviço e Apresentação da Sessão Formativa em *Power Point*

**Apêndice XI-** As Necessidades de Atendimento dos Adolescentes num Serviço de Pediatria: Estudo de base ao artigo em elaboração para submeter a publicação

**Apêndice XII-** O Atendimento aos Adolescentes em Situação de Internamento: Apresentação dos Resultados de Entrevista realizada a um pequeno grupo de adolescentes

**Apêndice XIII-** O Adolescente em Internamento Pediátrico: Satisfação das Necessidades de Atendimento - Documento apresentado à Equipa de Enfermagem do Internamento de Pediatria

**Apêndice XIV** – Propostas de Melhoria no Atendimento ao Adolescente em Internamento Pediátrico: Análise das Respostas e Sugestões da Equipa de Enfermagem

**Apêndice XV** – Proposta de Estratégias de Intervenção a Implementar para Melhorar o Atendimento ao Adolescente no Internamento de Pediatria

**Apêndice XVI** – Resumo de Artigo para Submeter a Publicação em Revista Científica

## INTRODUÇÃO

O presente relatório está inserido no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, incluída no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Enfermeiro Especialista (EE) deve deter competências científicas, técnicas e humanas que permitam não só prestar cuidados gerais, mas também especializados na sua área de intervenção específica, assumindo um entendimento profundo sobre as respostas humanas e um elevado grau de adequação às necessidades do cliente (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2007). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) intervém numa fase crucial do ciclo vital, desde o nascimento até aos 18 anos de idade, utilizando um modelo conceptual centrado na criança/adolescente e família sendo este binómio o alvo dos seus cuidados (OE, 2011).

A adolescência é um período de transição marcado por mudanças diversas. O hospital é um cenário complexo, onde se conjugam pessoas, emoções e tecnologia. Para o adolescente o internamento pode significar um ambiente hostil podendo levar a necessidades diferentes e complexas e a alterações na qualidade de vida (Maas e Zagonel, 2005; Tavares e Fonseca, 2009). Presentemente as políticas e os profissionais de saúde procuram conjugar esforços que minimizem esta problemática, considerando que todas as situações de saúde/doença, inclusive o internamento, são oportunidades para a promoção do desenvolvimento do adolescente e para a promoção de atitudes e comportamentos individuais de saúde. Cabe aos profissionais abordar o adolescente de forma adequada, de acordo com as suas necessidades e singularidades, de modo a tornar a relação eficaz (Abreu e Azevedo, 2012; Aquino, 2009; Cruz, 2007; Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002).

Em Portugal, o atendimento hospitalar a adolescentes é uma área que vem sendo desenvolvida embora de uma forma lenta e gradual. Atualmente encontra-se em vigor o Despacho nº 9871/2010, de 11 de junho que veio determinar a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento, até aos 17 anos e 364 dias, com vista à plena realização da Convenção dos Direitos da Criança e da Carta da Criança Hospitalizada (CCH). Esta realidade, relativamente recente, leva a que as organizações de saúde e os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, estejam perante um novo desafio e problemática à qual devem dar resposta, necessitando de reestruturar a sua atuação através de um atendimento adequado que englobe a saúde integral e as necessidades dos adolescentes (OE, 2011).

O serviço de internamento pediátrico onde exerço funções encontra-se, por este motivo, em fase de (re) organização, vendo-se igualmente confrontado com esta nova realidade à qual necessita de dar resposta. É neste contexto que surge, a partir da reflexão crítica sobre a prática, a necessidade de trabalhar esta temática e desenvolver competências e contributos para o aperfeiçoamento dos saberes nesta área, remetendo para a indispensabilidade do desenvolvimento de uma lógica de cuidados que vise preservar a dignidade do adolescente durante o internamento, atendendo às suas múltiplas necessidades e especificidades.

Perante esta problemática, associada ao interesse individual no desenvolvimento de competências na área do atendimento ao adolescente, tornou-se pertinente aprofundar conhecimentos no que concerne às suas particularidades e necessidades de atendimento, nomeadamente no contexto de internamento, identificando os diversos níveis de intervenção em enfermagem, por forma a desenvolver competências inerentes ao EEESCJ e atuar adequadamente perante estes utentes pediátricos, com vista à sua satisfação e respetiva obtenção de ganhos em saúde.

Assim surge o tema do projeto de estágio, que culmina na elaboração deste relatório: **O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos**

**Enfermeiros na Satisfação das Necessidades de Atendimento**, definindo-se como **objetivos gerais**:

- Desenvolver competências inerentes ao EE e ao EEESCJ;
- Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento em saúde do adolescente.

O presente documento expõe uma análise crítica e reflexiva do caminho traçado e percorrido no desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para a obtenção do título de EEESCJ, nos diferentes campos de estágio, tendo em conta os objetivos definidos, as atividades delineadas e realizadas e as competências adquiridas.

Após esta introdução segue-se sequencialmente a apresentação do quadro de referência utilizado, especificando os modelos teóricos orientadores da prática; a descrição e análise do percurso formativo realizado, com a respetiva definição dos objetivos específicos e a descrição, reflexão e análise das atividades e competências desenvolvidas nos campos de estágio escolhidos; a apresentação das questões éticas; a referência aos contributos deste percurso para a prática de enfermagem; e, por fim, algumas considerações finais onde se inclui o respetivo “balanço” final do trabalho realizado e as possíveis perspetivas futuras.

A elaboração deste relatório teve como suporte: a pesquisa bibliográfica e análise dos documentos orientadores e normativos da profissão; a observação e a reflexão sobre as práticas em parceria com os enfermeiros de referência e através da colaboração direta na prestação de cuidados de enfermagem às crianças/jovens e famílias; assim como, a elaboração de documentos construídos a partir das ideias, sentimentos e opiniões dos enfermeiros e dos adolescentes envolvidos neste percurso.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Neste capítulo é apresentado o enquadramento teórico que constituiu o suporte do percurso realizado e exposto neste relatório de estágio. Numa primeira fase, será desenvolvida a problemática do adolescente nos serviços de saúde; posteriormente serão apresentados os saberes teóricos de enfermagem que norteiam a filosofia de cuidados em pediatria – o Modelo de Parceria de Cuidados - e a Teoria de Médio-Alcance das Transições de Afaf Meleis, que serviram igualmente de base a todo o desenvolvimento do projeto.

### **1.1. O Adolescente e os serviços de saúde: clarificação de conceitos e breve contextualização cronológica**

Apesar de o conceito de juventude não ser recente as características fisiológicas e psicológicas dos jovens nem sempre foram reconhecidas como elementos específicos da adolescência e, como tal, este período foi durante muito tempo desconsiderado. Foram acontecimentos como o crescendo da industrialização e das ciências da educação e psicossociais, particularmente no domínio do desenvolvimento, no início do séc. XX, que propiciaram a emergência da adolescência como um período distinto do desenvolvimento humano. Contudo, só a partir da segunda metade do séc. XX é que se começou a ter em conta as características e necessidades que envolvem os adolescentes (Grossman, 2010; Sprinthall e Collins, 2008).

O termo adolescente deriva etimologicamente da palavra em latim *adolescere* que significa crescer, tornar-se maior, brotar (Papalia, Olds e Feldman, 2001). Desde o começo deste percurso que adotei a definição da OMS (2002) na qual a adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos, sendo um período do desenvolvimento marcado por transformações a nível biológico, psicossocial,

cognitivo, emocional e cultural. Assim, este período decorre durante cerca de uma década. Mais uma vez, tendo como referência a OMS (2002) a adolescência encontra-se dividida em três etapas:

- Início da adolescência (10- 13 anos): ocorre um surto de crescimento e início da maturação sexual. O adolescente tem um pensamento abstrato;
- Adolescência intermédia (14-15 anos): as principais mudanças físicas estão completas. O jovem começa a desenvolver um forte sentido de identidade em relação a si, pares e família adotando um pensamento reflexivo;
- Adolescência tardia (16-19 anos): fisicamente igual a um adulto. Apresenta uma identidade definida com ideias, opiniões e valores assentes.

Este processo de transição, da infância para a idade adulta, pode ser muitas vezes conturbado, com paradoxos e emoções intensas onde o jovem busca a sua própria identidade e autonomia (OE, 2010c; Wagner, Falcke, Silveira e Mosmann, 2002). Assim, é considerada uma fase de oportunidades e de crescimento mas também de elevada exposição a riscos e pressões externas, onde a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença assumem particular importância (OMS, 2012; Papalia, Olds e Feldman, 2001).

A denominada Medicina do Adolescente, onde as particularidades do adolescente são tidas em conta, teve um crescimento significativo em países como os Estados Unidos da América, Austrália e Canadá nos anos 50 do séc. XX. Porém, tal não aconteceu ao mesmo ritmo na Europa, concretamente em Portugal, sendo os cuidados nesta faixa etária, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, prestados genericamente de forma semelhante aos prestados à população em geral (Abreu e Azevedo, 2012; Aquino, 2009; Castanheira, 2006). Contudo, existem algumas datas e factos determinantes que influenciaram, em Portugal, as políticas de saúde do adolescente nos últimos 25 anos, destacando-se: em 1987 a Direcção-Geral dos hospitais determina que a prestação de cuidados nos serviços de pediatria se faça até aos 15 anos de idade menos um dia, iniciando-se assim algumas experiências de atendimento ao adolescente no âmbito dos cuidados primários e secundários; em 1989 é criada a CCH pela European Association for Children in Hospital, de onde

distingo o Art.º 6<sup>o1</sup> e o Art.º7<sup>o2</sup>; a criação dos Direitos da Criança em 1989, ratificados por Portugal em 1990, da qual diferencio o Art.º1<sup>3</sup>. Para responder ao exposto, mais recentemente, a Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (CNSCA) (2009, p.35) sugeriu que:

todos os serviços de pediatria devem cumprir os seguintes critérios mínimos: 4.1. Atendimento até aos 18 anos de idade (17 anos e 364 dias) (...); 4.4 Internamento de todas as crianças e adolescentes até aos 18 anos num serviço de pediatria, seja a patologia, médica ou cirúrgica. Dos 15 aos 18 anos, o adolescente poderá optar por um serviço de adultos.

Acrescentando ainda, no mesmo documento, as condições de internamento adequadas às crianças e adolescentes que deveriam ser facultadas pelos hospitais em termos estruturais, de organização e de recursos humanos (Anexo I). Finalmente, em 2010, é publicado o Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho, que visa assegurar a acessibilidade à rede de cuidados pediátricos a todos os utentes até aos 18 anos menos um dia.

A saúde é definida pela OE (2011, p.4) como:

o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual (...) especificada por um conjunto de particularidades que norteiam o subconceito, maximização da saúde da criança/jovem, com ênfase na satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento.

De acordo com o Ministério da Saúde de Portugal (2004) os adolescentes representam o grupo etário mais saudável recorrendo pouco aos serviços de saúde. No entanto são inúmeras as situações que os colocam em risco de mortalidade e morbilidade, não só do foro físico, mas sobretudo situações relacionadas com os padrões de comportamento, mal-estar psicoafectivo, relacional e ambiental, que comprometem não só o seu futuro mas afetam também sua família e a sociedade em geral (OE, 2011; OMS, 2012; Papalia, Olds e Feldman, 2001).

---

<sup>1</sup> Art.º 6 : “As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança”.

<sup>2</sup> Art.º7: “O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e segurança”.

<sup>3</sup> Art.º 1: “Nos termos da presente Convenção, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”.

As políticas de saúde enfatizam a importância de atender adequadamente os adolescentes, abarcando as suas mudanças e necessidades específicas de forma integrada, num ambiente apropriado, por forma a contribuir para o seu pleno desenvolvimento. Acredita-se então que tornar os serviços de saúde adequados e atentos às necessidades dos adolescentes, nas diversas vertentes e características próprias, pode ter um efeito positivo na promoção da saúde (Aquino, 2009; Castanheira, 2006; OE, 2010c; OMS, 2002, 2012, 2014; Staa, Jedeloo e Stege, 2011; Tavares e Fonseca, 2009; Viner, 2007).

## **1.2. As Necessidades de Atendimento dos Adolescentes em Saúde: especificidades do internamento**

Num internamento ocorre uma transição para um ambiente pouco familiar. Este significa, na maioria das vezes, um momento de crise e uma fonte de *stress* e ansiedade que pode levar a alterações na qualidade de vida, interrupção de rotinas e até de projetos futuros (Aquino, 2009; Barros, 2003; Center for Pediatric Traumatic Stress, (s.d); Jorge, 2004; Maas e Zagonel, 2005; Meleis, 2012). As atitudes dos profissionais envolvidos nos cuidados vão ser cruciais para que esta experiência decorra com o menor sofrimento possível, e os enfermeiros têm um papel preponderante na criação de um ambiente promotor da saúde (Barros, 2003; OE, 2011). A OE (2011, p.4) considera que o ambiente facultado à criança/jovem deve: “proporcionar a sustentação emocional e os cuidados (...) para além de promover a sua independência e respetivo desenvolvimento (...) considerando os fatores protetores e *stressores* associados”.

Collière (1999, p.155) refere que “cuidar é aprender a ter em conta dois parceiros (...): o que trata e o que é tratado”. Tal como afirma Hesbeen (2000), para cuidar é necessário estar atento a alguém ou a alguma coisa e ocupar-se do seu bem-estar. O atendimento é definido como um ato de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em centros de saúde ou hospitais, em instalações

próprias<sup>4</sup>; de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) atender é um “ tipo de acção de enfermagem com características específicas: estar atento a ...” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2002, p. 154).

A OE (2010b) descreve que compete ao EEESCJ prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e, nesse sentido, deve procurar conhecer essas mesmas necessidades. Estas últimas são definidas como requisitos fundamentais básicos que o ser humano ambiciona ou precisa para viver ou manter o funcionamento normal, abrangendo as vertentes biológicas, psicológicas e sociais. Não são homogéneas e variam de acordo com os indivíduos, cultura e grupos sociais. (Barros e Chiesa, 2007; Dodds, 2010). Deste modo, para atender adequadamente os adolescentes em contexto de internamento é fundamental estar atento às suas especificidades e necessidades.

A literatura consultada quer a nível internacional, quer nacional, enumera alguns requisitos para o atendimento ao adolescente, que equacionam de forma integrada, não só os aspetos biológicos mas também o ambiente físico, familiar, cultural e socioeconómico. O atendimento ao adolescente requer assim do profissional de saúde não só conhecimentos técnicos e científicos mas igualmente uma atitude interessada e disponível (Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), (s.d); Sociedade Portuguesa Pediatria (SPP), 2009).

A OMS (2002) na sua publicação *Adolescent Friendly Health Services*, enumera alguns critérios que tornam os serviços de saúde, de uma forma global, direcionados para atender adequadamente os adolescentes. Estes serviços devem ser acessíveis, desburocratizados e com horário flexível; devem ocorrer num espaço que promova a aceitabilidade do adolescente, ou seja, que este esteja disposto a obter e a frequentar e, como tal, deve ser apropriado e eficaz; os serviços de saúde devem ser fornecidos de forma correta, contribuindo positivamente para a saúde de

---

<sup>4</sup> In: Instituto Nacional de Estatística – Conceitos Estatísticos: área temática saúde. Disponível em: <http://conceitos.ine.pt>.

todos os adolescentes com equidade e não somente a grupos específicos que possam ter acesso aos mesmos, assegurando que os cuidados de saúde são gratuitos ou pelo menos acessíveis de serem pagos pelos adolescentes e famílias.

Assim, para que os adolescentes se desenvolvam de uma forma saudável, as intervenções em saúde devem incluir a criação de um ambiente acolhedor, confortável e que assegure a privacidade e a dignidade. Preconiza-se que o internamento ocorra num espaço físico próprio, num serviço de pediatria ou idealmente numa unidade de internamento para adolescentes, com a criação de enfermarias e quartos que assegurem, por exemplo, a privacidade do exame físico, com camas de dimensão adequada e com instalações sanitárias para ambos os géneros que permitam preservar a intimidade (Aquino, 2009; Grossman, Ruzany e Taquette, 2004; SPP, 2009; Tavares e Fonseca, 2009).

As relações sociais com os pares são deveras importantes nesta faixa etária. Quando ocorre um internamento, especialmente se for prolongado, é provocado um afastamento social que pode comprometer o processo de transição eficaz da adolescência. Os adolescentes sentem assim, de acordo com a literatura, a necessidade de manter as amizades e o contato externo devendo este ser encorajado, de forma regular, quer através das visitas dos amigos, num horário flexível, quer através de contatos telefónicos ou pela internet, bem como deve ser promovida a interação, sempre que possível, com outros jovens internados (Abreu e Azevedo, 2012; Center for Pediatric Traumatic Stress, (s.d.); Dodds, 2010). Deve ainda ser tido em atenção que todos os adolescentes internados têm direito a ter um acompanhante permanente a seu lado, indo de encontro ao que é preconizado na CCH<sup>5</sup> e pela CNSCA (2009) (Anexo I).

O internamento é encarado por alguns jovens como uma “prisão” sentindo-se frustrados por não poderem decidir sobre determinados aspetos da sua vida e por sentirem que não têm “nada para fazer”. Tal pode influenciar o seu humor, colaboração nos cuidados e autoestima. Os estudos consultados referem igualmente que os adolescentes têm como necessidade manter o seu tempo ocupado, com

---

<sup>5</sup> Art.º 2.º: “Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos (...) qualquer que seja a idade”.

atividades atrativas e adequadas à sua idade e estadio de desenvolvimento. Devem estar igualmente disponíveis no internamento recursos de entretenimento e de acompanhamento escolar que permitam minorar o impacto deste e da doença na vida do jovem. (Abreu e Azevedo, 2012; Aquino, 2009; Maia, 2006; OMS, 2012; SPP, 2009).

Para a OMS (2002,2012) os profissionais de saúde que lidam com os adolescentes devem ser detentores de competências técnicas e conhecimento específico na área da adolescência. Para tal devem estar motivados para trabalhar com esta população e ter o suporte necessário, quer em termos de formação, quer em termos do apoio sustentado de uma equipa multidisciplinar. Os adolescentes sentem a necessidade de contarem igualmente com profissionais competentes não só tecnicamente, mas que apresentem também competências relacionais de comunicação e honestidade (Dodds, 2010; OE, 2010c; Staa, Jedeloo e Stege, 2011). A comunicação é referida por muitos autores como um elemento fundamental na relação profissional/adolescente/família, com a manutenção de um diálogo aberto e disponibilidade para escutar as necessidades sem preconceitos. Os jovens têm que se sentir acompanhados por pessoas em quem confiam, que os aconselham e são capazes de estabelecer laços afetivos e de confiança num ambiente que faculte a comunicação (Viera e Barbosa, 2011). Assim, o profissional de saúde deve assumir uma postura ética de escuta, disponibilidade e de atenção integral, que fomente o respeito, a dignidade e o apoio psicológico (Aquino, 2009; Dodds, 2010; OE, 2010c; OMS, 2002; Prazeres, 2002; Tavares e Fonseca, 2009). Neste ponto deve ainda garantir a confidencialidade e sigilo das informações fornecidas. Os jovens precisam de ter a garantia de que estas não serão facultadas aos seus pais ou responsáveis legais, pares ou restante equipa sem o seu acordo, desde que tal não comprometa a saúde e o bem-estar do adolescente ou de terceiros. A confidencialidade pode ser apenas quebrada de acordo com os termos legais e se estritamente necessário, devendo o adolescente ser informado desta decisão (Ministério da Saúde do Brasil, 2005; OE, 2009, 2010c; SPP, 2009).

Como referido anteriormente o adolescente encontra-se num processo de transição em busca da sua individualidade enquanto pessoa e cidadão. Sendo um cidadão pleno de direitos, a sua autonomia na promoção e construção da sua saúde e plano terapêutico deve ser considerada nos serviços de saúde. (OMS, 2002,2012,2014; SPP, 2009). Dentro deste âmbito, a informação facultada é igualmente uma necessidade referida. Para vários autores, os adolescentes consideram necessário receberem informações claras e adequadas ao seu estadio de desenvolvimento em relação ao seu estado de saúde e procedimentos que lhes irão ser efetuados. Para tal deve ser utilizada uma linguagem clara e realista mas que transmita igualmente esperança, devendo-se adequar as palavras, os gestos, o tom de voz e a expressão facial (Center for Pediatric Traumatic Stress, (s.d); OE, 2010c; SBP (s.d)). Assim, como afirma a OMS (2002), ao fornecer informações adequadas o profissional de saúde procura igualmente estimular a independência e a responsabilização do adolescente pelo seu plano de saúde/terapêutico. Esta responsabilização trata-se igualmente de uma necessidade de atendimento, face aos processos de desenvolvimento e de autonomia nesta fase. Assim, as responsabilidades quanto às informações facultadas e fornecidas devem ser divididas entre os profissionais e os adolescentes e, no caso do internamento também quanto ao tratamento, no sentido da construção de uma identidade positiva e da estimulação de estratégias de *coping* que podem auxiliar a lidar com a situação de doença (Dodds, 2010; SBP (s.d.)).

É neste sentido que o Modelo de Parceria de Cuidados se impôs durante a realização do projeto e dos estágios, não só pelas características que abarcam a temática estudada, mas também porque o EEESCJ “tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa em qualquer contexto (...) de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2011, p.3).

### 1.3. Modelo de Parceria de Cuidados em Enfermagem Pediátrica

Relembrando a Declaração de Alma-Ata, formulada em 1978, em que se reconhece aos indivíduos “a capacidade (...) de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito e que inicialmente eram (...) responsabilidade dos técnicos de saúde” (Silva, 2002, p.4), a promoção da autonomia e da individualidade daqueles a quem se prestam cuidados é a chave da humanização dos cuidados.

O Modelo de Parceria de Cuidados em Enfermagem Pediátrica foi elaborado por Anne Casey (Anexo II), sustentado no princípio de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, cabendo aos profissionais reconhecer a importância do papel parental, facilitá-lo e promovê-lo em contexto de internamento (Ferreira e Costa, 2004). No entanto, a abordagem da parceria pode ser igualmente transposta para os cuidados ao adolescente e família pois assenta, de acordo com Mano (2002), em dois conceitos principais: cuidados centrados na família e cuidados negociados. O primeiro remete-nos para a conceção de *empowerment* da criança/jovem e sua família nos processos de tomada de decisão, a partir da partilha da informação e conhecimentos; o segundo deriva do primeiro e assenta numa relação baseada no respeito e confiança mútuos. Assim, do processo de negociação entre os intervenientes resulta um plano de cuidados personalizado que responde às necessidades de todos mas que pressupõe a habilitação e desejos de cada um (Estevinho, 2007; Mano, 2002).

Os adolescentes podem participar no seu plano de cuidados devendo ter uma voz ativa na sua elaboração e nas tomadas de decisão. Para o adolescente a forma como é atendido pelo profissional de saúde e o modo como este o implica no seu processo terapêutico, valorizando a sua autonomia, escolhas e opiniões é fundamental no modo como ele vai encarar o cumprimento do plano terapêutico, ao passo que a sua exclusão aumenta o medo, afetando assim a adaptação ao internamento e conseqüentemente ao tratamento (OMS, 2012; Runeson, Hallstrom, Elander e Hermerén, 2002; Staa, Jedeloo e Stege, 2011). Assim, tal como determina a OE (2011) o enfermeiro deve respeitar princípios de proximidade, parceria e

capacitação, procurando estabelecer uma relação de equidade, dinâmica e flexível, podendo e devendo o jovem ser integrado na planificação e prestação de cuidados.

Deste modo, o modelo de parceria de cuidados é fundamental na sustentação deste relatório e enquanto orientador das minhas práticas, uma vez que se caracteriza pela partilha de conhecimento e de poder, ocorrendo uma definição conjunta de objetivos a alcançar que envolve a participação e o acordo de todos os intervenientes (Mendes e Martins, 2012). Assenta, como não podia deixar de ser, numa abordagem de cuidados flexível, que pressupõe a negociação, numa relação que se espera terapêutica, com respeito pela individualidade, valores, crenças e decisões de forma a proteger a dignidade da pessoa numa situação de vulnerabilidade, como é a situação de internamento (Henneman e Cardin, 2002; Hockenberry, Wilson e Winkelsteined, 2006; Mendes e Martins, 2012).

#### **1.4. Teoria de Médio- Alcance das Transições de Afaf Meleis**

O termo transição provém do latim *transitione*- que significa ato ou efeito de passar de um lugar para outro, passagem, mudança de um estado de coisas para outro e ainda fase intermédia na evolução<sup>6</sup>.

Meleis (2010) define transição como uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro, ocorrendo em processos que envolvem mudanças no estado de saúde, papéis, expectativas e capacidades. A transição apresenta-se como essencialmente positiva pois, ao passar por uma mudança, alcança-se uma maior estabilidade e maturidade (Chick e Meleis, 1986). Contudo, tal como indica Zagonel (1999) as transições são acompanhadas por diversas emoções que permeiam a vida das pessoas e podem desencadear desequilíbrios, ansiedade e sentimentos de insegurança, caso não sejam realizadas adequadamente.

Os enfermeiros deparam-se diariamente com indivíduos que estão a antecipar e a vivenciar transições. Facilitar o processo de transição é uma intervenção de

---

<sup>6</sup> In: <http://www.dicionarioglobal.com/portugues/194072-transicao>.

enfermagem, sendo por isso um conceito de interesse para os enfermeiros, afirmando Meleis que a enfermagem constitui-se como a arte e ciência de facilitar as transições no sentido do bem-estar e saúde das populações (Meleis e Trangestein, 1994, cit. por Meleis, 2012; Zagonel, 1999).

A simultaneidade da adolescência, doença e situação de internamento exige do profissional de enfermagem conhecimentos “sobre a transição, habilidades de comunicação e sensibilidade para apreender a verdadeira essência dessa vivência pelo adolescente” (Maas e Zagonel, 2005, p.68).

A Teoria de Médio-Alcance de Meleis (2010) descreve a natureza, as condições e os padrões de resposta idênticos aos processos de transição que orientam as terapêuticas de enfermagem. O foco de estudo está relacionado com o modo como a pessoa faz, ou não, transições saudáveis e como os cuidados de enfermagem podem facilitar as transições em saúde. Para Meleis (2005, p.107) a pessoa é perspectivada como um ser com necessidades específicas com capacidade de se adaptar à mudança, mas “devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio”, estando o conceito de saúde relacionado com o poder da pessoa em controlar a sua própria vida e adaptar-se às transições, mediante os contextos em que vive (socioeconómico, político, ambiental, entre outros). As transições podem ser de quatro tipos: de desenvolvimento, de situação, de saúde/doença e organizacionais. Contudo, as pessoas podem experienciar transições múltiplas em determinados períodos da vida (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Shumacher, 2000). A problemática deste projeto é disso um exemplo associando três tipos de transição: desenvolvimental, situacional e de saúde/doença. Por um lado, o adolescente já vive um processo de transição em busca da sua identidade, por outro, passa de um estado de bem-estar para um de doença aguda ou crónica e, por outro ainda, vê-se confrontado com a necessidade de internamento (planeado ou não), em que passa para um ambiente que não o “seu” (Abreu e Azevedo, 2012; Machado e Zagonel, 2003). Estas “crises”, quer individualmente quer em simultâneo, tornam o jovem mais vulnerável, expondo-o a perigos e riscos que podem atrasar a sua recuperação e a forma como implementa estratégias de *coping*.

Meleis, Sawyer, Im, Messias e Shumacher (2000) afirmam que a intervenção dos enfermeiros pode cooperar significativamente para o sucesso da transição, uma vez que estes acompanham com grande proximidade os processos de mudança e exigências que as transições provocam, neste caso nos jovens. O conhecimento dos padrões gerais das transições é essencial para orientar a avaliação de enfermagem, sendo contudo, igualmente indispensável, de forma a planear cuidados realmente centrados na pessoa, conhecer o modo como o próprio entende e percebe a transição (Meleis, 2010). Assim, é necessário identificar os restantes elementos que vão influenciar o processo de transição e que compõem uma transição junto do adolescente internado e que constituem a Teoria de Médio-Alcance das Transições de Meleis, nomeadamente: as propriedades universais de transição, as condições de transição e as respostas em saúde (Anexo III). Esta avaliação deve ser realizada pelos enfermeiros de forma a definir intervenções que potenciem resultados positivos em saúde denominadas de terapêuticas de enfermagem. Estas compreendem três intervenções que podem ser amplamente utilizadas durante as transições, de forma a facilitar este processo: interventiva (atuar perante a transição – conhecer a pessoa); preventiva (preparar para a transição, prevenindo a doença e promovendo a saúde) e suplementação de papel (quando há dificuldades ou impossibilidade na aquisição do papel) (Im, 2010; Meleis, 2010, 2012). Para que o sucesso destas intervenções se faça em pleno a autora ressalva que é necessária uma relação empática e de confiança entre o enfermeiro e o indivíduo.

Assim, a compreensão das propriedades e das conjunturas inerentes a um processo de transição irá permitir o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas e adaptadas. Deste modo, o conhecimento sobre cuidado transicional é decerto um contributo para a melhor prestação de cuidados de enfermagem ao adolescente numa vertente holística o que irá permitir uma melhoria do processo de adaptação à (tripla) transição experienciada, como descrito anteriormente.

## **2. PERCURSO FORMATIVO REALIZADO**

Benner (2001) refere que o perito é aquele que desenvolve conhecimentos, capacidades e habilidades ao longo do tempo com assento numa aprendizagem experiencial. Para esta, “a experiência é por isso necessária para a perícia” (2001, p.32) remetendo para a importância da prática no desenvolvimento de competências. Neste capítulo irei descrever o percurso realizado desde a conceção do projeto de estágio à sua execução nos estágios, promovendo a reflexão sobre as aprendizagens, as observações e as atividades realizadas que contribuíram para alcançar os objetivos propostos.

### **2.1. O Início do Percurso: projetar, definir e planejar**

Poderia afirmar que a construção do relatório se iniciou durante a frequência da UC Opção II, no 1º ano do Mestrado. Contudo, tal não seria verdade. Como descrito na introdução, a temática escolhida partiu de uma necessidade de formação pessoal mas, como pude verificar, também partilhada pelos pares. Esta necessidade aliada ao desejo de poder continuar a minha construção enquanto enfermeira na área da saúde infantil e juvenil, procurando alcançar a perícia neste âmbito, fez-me decidir frequentar o presente curso. Assim, posso afirmar que este relatório iniciou-se aquando dessa decisão. Foi nesse sentido que em praticamente todas as UC's, na elaboração de trabalhos individuais, de grupo ou reflexões procurei trabalhar a temática da adolescência. A escolha deste tema estava portanto há muito tomada e a conceptualização e estrutura do projeto foi ganhando forma no desenvolvimento destes trabalhos.

Assim sendo, na elaboração do projeto de estágio, considerei as competências e conhecimentos que pretendia desenvolver e defini os objetivos gerais e específicos que deram origem às atividades aqui retratadas.

A escolha dos campos de estágio revelou-se um pouco mais complexa. Mais uma vez, de acordo com Benner (2001) a perícia desenvolve-se em situações da prática real. Quais seriam então os locais de estágio mais adequados? Quais poderiam dar resposta simultaneamente à temática e à matriz do plano de estudos? Começou aqui uma busca que inicialmente provocou alguma frustração mas que posteriormente compreendi ser importante para o meu desenvolvimento e autonomia, constituindo-se como uma tarefa de resolução de problemas inerente à prática de enfermagem. Em algumas semanas selecionei os campos de estágio e apresentei o meu projeto aos Enf.ºs Chefes explicitando os objetivos e o que pretendia desenvolver nas respetivas unidades. Deste trabalho resultou a organização em cronograma dos estágios (Apêndice I) e o respetivo planeamento de atividades.

De referir que durante a elaboração do projeto foi deveras importante para a minha organização e reflexão pessoal a tutoria fornecida pela professora orientadora e a frequência das sessões de orientação tutorial onde a partilha de ideias com os colegas foi bastante profícua.

## **2.2. Definição dos Objetivos Específicos**

Tendo por base os objetivos gerais, anteriormente apresentados na introdução, foi definido o seguinte conjunto de objetivos específicos:

- Desenvolver competências de apreciação e interpretação do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente;
- Desenvolver competências de trabalho em parceria com a criança/adolescente e família, nos diferentes contextos de estágio;
- Descrever a estrutura física e a dinâmica de atendimento aos adolescentes nos diferentes contextos de estágio;
- Identificar as necessidades de atendimento do adolescente, particularmente em situação de internamento;
- Refletir com a equipa de enfermagem sobre a necessidade de um atendimento específico ao adolescente;

- Planear eventuais estratégias a implementar no sentido da satisfação das necessidades dos adolescentes internados.

### **2.3. Breve Descrição dos Campos de Estágio Selecionados**

A seleção dos campos de estágio prendeu-se com a sua adequabilidade em relação aos objetivos definidos, competências a desenvolver e respetiva adequação à temática em estudo; procurei também abranger contextos que estivessem sob a área de influência do hospital onde trabalho, no sentido de aprofundar e mobilizar conhecimentos sobre a população-alvo no meu contexto da prática. Em seguida descrevem-se sumariamente os locais de estágio, explicitando os motivos que levaram à sua escolha.

- **Unidade de Cuidados na Comunidade**

Este estágio decorreu durante o período de 7 a 25 de outubro de 2013. Escolhi esta unidade por incrementar atividades junto dos adolescentes e por se localizar num concelho da área de influência do hospital onde trabalho, permitindo-me conhecer um pouco mais a realidade da população.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população visando obter ganhos em saúde, prestando cuidados, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário. Atua principalmente na educação para a saúde, integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (UCC, 2011).

As equipas são orientadas pelo método do Enf.<sup>o</sup> Responsável, com base numa abordagem holística, onde cada profissional é responsável por determinada área geográfica, assegurando o trabalho no terreno e a articulação com os recursos comunitários e unidades funcionais. No que concerne a área da Saúde Infantil e Juvenil são implementados vários projetos e programas nacionais nos quais tive a oportunidade de participar (Anexo IV).

- **Urgência Pediátrica**

Este estágio foi realizado durante o período de 28 de outubro a 15 de novembro de 2013. A sua escolha prendeu-se com o facto de esta unidade estar inserida num hospital central, de referência na área da pediatria, que recebe diariamente uma panóplia de situações de grande complexidade. Escolhi igualmente esta urgência por receber adolescentes “desde sempre”, tal como me foi relatado, denotando experiência e conhecimento nesta área.

A Urgência Pediátrica (UP) tem como missão prestar cuidados de saúde hospitalares, com qualidade e eficiência, a todas as crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias de idade, que se encontram em situação de doença aguda, no respeito pela dignidade do utente pediátrico. Recebe todo o tipo de situações clínicas, sendo inclusive a UP de referência para a Pedopsiquiatria na área de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e das regiões de Saúde do Alentejo e do Algarve.

A equipa de enfermagem é constituída idealmente por seis enfermeiros por turno que ficam, por norma, distribuídos da seguinte forma: sala de triagem, dando um elemento desta “apoio” na sala de pequena cirurgia, pedopsiquiatria, otorrinolaringologia (ORL) e ortopedia (especialidades que se encontram fora do espaço físico da UP), sala de tratamentos e sala de observação (SO).

- **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos**

Este estágio foi realizado durante o período de 18 de novembro a 6 de dezembro de 2013. Escolhi esta unidade por se encontrar inserida no hospital onde trabalho e assim atender alguns dos utentes da unidade de internamento onde exerço funções. Deste modo, com este estágio, pretendia adquirir não só competências de EEESCJ mas também adquirir conhecimentos que me auxiliassem a compreender melhor a experiência que decorre numa unidade de cuidados intensivos para os adolescentes e assim apoiá-los, da melhor forma possível, na fase de transição para a unidade onde trabalho ou vice-versa.

O serviço é composto por três salas principais - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) e Sala de Cuidados Intermédios. A UCIN destina-se especialmente a recém-nascidos (RN) que

necessitem de cuidados específicos, devido a parto prematuro ou a doença, permitindo prestar todos os cuidados necessários. A Sala de Cuidados Intermédios destina-se a RN que necessitam ainda de uma vigilância e cuidados específicos mas não de suporte ventilatório. A UCIP está dotada de equipamentos de monitorização e de recursos humanos que permitem cuidar de crianças e jovens instáveis que necessitam de uma vigilância de saúde rigorosa.

O método de trabalho é o de Enf.<sup>o</sup> de Referência, método de gestão de cuidados privilegiado pela OE (2011), em que o enfermeiro que acolhe a criança/jovem e família se responsabiliza pela planificação dos cuidados, sua monitorização e encaminhamento para a alta.

- **Unidade de Adolescentes**

Este estágio foi realizado durante o período de 9 a 19 de dezembro de 2013. Esta unidade foi escolhida por ser das poucas unidades de adolescentes (UA) existentes no país e por estar inserida num hospital central, de menção na área da pediatria, cuja experiência e conhecimento dos profissionais seria certamente mobilizada para este trabalho e para o meu contexto da prática.

A UA foi criada em 2005 com o objetivo de permitir um atendimento adequado e global ao adolescente do ponto de vista biológico, psíquico e social. Assim, com base em conceitos como a “privacidade, tratamento em ambiente próprio, ocupação dos tempos livres, continuação do projeto de vida e manutenção da ligação com a escola e grupo de referência”<sup>7</sup> foi constituída uma equipa multidisciplinar que englobasse profissionais da área da saúde, da área social e da educação. A UA sofreu igualmente obras, de modo a adequar o espaço físico e cumprir com os critérios acima determinados.

---

<sup>7</sup> In: Manual da Qualidade do Hospital [REDACTED] (2005, p.3).

- **Centro de Desenvolvimento da Criança**

Este estágio foi realizado durante o período de 6 a 10 de janeiro de 2014.

O Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) existe desde 2007, sendo o único presente na região sul do país inserido no Serviço Nacional de Saúde. Tem como missão prestar apoio clínico e psicossocial às famílias, promovendo a ligação à comunidade e a cooperação institucional. Nele trabalham vários profissionais, das mais diversas áreas do desenvolvimento, que prestam serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento a doenças neurológicas e perturbações do desenvolvimento psicomotor.

Por ser um centro de referência e dos poucos existentes no país, considerei que estagiar neste local seria certamente benéfico para a minha formação no âmbito da especialidade e para a minha prática profissional, uma vez que muitas das crianças e jovens seguidos no CDC frequentam igualmente o serviço de internamento onde trabalho.

- **Internamento de Pediatria**

Este estágio foi realizado durante o período de 20 de janeiro a 21 de fevereiro de 2014. Escolhi esta unidade por ser o serviço onde exerço funções há cerca de oito anos. É o local onde cresci enquanto profissional e onde ainda sinto estímulo para a melhoria do meu desempenho e onde pretendo retribuir com as minhas aprendizagens em contexto de mestrado e especialização.

O Internamento de Pediatria (IP) tem como missão prestar cuidados de saúde pediátricos à população infanto-juvenil dos 0 aos 15 anos de idade, assente numa filosofia de Cuidados Centrados na Família<sup>8</sup>. Contudo, atualmente encontra-se igualmente a preparar a “chegada” do adolescente e sua família como alvo de cuidados.

Está “dividido” em dois serviços: pediatria médica e pediatria cirúrgica cuja equipa de enfermagem vai-se adaptando de acordo com as necessidades e número de internamentos. A equipa de enfermagem é chefiada por uma Enf.<sup>a</sup> Chefe e conta

---

<sup>8</sup> In: Missão e Caracterização do Serviço de Pediatria (2005).

com o apoio de uma EEESCJ que faz a gestão global do serviço. Em todos os turnos existe uma Enf<sup>a</sup> chefe de equipa, que faz a distribuição do plano de trabalho, gere a equipa e pequenas situações que surjam, mas a quem são atribuídos igualmente utentes. Neste momento está a ser implementado o método do Enf.<sup>o</sup> de Referência.

#### **2.4. Análise e Reflexão das Atividades e Competências desenvolvidas em Estágio**

As competências referem-se a um conjunto de elementos como o conhecimento, as atitudes, as habilidades e os julgamentos que, perante determinadas situações, vão permitir desempenhos com segurança e qualidade (Paz, 2000). Para Serrano, Costa e Costa (2011) o desenvolvimento de competências do enfermeiro envolve como determinantes atores, saberes e contexto, sendo os saberes construídos em problemas reconhecidos no contexto de trabalho e mediados pela prática reflexiva. Nesse sentido, após atenta leitura e análise dos respetivos regulamentos emanados pela OE (2010b; 2011) e de modo a organizar e estruturar os estágios e a minha aprendizagem elaborei para todos os campos de estágio, documentos orientadores com o delineamento das atividades que me permitiriam desenvolver competências de EE, EEESCJ e responder à problemática em estudo (Apêndice II).

Para Johns (2000) a reflexão pode funcionar como uma “janela” na qual o individuo pode ver e focalizar o seu sentido, num dado contexto e experiência, confrontando e compreendendo a mesma e resolver contradições entre o que aconteceu e o que devia acontecer. É assim um processo de tomada de consciência que leva a formas de conhecimento e permite antecipar novos modos de intervenção. Seguidamente são expostas, a partir dos objetivos gerais e das reflexões realizadas em cada local de estágio (Apêndice III), as atividades, subsídios, dados e observações efetuadas, que levaram à concretização dos objetivos delineados.

#### **2.4.1. Desenvolvimento de Competências inerentes ao Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**

A avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças/adolescentes trata-se de uma área que, apesar de implícita na minha prática, não ocorre de forma sistemática e concisa estando, habitualmente, qualquer alteração já diagnosticada previamente. Assim, senti necessidade de desenvolver competências de apreciação e interpretação nesta área e procurei nos campos de estágio, particularmente no CDC e na UCC, participar em atividades neste âmbito.

No CDC fiz consultas de enfermagem de neonatologia onde pude observar a avaliação de desenvolvimento através da aplicação da escala de avaliação de Mary Sheridan, como é indicado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) 2013 (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2013). Tal não aconteceu na UCC, uma vez que esta não dispõe dos recursos necessários, facto que motivou a criação, em parceria com a Enf<sup>a</sup> de referência, de um documento onde se procurou compilar o que é divulgado no PNSIJ 2013, em relação à avaliação de desenvolvimento e que facilitasse a consulta de enfermagem (Apêndice IV). Esta atividade permitiu desenvolver, tal como é emanado pela OE (2011), no ponto 5.4., a implementação, através do rigor técnico e científico de intervenções de enfermagem, que visem a aplicação de saberes sobre o crescimento e desenvolvimento, bem como a respetiva avaliação.

Na UCC as consultas de enfermagem ocorreram em contextos bem diferentes do que esperava encontrar, mas não menos importantes para a minha formação: numa unidade móvel (UM) em um bairro social, e numa instituição de acolhimento de menores em risco. A UM é, de acordo com os profissionais da UCC, na maioria das vezes, o único contato que as populações dos bairros têm com instituições de saúde, sendo que as oportunidades criadas são muitas vezes exames de saúde oportunistas, tal como nos indica o PNSIJ 2013. Com esta experiência pude explorar e desenvolver outras competências, que não tinha inicialmente programado, como sejam as de organização, relacionais e de permeabilidade cultural (OE, 2010b), que

me possibilitaram criar uma relação com as famílias que recorrem à UM. Tal como afirma Hesbeen (2000, p.9) o “cuidado tem (...) a ver com a *atenção*” e senti isto mesmo, já que é de realçar o sentimento que tive de que muitas das famílias aproximavam-se, não só pelas necessidades de saúde, mas também pela relação afetiva que se estabelece com os profissionais, o que permite não só “fidelizar” utentes como atrair outros. Esta foi igualmente uma importante aprendizagem a transpor para a temática em estudo no sentido de compreender que para desencadear um processo de humanização e de “bem atender” não são, muitas vezes, necessários grandes investimentos ou ambientes físicos muito sofisticados, mas sim a compreensão e a valorização da pessoa humana enquanto indivíduo com necessidades específicas e com uma história própria (Faquinello, Hugarashi, Marcon, 2007).

No contexto da UP e da UCIP/UCIN pude desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade tentando, tal como descreve a unidade de competência 2.1., reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte (OE, 2010b). Tal implicou não só observar e participar em intervenções de enfermagem prestadas neste âmbito, mas também realizar uma pesquisa bibliográfica sobre as principais situações de emergência/urgência e doenças comuns em contexto pediátrico e juvenil, de forma a poder responder adequada e atempadamente às situações que podiam surgir nestes contextos.

Na UP gostaria de realçar algumas experiências vividas. Começo pela triagem pois, por ser algo que não tinha realizado, nem enquanto estudante da licenciatura nem na minha prática profissional, foi uma experiência bastante satisfatória que permitiu treinar igualmente a minha capacidade de avaliação das situações, colher dados precisos e transcrevê-los de forma explícita aos demais elementos da equipa através dos registos de enfermagem. Analogamente, a triagem foi benéfica em outras aprendizagens permitindo mobilizar outros saberes. Tal como afirma Barros (2003) para algumas crianças o facto de entrarem num hospital pode ser uma situação de *stress*, ao passo que para outras pode ser uma experiência de

exploração ativa, em que procuram apoio emocional e conforto junto dos cuidadores. Do que observei, senti que para as crianças/adolescentes e pais o atendimento na UP é maioritariamente uma situação de angústia, onde se deparam com uma situação inesperada de doença, surgindo assim, tal como nos indica Meleis (2005) um processo de transição de saúde-doença que deixa as pessoas vulneráveis e em risco de desequilíbrio. É então solicitado ao enfermeiro mais do que a triagem clínica devendo estar igualmente preparado ao nível de conhecimentos, atitudes e comportamentos que visem minimizar os fatores *stressores* desta experiência, sendo consensual que a primeira impressão obtida num primeiro contato é essencial à adaptação e confiança dos utentes (Fernandes, (s.d.); Jorge, 2004). Desse modo, procurei desenvolver atitudes que passaram por escutar com atenção o utente/família, mostrar disponibilidade, ajudando-os a orientar o seu discurso, por vezes desorganizado como pude constatar, procurando manter uma postura de tranquilidade, segurança e cordialidade e tentar assim reduzir a ansiedade e medos associados.

Na SO, o enfermeiro é o único profissional de saúde que se encontra em permanência nesta unidade. É assim um pilar e uma fonte de segurança para as crianças/adolescentes e pais, sendo-lhe exigido rigor científico e técnico, bem como o estabelecimento de uma relação de empatia e cooperação, no sentido de orientar e assistir nesta nova condição de vulnerabilidade e incerteza, tal como nos indica Meleis (2005). Deste contexto, realço para a minha aprendizagem as situações em que foi necessário internar a criança/adolescente. Pude verificar que, tal como indica Jorge (2004, p.13), “é sempre com apreensão que os pais aceitam a hospitalização de um filho. O seu papel de protetores desaparece aos seus olhos (...) perante a necessidade de aceitar as decisões dos profissionais”. Assim é fundamental preparar o melhor possível para a situação de transição que se está a vivenciar, não só de saúde-doença, mas também de situação, indo de encontro ao que é defendido por Meleis (2010), dando a informação e o suporte emocional possível no momento. Deste modo, penso que esta experiência permitiu-me cimentar as competências relacionais previamente existentes e explorar o desenvolvimento de competências

de comunicação e disponibilidade, tal como descrito na unidade de competência E3.3. (OE, 2010b).

O EE deve ter a capacidade de realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e garantindo a segurança e qualidade das tarefas individuais e delegadas. Na sala de tratamentos pude desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados e satisfação da criança/jovem, em particular na gestão diferenciada da dor e do bem-estar, unidade de competência E2.2 (OE, 2010b). A dor em pediatria nem sempre foi convenientemente valorizada. Atualmente é uma preocupação amplamente discutida na comunidade científica sendo obrigação dos profissionais de saúde “tratar a dor” (Buisson-Marandel, Dreuzy, Hubert e Poisson-Salomon, 2006; DGS, 2010). De acordo com Barros (2003) a maioria dos procedimentos médicos e de enfermagem envolvem desconforto e dor o que pode levar a reações agudas de ansiedade que tem impacto no desenvolvimento da criança, seja esta saudável ou portadora de doença crónica. Durante a minha passagem pela sala de tratamentos pude constatar que a maioria das crianças/jovens sentiam algum receio em serem submetidos a um tratamento, mesmo que este implicasse a resolução do problema que os levou à UP. No sentido de minimizar estes fatores de *stress* procurei utilizar estratégias e enunciados essenciais à prática da enfermagem pediátrica como a aplicação das medidas não-farmacológicas (comportamentais, cognitivas, físicas, de suporte emocional e ambientais), tendo sido essencial comunicar de forma adequada com a criança/jovem, explicando-lhe os procedimentos que se iam efetuar e pedindo-lhe a sua colaboração. Tal é igualmente válido para os pais com os quais procurei assumir uma parceria de cuidados, incluindo-os nos procedimentos que podiam realizar ou, se tal não fosse possível, pedindo a sua colaboração para serem a fonte de conforto e segurança do seu filho (OE, 2013).

Na UP, apesar de não estar delineada previamente elaborei, em conjunto com a Enf<sup>a</sup> de referência, um documento de avaliação do risco de queda (Apêndice V), no sentido de cooperar com a equipa de enfermagem nas suas necessidades de organização e na melhoria do padrão de qualidade de cuidados. Considero que este

foi igualmente um contributo importante para o desenvolvimento de competências no âmbito da melhoria da qualidade contínua e da gestão dos cuidados (OE, 2010a).

Relativamente ao estágio na UCIP/UCIN gostaria de partilhar em particular a experiência na sala de intermédios de neonatologia, local onde também nunca tinha estagiado e que me permitiu desenvolver outras competências de EEESCJ. Em neonatologia, com todas as singularidades próprias da prestação de cuidados ao RN e todo o ambiente específico envolvente, foi preponderante a procura de conhecimentos, através da literatura científica e a observação e ajuda dos pares, especialmente da Enf<sup>a</sup> de referência, para uma correta prestação de cuidados.

As intervenções são planeadas rigorosamente de modo a manipular o menos possível o RN e proporcionar-lhe o máximo de conforto, facilitando o seu crescimento e adaptação à vida extrauterina. Os enfermeiros regem-se, nesta unidade, pela CIPE® tal como no meu contexto de trabalho, onde estão inerentes os processos de apoio ao papel parental, ensino e treino de competências parentais e as intervenções dirigidas à promoção da vinculação, amamentação e parceria de cuidados. Estes conceitos não eram estranhos para mim, mas a sua aplicabilidade em outros contextos e perante novas situações vividas tão “à flor da pele” como o nascimento de um filho prematuro, levaram a um “amadurecimento” destes na minha formação, contribuindo para o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da vinculação, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, como determina a OE (2010b) na unidade de competência E3.2.

Tal como afirmam Ferreira e Costa (2004) o nascimento de um filho prematuro é uma situação geradora de *stress* onde regem sentimentos de culpa e fracasso que podem comprometer o processo de vinculação com o RN. A vinculação tem sido descrita, de forma geral, como um processo gradual de envolvimento afetivo, que se inicia e se constrói durante a gravidez mas sobretudo após o parto. Por conseguinte, esta não é imediata e não acontece logo no primeiro contato, antes pelo contrário, trata-se de um processo pluridirecional, entre os pais e o bebé, influenciado por dimensões de diversa ordem (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco

e Pais, 2005). Durante a minha permanência nesta unidade senti que os pais necessitam de tempo para interagir com os filhos, isto é, de se sentirem confiantes para lhes tocar, pegar ao colo, prestar cuidados, ou seja, para se vincularem. O papel do enfermeiro é primordial no apoio e suporte nestas situações (Mendes e Martins, 2012). Os pais são primeiro incentivados a permanecer junto do filho e progressivamente, de acordo com a sua vontade, são gradualmente incentivados a interagir com ele, através do toque, do método canguru ou da prestação de cuidados, estimulando-se assim a proximidade e vinculação pais/bebé. Progressivamente, o enfermeiro deixa de ser o cuidador do RN e passa a supervisionar os cuidados prestados, proporcionando, mais uma vez, uma transição saudável para a parentalidade, assistindo neste processo múltiplo de transições que nos descreve Meleis: de desenvolvimento, de situação e de saúde-doença (Ferreira e Costa, 2004; Meleis, Sawyer, Im, Messias e Shumacher, 2000).

Assim, na minha opinião, e de acordo com Mendes e Martins (2012), o EEESCJ deve ter consciência deste processo de transição e parceria e procurar negociar o envolvimento dos pais na organização do trabalho, de acordo com uma abordagem de cuidados flexível e foi isto que tentei implementar na situação que passo a descrever. Tive a oportunidade de trabalhar, com uns jovens pais esta situação de transição. Não foi inicialmente uma tarefa fácil, dado que estes, talvez devido à sua idade, apresentavam alguma imaturidade o que dificultou a sua receptividade aos profissionais, adotando uma postura de “já saberem” a maioria dos cuidados a prestar, o que na prática não se verificava. Perante esta atitude procurei ir de encontro àquela família, em particular à mãe, que passava mais tempo no internamento, falando de outros assuntos que não as habituais questões relacionadas com o bebé, das quais me parecia haver alguma fuga. Aos poucos a mãe foi integrando os cuidados ao RN de forma adequada e mostrou-se mais atenta e receptiva às informações dadas pela equipa de enfermagem. Todavia haviam algumas “pontas soltas” no seu discurso, o que alertou os enfermeiros para uma eventual destruturação da dinâmica familiar. Perante estas dúvidas, contactou-se a Unidade Saúde Familiar desta família que forneceu dados que confirmavam que era uma situação social que também os preocupava. Assim, solicitou-se o apoio da

assistente social e referenciou-se este caso. Soube mais tarde, após o término do estágio, que após a alta a mãe e o bebé foram viver com a avó materna que se responsabilizou por ambos, dando o apoio necessário no momento. Assim, é necessário estar atento não só ao RN e ao seu pleno desenvolvimento, mas também à família na sua íntegra, procurando despistar eventuais problemas que possam interferir e prejudicar a tríade (Barbosa, Balieiro e Pettengill, 2012; OE, 2011). Considero que aprendi muito com esta situação, onde penso que se desenvolveu trabalho de EEESCJ, respondendo não só à competência E3.2 referida anteriormente, mas também à unidade de competência E1.1., implementando e gerindo um plano promotor da parentalidade e da reinserção social através da avaliação, sinalização e intervenção precoce (OE, 2010b).

Diariamente o EE é confrontado com inúmeros desafios tendo de conciliar os interesses da instituição e dos utentes com as necessidades da restante equipa. Assim, como indica a OE, art.º 7 (2010a) o EE deve deter competências na área da gestão e supervisão de cuidados, no âmbito da formação, investigação e assessoria. No CDC e no IP, particularmente, pude desenvolver competências de trabalho no âmbito da liderança, organização e gestão de cuidados. No primeiro contexto participei em reuniões de enfermagem onde se discutem os casos “mais complexos” e onde a EEESCJ assume-se como um elemento de suporte nestes processos, indo de encontro ao que é regulamentado pela OE (2011, p.12) que elege “metodologias de organização (...) promotoras da qualidade, (...) inerentes ao método de trabalho por enfermeiro de referência (gestor de caso)”. No IP participei em atividades como: gestão e organização do armazém avançado; pedido de arranjo de materiais e equipamentos ao serviço de instalações e equipamentos hospitalar; gestão e organização dos recursos humanos, nomeadamente no que concerne à organização e planeamento dos planos de férias; e, no âmbito da formação e melhoria de cuidados, participei nos critérios para implementação do método de Enfº de referência, deveras aconselhado em todas as áreas de enfermagem pela OE mas sobretudo em pediatria pois, tal como nos indica Mendes (2012) no método de trabalho de Enf.º de referência o cuidado é mais personalizado, pela relação de menor número de enfermeiros que cuidam da criança/jovem e família, o que

promove a comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar e o desenvolvimento de relações de confiança, indo ao encontro de algumas das vantagens do trabalho em parceria.

A relação estabelecida e a parceria andam de “mãos dadas” nos cuidados de enfermagem em pediatria. Como tal, tinha como objetivo específico desenvolver competências de trabalho em parceria com a criança/ jovem e família, nos diferentes contextos de estágio e considero que em todos os locais por onde passei este objetivo foi igualmente alcançado. Conforme indica a OE (2011) procurei nas minhas práticas manter atitudes que auxiliassem a promoção de uma relação empática e uma abordagem de proximidade e comunicação efetiva com o utente pediátrico tentando envolvê-lo nos cuidados, através da negociação e parceria, e procurando capacitá-lo para a promoção, prevenção e/ou resolução de eventuais problemas de saúde e, assim, ajudar nos processos transicionais emergentes, reconhecendo e valorizando as suas capacidades e escolhas e reforçando a tomada de decisão responsável.

Pelo exposto, penso que a frequência dos estágios em todos os seus contextos me permitiram atingir o objetivo geral proposto e até superar alguns desafios, embora tenha consciência que este é um percurso inacabado e que a proficiência e a perícia constroem-se diariamente na nossa prática e não em cerca de 4 meses. Contudo sinto que a visão profissional é hoje diferente. A partilha de experiências com as EEESCJ e restantes pares foi deveras importante e a reflexão uma relevante aliada para o incremento do conhecimento pessoal e da progressão na forma de pensar e olhar para os alvos do meu cuidar, nos diferentes domínios de competência do EEESCJ.

#### **2.4.2. Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento em saúde ao adolescente**

No que concerne ao alcance do 2º objetivo geral procurei desenvolver atividades que me permitissem trabalhar com os adolescentes e compreender, analisar e refletir com a equipa de enfermagem o atendimento realizado aos mesmos em cada contexto de estágio.

Para Matos et al. (2012) muitas das consequências adversas de saúde dos adolescentes são resultado de comportamentos de risco, e como tal podem ser evitadas. A fim de “conhecer o perfil” do adolescente que procura os cuidados de saúde defini como atividade recolher dados relativos ao atendimento ao adolescente (caracterização e motivos de procura) nos diferentes contextos de estágio (Apêndice VI).

Uma breve análise destes dados permite inferir que na UCC o principal motivo de procura prende-se com questões ligadas à sexualidade e a busca de métodos contraceptivos (78%), sendo que os jovens que mais recorrem a este tipo de atendimento têm maioritariamente entre os 16 e os 19 anos de idade (80%).

Na UP os jovens recorrem sobretudo devido a situações classificadas, pela própria instituição, como “doença” (73%). Os acidentes que, tal como alerta a OE (2011) e a OMS (2014) são as principais causas de morte e incapacidade nas crianças/jovens, aparecem de seguida, provenientes quer do contexto escolar, quer de outro contexto pessoal. Os comportamentos aditivos, que têm estado a aumentar, ainda de acordo com a OE (2011), correspondem a 0,8% (n=119) dos motivos de procura da UP em 2013 estando sobretudo relacionados com consumos de álcool, pelo que me foi descrito, indo de encontro ao estudo efetuado por Matos et al. (2012). De realçar contudo que a classificação existente na UP não é, na minha opinião, muito esclarecedora. Como pude verificar, há situações que não são corretamente classificadas ou fazem-no de modo muito geral. Por exemplo, assisti a um adolescente que recorreu à UP por uma agressão por parte de um colega. Como este veio diretamente da escola foi classificado como uma situação de acidente

escolar/outro, tal induz em erro e não permite uma correta avaliação e deteção das situações. Será necessário então, na minha opinião, rever a classificação das triagens de forma a fornecer dados mais concretos e reais que possam permitir a visão correta das situações para uma melhor adequação dos cuidados a nível institucional.

Na UCIP o atendimento aos adolescentes é muito reduzido. Em 2013 (de janeiro a novembro) estiveram internados 18 adolescentes. Os motivos de internamento não estão organizados, contudo, pelo que me foi descrito, estão sobretudo relacionados com situações de vigilância de pós-operatórios mais complexos, como sejam as neurocirurgias, situações de acidente e politraumatismos e situações de pré-afogamento.

Na UA os principais motivos de internamento prendem-se com patologias do foro médico (62%); do foro cirúrgico (33%); e, em menor percentagem do foro mental (5%).

No CDC não existem registos neste sentido pelo que não foi possível colher estes dados. O atendimento ao adolescente é sobretudo efetuado em consulta de espinha bífida, embora possa surgir em outras patologias relacionadas com o desenvolvimento.

Quanto ao IP, em 2013, na área médica, foram recebidos 138 adolescentes correspondendo a 31% dos utentes internados. A maioria dos motivos de internamento relacionam-se com intervenções cirúrgicas das especialidades de ORL, ortopedia e oftalmologia (32%), seguidas das situações do foro médico, como sejam as patologias infecciosas (24%) e os acidentes (16%). Na área cirúrgica foram internados cerca de 101 adolescentes, correspondendo a 49% do total de internamentos. As patologias encontradas são sobretudo referentes ao diagnóstico de apendicite (82%). Gostaria de realçar que estes dados contemplam apenas as situações de internamento. O IP recebe semanalmente cirurgias de ambulatório cujos dados não se encontram refletidos neste relatório por não serem documentados e portanto não se encontrarem disponíveis.

Através da análise destes elementos posso concluir que, apesar de ser considerado um dos grupos etários mais saudáveis, os adolescentes recorrem aos serviços de saúde num número, a meu ver, considerável, sendo por isso necessário

estar atento às suas particularidades. Nesta pequena amostra são muitos os motivos que os levam a dirigir-se aos serviços, relacionados com doença aguda ou crónica, mas também relacionados com circunstâncias inerentes à idade, de desenvolvimento físico e sexual, comportamentos de risco e perturbações emocionais e comportamentais às quais o EEESCJ deve estar atento.

Preconiza-se que o atendimento ao adolescente ocorra num espaço físico próprio, que tem em consideração os seus direitos e necessidades de desenvolvimento (OE, 2010c; OMS, 2002; 2012). No sentido de compreender se os locais de estágio cumprem os critérios aconselhados, descritos no capítulo 1, propus como atividade observar e caracterizar o espaço físico destinado ao adolescente nos diferentes locais de estágio (Apêndice VII).

Uma breve reflexão das observações efetuadas permitem verificar que os serviços de saúde particularmente dirigidos aos adolescentes - UCC, com o atendimento nas escolas e a UA - tiveram a preocupação de cumprir alguns dos critérios preconizados, procurando criar espaços próprios e acolhedores, com acesso a materiais educativos, promotores da saúde e do desenvolvimento, mas também lúdicos. O mesmo, não se verifica, na minha opinião, com idêntico rigor nos restantes estágios que frequentei, mesmo na UP que recebe há muito adolescentes. Embora, nesta unidade, os profissionais façam o esforço de tentar preservar a privacidade do adolescente esta por vezes não é alcançada, talvez relacionado com o facto de a unidade hospitalar ser bastante antiga e apresentar várias limitações a nível estrutural. Porém a UP apresenta ainda lacunas, tal como o CDC e o IP, a nível dos espaços comuns de utilização dos utentes. Estes serviços não apresentam, por exemplo, na sala de espera nada que seja específico para a população adolescente em termos de material lúdico ou informação promotora da saúde. Nas três unidades a decoração é no geral bastante infantil, com ilustrações infantilizadas na parede e com jogos e brinquedos sobretudo dirigidos aos mais pequenos. No IP, por exemplo, existe uma pequena sala identificada como “sala de brincar” que tem mobiliário pouco adequado aos adolescentes e cuja maioria dos brinquedos, jogos e livros é destinada à população infantil, possuindo um computador com acesso à internet mas com a maioria dos *sites* de redes sociais bloqueados. A CNSCA (2009, p.36)

instituiu que os serviços de pediatria tenham “espaços próprios, zonas de brincar para as crianças e salas de estar para os adolescentes”. Volvidos alguns anos, pode-se considerar que hoje a maioria dos serviços onde estagiei não cumpre os critérios estruturais preconizados para o atendimento ao adolescente. Deste modo, encaro que a análise destes dados pode ser útil na reflexão de como as instituições de saúde ainda valorizam pouco o jovem enquanto cidadão e utente. Considero que esta atividade, apesar da sua simplicidade, permitiu-me identificar os serviços que promovem cuidados que respeitam os direitos dos adolescentes e que proporcionam um ambiente terapêutico e seguro nas suas diversas vertentes. Tal vai de encontro ao alcance do 2º objetivo geral que me propus alcançar, mas engloba também o desenvolvimento de competências a nível da responsabilidade profissional, ética e legal e da melhoria da qualidade contínua dos cuidados inerentes ao EE (OE, 2010a).

Porém, vários estudos revelam, tal como pude verificar durante a frequência dos estágios e aquando da análise das entrevistas efetuadas aos adolescentes, que estes valorizam mais a relação criada com os profissionais de saúde do que as características físicas e estruturais dos serviços (Dodds, 2010; OE, 2010c; Staa, Jedeloo e Stege, 2011). Nesse sentido, defini igualmente como atividade comum para todos os locais de estágio observar e refletir sobre a dinâmica de atendimento por parte dos profissionais de enfermagem aos adolescentes.

Pelo que me foi descrito pelos enfermeiros nos diferentes campos de estágio, e como constatado no questionário aplicado à equipa de enfermagem do serviço onde trabalho (Apêndice IX), estes não sentem grandes dificuldades em atender adolescentes. Como afirmam Anderson, Lampropoulos, Clarke e Kohn (s.d.) a relação que se estabelece com os profissionais de saúde influencia fortemente a procura dos cuidados de saúde e o nível de adesão ao regime terapêutico. Na UCC, foi observada uma situação que revela este facto e que não poderia deixar de partilhar: a procura da EEESCJ por parte de uma jovem de 19 anos na própria UCC, que apesar de já ter ido para a faculdade e não frequentar o atendimento ao adolescente, a procurou para pedir contraceptivos e aproveitou para falar sobre a sua

nova etapa académica. A EEESCJ assumiu assim, a meu ver, um papel não só de prestadora de cuidados e promotora de estilos de vida saudáveis, mas também de elemento facilitador deste novo processo de transição que a jovem estava a vivenciar (Meleis, 2010) e esta foi uma grande aprendizagem para a minha construção enquanto futura EEESCJ.

Como observado na caracterização do espaço físico, também os enfermeiros que atendem adolescentes com mais frequência apresentam maior conformidade com as características e princípios gerais de atendimento solicitados ao profissional de saúde que lida com adolescentes na sua prática, descritos no capítulo 1. No entanto, as inconformidades no atendimento nos diferentes estágios não são assim tão díspares quanto as assinaladas na observação das estruturas físicas. Considero, a partir das observações efetuadas, que os enfermeiros têm em consideração as particularidades desta faixa etária e tentam adequar a sua postura e atitudes, facilitando os processos de transição afetados. Contudo, esta evidência deve-se, na minha opinião, à experiência obtida na prática, em contexto de trabalho e não devido a qualquer tipo de formação específica na área, uma vez que, tal como me foi descrito nos locais de estágio, esta foi fornecida de forma muito superficial ou nem sequer fornecida pelas instituições de saúde, o que poderá revelar mais uma vez a pouca valorização do adolescente pelas organizações.

Nos diferentes locais de estágio o acolhimento é, de modo geral, efetuado de forma adequada, procurando os enfermeiros receber de forma empática e cordial, ajudando assim, a reduzir a tensão associada aos momentos de transição e crise (Abreu e Azevedo, 2012). Com exceção de apenas uma observação efetuada em que uma Enf<sup>a</sup> utilizou uma linguagem infantilizada (“braçinho”, “pica”) que deixou a adolescente algo constrangida e pouco à vontade, verifiquei que a linguagem utilizada é igualmente adequada ao desenvolvimento e faixa etária sem deixar de haver uma postura profissional e rigor científico e técnico, tal como regulamenta a OE (2010c).

Existe claramente uma tentativa de manter a privacidade das observações e a confidencialidade da história clínica e dados fornecidos, embora tenha observado algumas incoerências. Houve uma situação que me marcou especialmente. Numa situação delicada de saúde, que ocorreu com uma adolescente, na tentativa de se salvaguardar a sua privacidade, colocou-se um biombo que separava a sua unidade das restantes. Ora esta é uma solução amplamente utilizada, também no local onde trabalho, quando as condições físicas não permitem outro tipo de resguardo. Acontece que tive a perceção de que este biombo, apesar de criar uma barreira visual, não conferiu a privacidade e a confidencialidade exigida. Infelizmente, talvez induzido pela “falsa proteção” do biombo, o tom de voz não foi muitas vezes moderado, pelo que todos os utentes que se encontravam na mesma sala se aperceberam da situação da adolescente, o que levou a comentários que incluíam alguns juízos de valor. Esta situação levou-me a refletir acerca da minha prática. Por vezes julgamos que estamos a agir corretamente, de acordo com os valores éticos e de confidencialidade que regem a nossa profissão, ao ter atenção a determinados pormenores (como neste caso o biombo), mas esquecemo-nos de outros comportamentos igualmente importantes que podem conduzir a situações incorretas como esta. Considero portanto que este foi um importante “alerta” para a minha própria prática de cuidados assinalando mudanças a implementar.

Como referi, os enfermeiros procuram conhecer o adolescente individualizando-o na sua pessoa e identidade e facilitando assim, o processo de transição inerente a esta fase de desenvolvimento. Contudo, do que foi observado e pelo que me foi descrito pelos adolescentes, na prática de cuidados e nas entrevistas realizadas, alguns aspetos inerentes à parceria de cuidados são ainda descurados. Disponibilizar a informação, por exemplo, é um critério nem sempre cumprido sendo o adolescente colocado “à parte”. Foi verificado que, em alguns contextos, os profissionais de saúde, em particular a equipa médica, dirige-se em primeiro lugar aos pais e só depois, mas nem sempre, aos adolescentes, o que os deixa zangados e a sentirem-se menosprezados. A negociação dos cuidados e a disponibilidade para ouvir a opinião dos adolescentes é então um critério que deve ser trabalhado no sentido de promover a parceria dos cuidados e a autonomia do

adolescente (Dodds, 2010, OE, 2010c; 2011; OMS, 2012;2014). No contexto da minha prática é necessário, a meu ver, sensibilizar a equipa de enfermagem para estes aspetos como estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente.

Na procura de compreender melhor os aspetos do consentimento em saúde na adolescência realizei outra atividade que não estava inicialmente programada no meu projeto de estágio: assistir a um *workshop* subordinado a este tema. Este *workshop* tinha por objetivo alertar para o direito do adolescente ao consentimento informado nos procedimentos que lhe são efetuados. A participação foi importante para a minha prática não só pelas apresentações, que abordaram as questões neurológicas, éticas e legais que envolvem este tema, mas sobretudo pela partilha e discussão de casos entre os profissionais que permitiram a reflexão de situações que ocorreram ou podem ocorrer no meu local de trabalho.

O meu contexto de trabalho foi desde o início deste trajeto, como referido anteriormente, uma preocupação, uma vez que esta problemática era uma necessidade de formação sentida por mim mas também pela restante equipa que antecipa a “chegada” dos adolescentes com alguma ansiedade e incerteza. No sentido de adequar as minhas atividades e poder alcançá-las atempadamente comecei a trabalhar neste campo de estágio antes das datas previstas. Face ao desenho do projeto específico, comecei desde logo com duas atividades: o pedido de autorização ao conselho de administração e comissão de ética para a realização de entrevistas a adolescentes internados (Apêndice VIII) e a realização e aplicação de questionários dirigidos à equipa de enfermagem (Apêndice IX). Com esta última atividade pretendia, por um lado, compreender o significado que a equipa de enfermagem do IP atribuía ao atendimento do adolescente, de que modo sentia a necessidade de trabalhar esta área a nível profissional e organizacional e, por outro, começar a promover a reflexão em equipa com a partilha de opiniões e sugestões no sentido de melhorar a qualidade de cuidados e a satisfação das necessidades de atendimento dos adolescentes internados no serviço, indo de encontro ao 2º objetivo geral. Assim, foi elaborado e aplicado um questionário com perguntas abertas e

fechadas dirigido aos objetivos referidos. Os resultados do questionário, analisados com recurso à análise de conteúdo, indicam que a maioria das enfermeiras perceciona a adolescência como um período de transição com necessidades específicas. Referem como aspetos essenciais de atendimento critérios encontrados na literatura, realçando-se, por ordem decrescente de citações: a necessidade de privacidade, estabelecimento de uma comunicação adequada, a necessidade de respeito, a presença dos pares, a adequabilidade das atividades lúdicas e a capacitação do adolescente. A equipa considera, na sua maioria, que o serviço encontra-se inadequado para receber adolescentes, destacando a estrutura física e as atividades de lazer como inapropriadas, surgindo daqui a sugestão de implementar mudanças a nível estrutural e organizacional. Como referido anteriormente, a grande maioria das enfermeiras considera não sentir dificuldades em se relacionar com a população adolescente, apesar de os resultados revelarem que mais de metade das participantes (62%) não teve formação específica neste âmbito, em particular no atendimento ao adolescente em pediatria, e a maioria (77%) referir sentir necessidade de formação na área. Assim, em conjunto com a Enf.<sup>a</sup> Chefe e Enf.<sup>a</sup> de referência do IP e tendo por base os resultados dos questionário, foi planeada como atividade, em plano de formação em serviço, uma sessão formativa (Apêndice X) que incorporasse os critérios de atendimento ao adolescente propostos pelas entidades de saúde, mas também a apresentação e análise das atividades por mim realizadas em estágio, de forma a poder (re)pensar os saberes e valores capazes de beneficiar a saúde e bem-estar dos adolescentes e suas famílias, incrementando assim a qualidade dos cuidados e a satisfação. k

A OE (2010b) descreve que compete ao EEESCJ responder às necessidades do ciclo de vida e, nesse sentido, deve procurar conhecê-las. Assim, é essencial conhecer a opinião dos jovens, sendo eles quem melhor pode identificar as suas necessidades e ajudar a implementar mudanças que vão ao encontro de uma atenção integral. Como tal, face aos objetivos, propôs-se a realização de entrevistas semiestruturadas aos adolescentes internados no meu contexto de trabalho (Apêndice XI) e na UA (Apêndice XII). Assim, foi elaborado um guião de entrevista que, depois de submetido a pré-teste, foi aplicado aos adolescentes seguindo

determinados critérios especificados em ambos os apêndices. A amostra de adolescentes conseguida foi, por múltiplos fatores, em ambos os locais, bastante reduzida o que implica ser cautelosa nas conclusões, embora considere ter um conjunto de apreciações bastantes interessantes e com muitos pontos em comum.

Realizando uma breve análise dos dados, na UA, relativamente às condições físicas do serviço, é referido como ponto menos positivo o envelhecimento da estrutura, embora este aspeto não seja relevante para as entrevistadas comparativamente com o bom atendimento que dizem sentir. Esta última referência valoriza, novamente, os aspetos relacionais do atendimento em detrimento da estrutura nos locais onde os adolescentes são atendidos (OE, 2010c; Tavares e Fonseca, 2009). Na UA é apontada a redução do contacto com os amigos, a limitação da privacidade e a alteração das rotinas diárias como os principais aspetos negativos do internamento, para além da doença. As adolescentes entrevistadas referem preferir profissionais competentes, honestos, interessados e atentos às suas necessidades, que estejam disponíveis, que as tratem com simpatia e que cuidem com conhecimento e qualidade, disponibilizando informações claras e válidas.

Nas entrevistas realizadas no IP a análise de conteúdo permitiu definir categorias e subcategorias a partir do conteúdo expresso pelos adolescentes conforme explícito em documento em apêndice (Apêndice XI).

Uma breve análise dos dados sugere que os adolescentes apontam sentimentos díspares em relação ao internamento como o medo, ansiedade e tristeza, mas também o alívio e sensação de bem-estar, vendo neste uma solução para os seus problemas de saúde. Do ponto de vista dos aspetos negativos advém a presença da doença em si, a falta de liberdade e privacidade, o sentimento de “não ter nada para fazer” e a alteração da imagem corporal. Como características positivas do internamento os entrevistados apontam sobretudo o facto de receberem atenção e suporte por parte dos profissionais, realçando os participantes mais velhos a preferência pela pediatria comparativamente com os serviços de adultos. As necessidades relatadas prendem-se sobretudo com a necessidade de manter o contato com os pares e de conviver e socializar; de os quartos terem mobiliário adequado e haver mais canais de TV; de a “sala de brincar”, ter atividades lúdicas e materiais adequados ao seu desenvolvimento e faixa etária; e a necessidade de ser

mantida a sua privacidade, dentro do possível, com a criação de WC por género e a preferência por estarem em quarto sozinhos, ou, se tal não fosse possível, com jovens da sua idade. Quanto aos profissionais de saúde os adolescentes referem que estes devem ser competentes, interessados e atentos às suas necessidades. Pretendem que estejam disponíveis, que os tratem com simpatia, que os compreendam e respeitem, cuidando deles com conhecimento e gosto pelo trabalho. Foi ainda evidente nas entrevistas que a sua opinião é pouco validada durante a prestação de cuidados pela equipa multidisciplinar. Assim ressalva-se a necessidade de (re)pensar as práticas e atitudes dos profissionais que cuidam dos jovens e famílias internados no IP, nomeadamente no que se refere à parceria de cuidados e à integração dos adolescentes no seu próprio plano terapêutico, pois tal como afirmam Staa, Jedeloo e Stege (2011) a construção de relações positivas e de confiança com os profissionais de saúde incrementa a coresponsabilização pelo tratamento e aumenta a autoestima e independência dos adolescentes.

As entrevistas realizadas no IP possibilitaram assim identificar as necessidades de atendimento do adolescente, como proposto enquanto objetivo específico. A partir destas e do plano da sessão de formação, anteriormente referido, foi criado um documento que apresentei à equipa de enfermagem do IP (Apêndice XIII), em substituição da sessão formativa ainda não realizada, de modo a que pudéssemos, em conjunto, refletir sobre os dados emergentes e sobre as práticas, bem como dar sugestões de melhoria que satisfaçam as necessidades referidas (Apêndice XIV). Desse modo, analisando as sugestões dos adolescentes, a partir das necessidades sentidas e as respostas e opiniões da equipa de enfermagem foi criado um documento denominado: Proposta de Estratégias de Intervenção a Implementar para Melhorar o Atendimento ao Adolescente no Internamento de Pediatria (Apêndice XV), que foi apresentado à Chefia de Enfermagem e ao Diretor de Serviço enquanto contributo dos enfermeiros na satisfação das necessidades de atendimento dos adolescentes.

Considero assim, que a realização de todas as atividades descritas me permitiram atingir o 2º objetivo geral proposto.

### 3. QUESTÕES ÉTICAS

A enfermagem comporta incontáveis responsabilidades éticas e no atendimento ao adolescente tal não é exceção. Neste capítulo saliento a preocupação tida com o respeito pelos princípios éticos e valores inerentes à profissão de enfermagem e à investigação ao longo de todo o percurso formativo efetuado, onde procurei sempre integrar o respeito pelos Direitos Humanos fundamentais, pelos Direitos da Criança, pelos direitos divulgados na CCH, bem como cumprir o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), inserido no Estatuto da OE, Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Dec.-Lei nº161/96 de 4 de Setembro.

Na prestação de cuidados em estágio destaco o respeito pelos quatro princípios éticos fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Ao longo das aprendizagens realizadas respeitei a autonomia do utente pediátrico, assegurando a correta compreensão da informação transmitida, promovendo a sua decisão livre e esclarecida e o consentimento informado. Durante as atividades desenvolvidas apresentei-me sempre às crianças/adolescentes e famílias como estudante, informando-os do respetivo curso, e solicitei a sua permissão para observar os cuidados bem como para os prestar.

Saliento igualmente o cumprimento pelo respeito dos valores humanos descrito no art.º 81 do CDE, onde procurei cumprir, em particular, as alíneas a), b), d) e e), salvaguardando os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso, respeitando as suas convicções culturais, filosóficas e religiosas e abstendo-me de efetuar juízos de valor. Procurei respeitar os direitos do utente pediátrico quanto à intimidade, à privacidade e à confidencialidade (art.º 86, CDE; alínea 10, CCH) e o dever de sigilo profissional (art.º 85, CDE), indo de encontro aos princípios éticos especialmente dirigidos ao atendimento do adolescente (OE, 2010c). Considero ainda ter contribuído globalmente para uma humanização dos

cuidados prestados, procurando cooperar na criação de um ambiente favorável ao desenvolvimento das potencialidades da criança/adolescente e família, em particular do adolescente, principal alvo da temática em estudo (art.º89, CDE; alínea 6, CCH). Ao longo de todo o percurso procurei a excelência do exercício definida no artigo 88º do CDE, através de uma análise regular do trabalho desenvolvido, de uma atualização contínua dos meus conhecimentos, de uma adequação das intervenções de enfermagem às necessidades das crianças/adolescentes e famílias a quem prestei cuidados e de uma procura pela garantia da qualidade dos cuidados prestados, assumindo sempre a responsabilidade pelos mesmos.

Face à aplicação dos questionários à equipa de enfermagem procurei igualmente cumprir os critérios éticos fundamentais. Assim, elaborei-os e apliquei-os tendo em conta os princípios e direitos éticos da investigação: o direito à autodeterminação, respeitando o direito da pessoa decidir livremente sobre a sua participação, ou não, no preenchimento do questionário; o direito à intimidade, respeitando o direito à liberdade de decisão sobre a extensão da informação a dar e em que medida é aceite a partilha das informações; o direito ao anonimato e à confidencialidade; e o direito a um tratamento justo e equitativo dos dados, respeitando o direito de a pessoa ser informada sobre a natureza, finalidade e duração do trabalho, assim como os métodos utilizados. Para a obtenção do consentimento foi elaborado um documento de consentimento informado com a respetiva nota introdutória, objetivos do estudo e carácter privado das informações (Fortin, Prud'homme-Brisson e Coutu-Wakulczyk, 2003). Relativamente às entrevistas realizadas aos adolescentes formam igualmente cumpridos os critérios acima descritos. Por se tratar de participantes menores de idade foi também pedido o consentimento livre e esclarecido aos pais/representantes legais. Na UA, pela frequência de estudos efetuados, existe um modelo interno de consentimento que foi utilizado igualmente por sugestão da Enf.<sup>a</sup> orientadora com a autorização da Enf.<sup>a</sup> Chefe (Anexo V). No IP foi solicitada, de acordo com os critérios do Centro de Formação, Ensino e Investigação do hospital, a autorização ao Conselho de Administração e o pedido de parecer à Comissão de Ética para a realização das entrevistas que foi concedido (Apêndice VIII).

#### **4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

A Enfermagem teve, ao longo dos anos, um avanço significativo no que concerne à formação, complexidade e dignificação da profissão, no âmbito da investigação científica e da valorização do papel do enfermeiro na prestação de cuidados em saúde (Alligood e Tomey, 2002; OE, 2011). Neste capítulo serão abordados os contributos que a realização deste percurso trouxe para a prática de enfermagem a nível pessoal, dos pares, da organização onde trabalho e na promoção de estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de internamento.

Creio que desenvolvi um percurso estruturado, com base em elementos científicos, quer a nível dos estudos e políticas existentes, quer a nível dos modelos, práticas e teorias que sustentam a enfermagem, baseando a minha prática na evidência, conforme preconiza a OE (2010a). Tal possibilitou desenvolver competências em determinadas áreas de EE e EEESCJ e atingir o nível de proficiente em outras que já estavam fundadas, tal como descreve Benner (2001) no seu modelo de aquisição de competências. Considero que sou hoje uma pessoa diferente e conseqüentemente outra profissional, mais madura, com visão sobre os principais desafios que se colocam ao EEESCJ, nos diferentes contextos da prática, e com outra visão em relação ao adolescente/família no contexto de internamento.

Apesar de não planeados, como referi no capítulo 2, penso que a realização dos documentos: Avaliação do Risco de Queda e Avaliação do Desenvolvimento Infantil, no contexto da UP e da UCC respetivamente, foram um contributo para a melhoria das práticas de enfermagem naqueles locais.

Este percurso permitiu-me ir mais além. Tal como afirma Dodds (2010) o sucesso no cumprimento dos desafios é, em última análise, determinado por enfermeiros que prestam cuidados na linha de frente e, como tal, não podia deixar

de contribuir e partilhar com os pares e restante equipa multidisciplinar do meu contexto da prática, os saberes adquiridos neste trajeto.

O adolescente internado necessita, para além das capacidades técnicas da equipa de enfermagem, que esta possua conhecimentos sobre as características inerentes à adolescência e detenha sensibilidade e perspicácia para lidar com os adolescentes em situação de maior vulnerabilidade, como é habitualmente o internamento, onde vivencia uma tripla transição (Meleis 2005; Royal College of Nursing, 2004). Atualmente, e após o início deste projeto, onde procurei ser um elemento dinamizador dos processos de aprendizagem em contexto de trabalho, são visíveis mudanças na prática dos cuidados. A linguagem é mais cuidada, por exemplo, durante as passagens de turno, não se diz mais “a criança” mas sim “o adolescente” e mesmo na revisão de normas do serviço há a preocupação de escrever a “criança/adolescente” como alvo dos nossos cuidados e não somente a “criança” como era patente em documentos anteriores. Sinto que há maior cuidado em atender adequadamente os adolescentes e considero que as atividades realizadas no IP permitiram a reflexão conjunta sobre a necessidade de um atendimento específico a este, até aqui pouco valorizado. Tal levou, como descrito anteriormente, à elaboração de uma proposta de estratégias a implementar para melhorar o atendimento ao adolescente no serviço e, à sua apresentação à Enf.<sup>a</sup> Chefe de Serviço, ao Diretor Clínico do Serviço de Pediatria, mas também ao Grupo de Humanização do Hospital que se interessou em trabalhar esta área, no sentido de envolver igualmente outros profissionais e promover práticas de cuidados que respeitem os direitos dos adolescentes.

Finalizando, por forma a contribuir para o avanço, formação e investigação em enfermagem não só no meu contexto onde trabalho, mas no contexto da prática de outros profissionais que trabalham em pediatria, proponho-me elaborar um artigo (encontrando-se em fase de planeamento) e submeter a publicação numa revista científica (Apêndice XVI), conjugando os dados que obtive por parte dos adolescentes e dos enfermeiros, para divulgar experiências e resultados que possam ser úteis à reflexão e mudança das práticas no atendimento ao adolescente.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao terminar o presente relatório não poderia deixar de tecer algumas apreciações finais. Considero que os objetivos propostos foram alcançados. Percorrer este caminho possibilitou o desenvolvimento de competências de EE e EEESCJ que me permitem, atualmente, responder com tomadas de decisão e práticas profissionais mais seguras e fundamentadas.

Recordando os estágios realizados penso que constituíram momentos imprescindíveis para a consolidação de conhecimentos e aprendizagens através das experiências, parcerias e atividades que foram proporcionadas. Cada um apresentou as suas particularidades, existindo a oportunidade de observar a relação entre a criança/jovem e família e a equipa de saúde e a possibilidade de momentos de reflexão sobre a prática fundamentais ao meu crescimento profissional, assim como no âmbito dos contributos da enfermagem junto do adolescente.

São reconhecidas diretrizes e políticas que fundamentam e defendem práticas de saúde diferenciadas dirigidas aos adolescentes. Os enfermeiros são fundamentais na sua definição e implementação. Assim, podem contribuir para o pleno desenvolvimento do adolescente, pois, uma vez alcançado o conhecimento sobre transições, o reconhecimento dos seus efeitos e identificadas as reais necessidades evidenciam-se as formas mais adequadas de intervir e de colaborar em parceria com o adolescente, no sentido de lhe prestar cuidados de enfermagem de maior qualidade (OE, 2011; Zagonel, 1999). Durante este trajeto foram realizadas atividades que promoveram a reflexão em equipa sobre a necessidade de um atendimento específico ao adolescente. Daqui resultou a elaboração de documentos importantes para a promoção da melhoria da qualidade de cuidados prestados ao adolescente no contexto onde trabalho, mas também uma mudança de comportamentos que têm vindo a ter repercussões positivas na prática de cuidados.

Foram algumas as dificuldades e limitações sentidas durante este trajeto. Inicialmente prenderam-se com a exposição da temática nos diferentes campos de estágio e com os contornos necessários para adequar as atividades aos mesmos. Transposta esta limitação, surgiram outras que fizeram muitas vezes optar por caminhos que não os inicialmente programados, nomeadamente situações de ordem pessoal que me impossibilitaram de cumprir algumas atividades na fase final do estágio como a apresentação da sessão de formação à equipa de saúde do IP.

Não tendo a pretensão de generalizar os resultados obtidos pois, tal como afirmam Papalia, Olds e Feldman (2001) apesar de a fase da adolescência ser surpreendentemente similar em muitos aspetos não se podem fazer generalizações já que os adolescentes não valorizam as necessidades da mesma forma, senti que as amostras reduzidas, nomeadamente o número de adolescentes que foram entrevistados, constituiu igualmente uma limitação. Contudo, considero que as entrevistas forneceram informações preliminares muito importantes acerca de vários aspetos incluindo as necessidades sentidas no internamento. Assim, penso que esta limitação aponta para a indispensabilidade da realização de uma pesquisa futura com uma amostra de maior dimensão que permita um conjunto de dados mais sólidos relativamente à população em estudo.

Por último, apesar de considerar que as equipas por onde passei foram recetivas e me auxiliaram bastante neste trajeto, a conjuntura económica e social que se vive atualmente trouxe alguns entraves. Senti, em alguns momentos, dificuldades na elaboração de certas atividades junto de alguns elementos das equipas, nomeadamente na exposição de ideias para propostas de melhoria e contributos dos enfermeiros no atendimento ao adolescente. Talvez as mudanças organizacionais e políticas que estão a acontecer não permitam aos profissionais estarem tão disponíveis e empenhados parecendo estes, na minha opinião, “envolvidos” por uma passividade incutida culturalmente nas organizações em que se fica “à espera” de formação externa. Todavia considero que as estratégias adotadas e a perseverança mantida deram os seus “frutos” e os profissionais acabaram por se envolver, tendo sido superadas algumas dificuldades iniciais. Assim as mais-valias acabam por prevalecer, e este relatório traduz o final de uma etapa mas, simultaneamente, o ponto de partida para novos projetos. É inevitável o

sentimento de orgulho pela sua realização e pelos contributos alcançados. Considero que foi colocada uma “primeira pedra” na construção de um melhor atendimento ao adolescente/família, no contexto onde trabalho, abrindo caminho a um processo de mudança no sentido de maior qualidade nos cuidados prestados. Fica a vontade de explorar ainda mais esta área e continuar o estudo neste âmbito, de modo a contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem e incentivar outros colegas, nomeadamente em outros contextos, no cuidado ao adolescente e família, colaborando em simultâneo no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e na construção de práticas baseadas na evidência.

Finalmente gostaria de deixar uma pequena reflexão. Apesar das diretrizes emanadas há muito no atendimento aos adolescentes, ainda hoje são visíveis práticas que não respeitam ou não valorizam os seus direitos, particularidades e necessidades. Muitos jovens são ainda encaminhados para o atendimento em serviços de adultos, ou como constatei, para serviços pediátricos que ainda não valorizam realmente as suas particularidades sendo por vezes atendidos por profissionais que apesar do esforço e boa vontade, negligenciam algumas atitudes mais adequadas a esta população. Na conjuntura atual é cada vez mais emergente a necessidade de redução dos custos inclusive no setor da saúde. Existe a consciência de que a prevenção e redução de complicações é uma forma de diminuir esses mesmos custos. Em pediatria, mais do que em outra fase do ciclo vital, a prevenção de complicações assume um papel importante em todas as áreas de intervenção da enfermagem. Estamos a construir os adultos de amanhã e é essencial promover o seu desenvolvimento, sendo esta a melhor forma de investimento, a meu ver, quer em termos imediatos, quer a longo prazo. Por tudo isto, considero que há ainda um longo trabalho a desenvolver e que compete a todos nós, profissionais de saúde, que lidam diariamente com esta população divulgar e defender os seus direitos e melhorar o atendimento aos adolescentes em saúde. Espero que a minha contribuição no estudo desta temática possa ter sido uma mais-valia e enquanto futura EEESCJ espero vir a contribuir bastante mais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: Como facilitar a transição? *Adolescência e Saúde*, 9 (3), 21-28. Acedido a 27/10/2012. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com).
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2002). Significado da Teoria para a Enfermagem, Enquanto Disciplina e Profissão. In Alligood, M. R. & Tomey, A. M. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.)(pp. 15-34). Loures: Lusociência.
- Anderson, G.; Lampropoulos, B.; Clarke, S. & Kohn, M. (s.d). Perceived needs and Patient satisfaction in relation to adolescent health care. Acedido a 1/06/2013. Disponível em: [http://www.awch.org.au/pdfs/conferences/1999/Adolescent\\_Health\\_Care.pdf](http://www.awch.org.au/pdfs/conferences/1999/Adolescent_Health_Care.pdf).
- Aquino, J. (2009). Unidade de Internação Hospitalar Específicas para adolescentes: vale a pena? *Adolescência & Saúde*, 6 (2), 47-50. Acedido a 27/10/2012. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com).
- Barbosa, M. A. M., Balieiro, M. M. G. & Pettengill, M. A. M. (2012). Cuidado Centrado na Família no Contexto da Criança com Deficiência e sua Família: uma análise reflexiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 21 (1), 194-199. Acedido a 27/10/2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100022&script=sci_arttext).
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica- Perspectiva Desenvolvimentista*. (2ªed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, D. & Chiesa, A. (2007). Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva.

*Revista Escola de Enfermagem USP*, 41, 793-798. Acedido a 24/05/2013.  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea08.pdf>.

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

Buisson- Marandel, C., Dreuzy, P., Hubert, P. & Poisson-Salomon, A.S. (2006). *A Dor na Criança: Guia de atitudes e procedimentos*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Castanheira, J. (2006). Adolescentes: que respostas? In Santos, L. (Coord.). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital* (pp.44-46). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Center for Pediatric Traumatic Stress. (s.d.). *At the Hospital: Helping My Tenn Cope With Illness. What parents and caregivers can do*. The Children's Hospital of Philadelphia for the health care. Disponível em: [www.healthcaretoolbox.org](http://www.healthcaretoolbox.org).

Chick, N.; Meleis, A. I. (1986). Transition: a nursing concern. In Chinn, P. L. *Nursing research Methodology* (pp.237-257). Aspen: Reckeville.

Collière, M. (1999). *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem* (4ª ed.). Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2002) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)* (Versão Beta2). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Cruz, T (2007). Adolescente, família e o profissional de saúde. *Adolescência & Saúde*, 4 (3), 45-50. Acedido a 27/10/2012. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com).

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República. I Série, N.º 205 (4/9/1996) 2959-2962.

Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Definição da idade pediátrica em Portugal. Diário da República. II Série, N.º 112 (11/01/2010) 32123.

Direção Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação nº014/2010 de 14/12/2010. Acedido a 10/10/2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013*. Lisboa: DGS. Acedido a 1/7/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>.

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

Estevinho, I. (2007). Enfermeiros e Mães a Caminho...Da Parceria ao Empowerment no Cuidado! *Servir*, 55 (4), 151-156.

Faquinello, P.; Higarashi, I.H. & Marcon, S.S. (2007). O Atendimento Humanizado em Unidade Pediátrica: Perceção do Acompanhante da Criança Hospitalizada. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 16 (4), 609-616. Acedido a 17/10/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf>.

Fernandes, D. (s.d.). *O atendimento à criança na Urgência Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10/10/2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%Aancia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>.

- Ferreira, M. M. C. & Costa, M. F. A. (2004). Cuidar em Parceria: subsídio para a vinculação Pais/Bebé Pré-Termo. *Revista Millennium*, 30, 51-58. Acedido a 10/10/2012. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/5.pdf>.
- Figueiredo, B.; Marques, A.; Costa, R.; Pacheco, A. & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40,133-154.
- Fortin, M.; Prud'homme-Brisson, D. & Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Noções de ética em Investigação. In M. Fortin. *O Processo de Investigação: da conceção à realização* (pp. 113-130). Camarate: Lusociência.
- Grossman, E. (2010). A Construção do Conceito de adolescência no Ocidente. *Adolescência & Saúde*, 7 (3), 47-51. Acedido a 7/11/2012. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com).
- Grossman, E.; Ruzany, M. H. & Taquette, S. R. (2004). A consulta do adolescente. *Adolescência & Saúde*, 1 (1), 9-13. Acedido a 27/10/2012. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com).
- Henneman, E. & Cardin, S. (2002). A Practical Approach to Making It Happen. *Critical Care Nurse*, 22, 12-19. Acedido 27/10/2012. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/22/6/12.full>.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelsteined, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Mosby.
- Im, E. (2010). Transition Theory. In Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (Coord.). *Nursing Theorists and Their Work* (7ª ed.) (pp. 416-433). EUA: Elsevier.

- Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Johns, C. (2000). *Becoming a reflective practitioner*. Oxford: Blackwell Science.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série, N.º 180 (16/08/2009) 6528-6550.
- Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de Saúde- Doença do Ser Adolescente Hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 68-75. Acedido a 14/03/2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/viewfile/501413790>.
- Machado, M. & Zagonel, I. (2003). O Processo de Cuidar da Adolescente que Vivencia a Transição ao Papel Materno. *Cogitare Enfermagem*, 8 (2), 26-33. Acedido a 10/03/2013. Disponível em: [ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/.../1399](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/.../1399).
- Maia, G. (2006). As Necessidades dos Adolescentes no Hospital. In Santos, L. (Coord.). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. (pp.73-74). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista Referência*, 8, 53-61.
- Matos, M. G.; Simões, C; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L ....Diniz, J. A. (2012). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010*. Aventura Social & Saúde. Acedido a 18/11/2013. Disponível em: [http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276\\_Relatorio\\_HBSC\\_2010\\_PDF\\_Finalissimo.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf).

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. Messias, D. K. & Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2005) - *Theoretical Nursing: Development & Progress* (3ªed.) London: Lippincott.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5ª ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, M. G. (2012) - A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria. In *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*, Porto, Maio de 2012. Consultado a 27/01/2014. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20e%20a%20parceria%20com%20os%20pais%20em%20pediatria.pdf>.
- Mendes, M. G. & Martins, M. M. F. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Referência*, III Série (6), 113-121. Acedido a 13/11/2012. Disponível em: <http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php>.
- Ministério da Saúde de Portugal (2004). *Plano Nacional de Saúde Orientações estratégicas para 2004-2010*. Acedido a 8/11/2013. Disponível em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf).
- Ministério da Saúde do Brasil (2005). *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização dos serviços de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2007). Desenvolvimento profissional – individualização das especialidades em enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 26, 9-20.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*, Série 1 (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Acedido 21/11/2012. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_02\\_14/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html).

Organização Mundial de Saúde (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Acedido 11/12/2012. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/adolescent\\_friendly\\_services/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html).

- Organização Mundial de Saúde (2014). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*. Acedido a 19/05/2014. Disponível em: [www.who.int/adolescent/second-decade](http://www.who.int/adolescent/second-decade).
- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, S. W. (2001). *O mundo da criança*. (8ªed.).Lisboa:McGraw-Hill.
- Paz, A. (2000). O Enfermeiro competente: contributos para o estudo desta problemática. In Mestrinho, M.; Durão,J.; Pinto, C.; Paz, A.; Coelho, M.& Mendes, J. *Formação em Enfermagem. Docentes Investigam* (pp. 177-211). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Prazeres, V. (2002). *Adolescentes, pais e tudo o mais*. Lisboa: Texto Editora.
- Royal College of Nursing (2004). *Adolescent transition care: guidance for nursing staff*. Acedido a 12/10/2013. Disponível em: [http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf\\_file/0011/78617/002313.pdf](http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0011/78617/002313.pdf).
- Runeson, I.; Hallstrom, I.; Elander, G. & Hermerén, G. (2002). Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. *Nursing Ethics*, 9 (6), 583-598. Acedido a 14/05/2013. Disponível em: <http://nej.sagepub.com>.
- Serrano, M. T. P.; Costa, A. S. M. C. & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista Referência*, 3, 15-23.
- Silva, D. M. (2002). Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. *Revista Millenium*, 26. Acedido a 15/05/2013. Disponível em: [http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26\\_24.htm](http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_24.htm).
- Sociedade Brasileira de Pediatria (s.d.) *O atendimento ao adolescente – departamento científico de adolescência da SBP*. Acedido a 19/12/2013. Disponível em: [http://institutochamaeleon.files.wordpress.com/2013/04/doc\\_atendimento\\_adolescente.pdf](http://institutochamaeleon.files.wordpress.com/2013/04/doc_atendimento_adolescente.pdf).

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2009). *Requisitos Para o Atendimento ao Adolescente. Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Acedido 5/12/2012. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao Medicina Adolescente/requisitos atendimento\\_adolescente spa-spp.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao%20Medicina%20Adolescente/requisitos_atendimento_adolescente_spa-spp.pdf).

Sprinthall, N.A. & Collins, W.A. (2008). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Staa, A. L.; Jedeloo, S. & Stege, H. (2011). "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Preference and Adherence*. Dove Medical Press, Ltd., 291-305. Acedido a 15/15/2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140311/pdf/ppa-5-291.pdf>.

Tavares, H. B & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 40 (4), 154-159. DOI: 08739781/09/40-4/154.

Unidade de Cuidados na Comunidade (2011) - Manual de Integração do profissional e estudante.

United Nations Children's Fund (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Acedido 27/10/2012. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf).

Viera, M. R. F.S.P & Barbosa, P. C. A. (2011). A Consulta de Enfermagem em Saúde do Adolescente. In *Projectos e percursos 2008/2011- Colectânea de Comunicações*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Viner, R. M. (2007). Do Adolescent Inpatient Wards Make a Difference? Findings From a National Young Patient Survey. *Pediatrics*, 20 (4), 749-755.

- Wagner, A.; Falcke,D.; Silveira, L. & Mosmann,C. (2002). A Comunicação em Famílias com Filhos Adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 7 (1), 75-80. Acedido a 13/02/2013. Disponível em: [http://academia.edu/474700/A\\_comunicacao\\_em\\_familias\\_com\\_filhos\\_adolescentes](http://academia.edu/474700/A_comunicacao_em_familias_com_filhos_adolescentes).
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 7 (3), 25-32. Acedido a 10/03/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>.

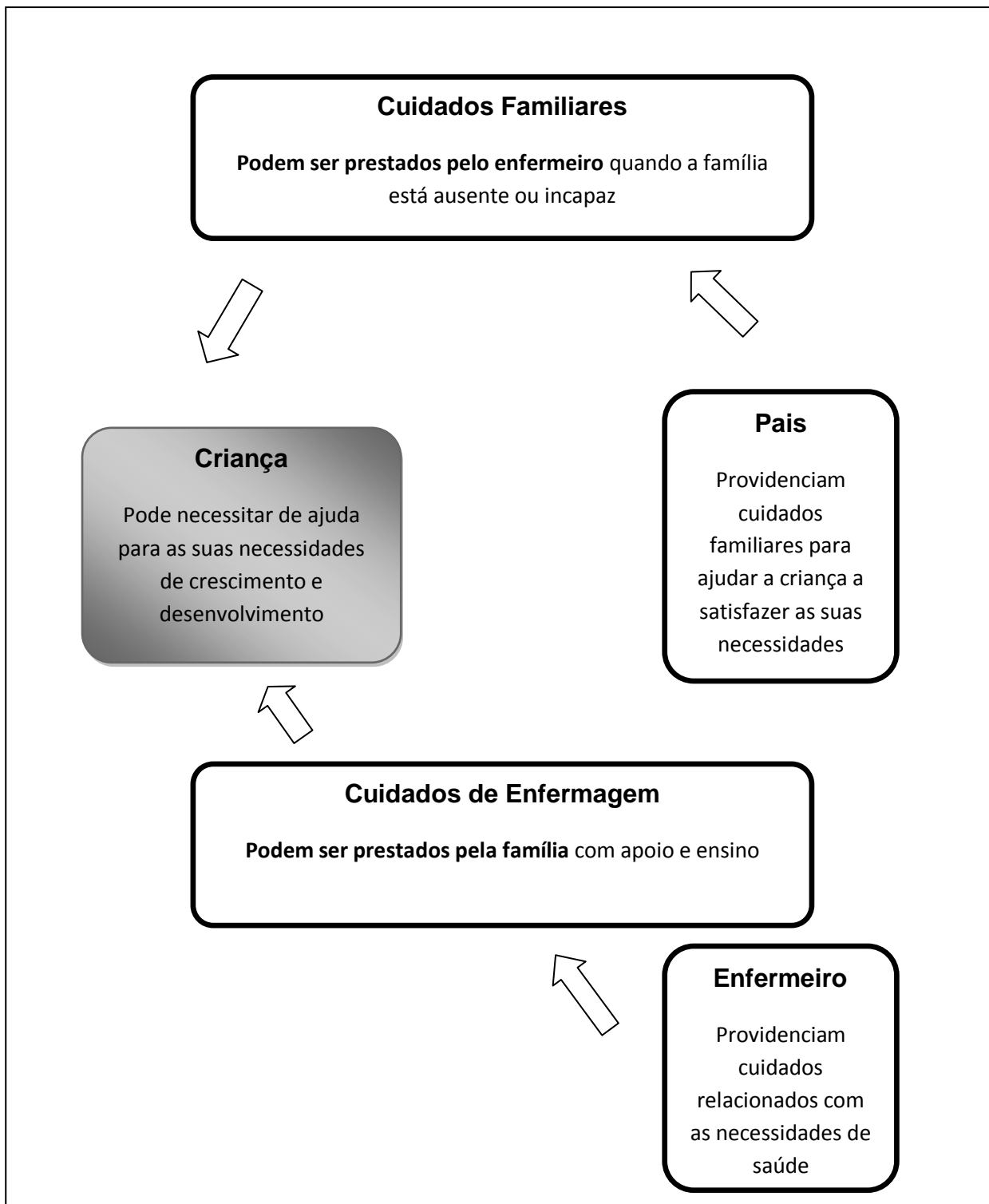
**ANEXOS**

**Anexo I** - Condições de Internamento adequadas às crianças e adolescentes preconizadas pela Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente

- Espaços próprios, **zonas de brincar para as crianças e salas de estar para os adolescentes.**
- Condições para a permanência de um **acompanhante durante 24h.**
- **Refeições com menus agradáveis e adequados aos diferentes grupos etários.**
- **Educador de infância/animador permanente**, envolvido também na informação às crianças e acompanhantes no âmbito do trabalho de equipa multidisciplinar.
- **Professor do ensino básico em tempo parcial.**
- **Relatório na alta que deve ser discutido e entregue aos pais e adolescente** e enviado a todos os **profissionais continuadores dos cuidados de saúde.**
- **Apoio de outros técnicos** nomeadamente Serviço Social, Psicologia e Nutrição.

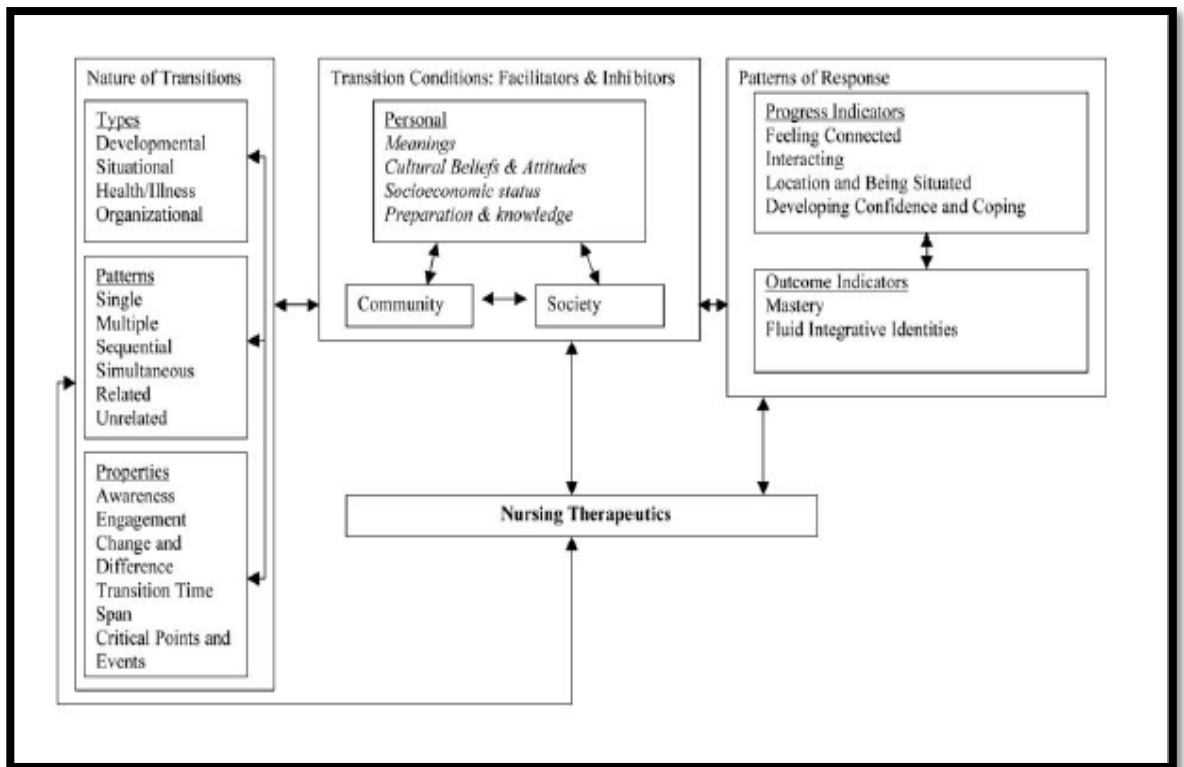
Fonte: Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*, (p. 36). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

**Anexo II- Modelo de Parceria de Cuidados em Enfermagem Pediátrica**



Fonte: Ferreira, M. M. C. & Costa, M. F. A. (2004). Cuidar em Parceria: subsídio para a vinculação Pais/Bebé Pré-Termo. *Revista Millennium*, 30, p. 54. Acedido a 10/10/2012. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/5.pdf>.

**Anexo III- Teoria de Médio-Alcance das Transições de Afaf Meleis**



Fonte: Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theorie in Nursing Research and practice*, p. 56. New York: Springer Publishing Company.

**Anexo IV-** Projetos implementados pela Unidade de Cuidados na Comunidade na  
área da Saúde Infantil e Juvenil

*(Fonte: Manual de Integração do profissional e estudante e Relatório de Atividades  
2012)*

1. Intervenção Comunitária com Recurso a Unidade Móvel: Bairro da C.
2. Projeto “Pelo Sonho é que Vamos”
3. Projeto Integrado de Intervenção Precoce
4. Projeto de Saúde Mental na Infância e Adolescência
5. Projeto de intervenção integrada na área da criança/ jovem com necessidades  
especiais
6. Projeto Saúde Escolar

## **1. Intervenção Comunitária com Recurso a Unidade Móvel: Bairro da C.**

Este projeto tem como finalidade promover a saúde da população do Bairro da C. ao longo do ciclo de vida. Dirige-se particularmente a todas as famílias identificadas, quer pela equipa de saúde, quer pela comunidade mediante articulação e resposta comunitária conjunta e tem em conta os aspetos da multiculturalidade e da predominância de problemas de saúde socioeconómicos evidentes.

Em 2012 este projeto integrava 164 famílias como população-alvo, sobretudo de origem africana e de etnia cigana, com pouca adesão à vigilância, adoção de estilos de vida saudáveis e manutenção dos cuidados de saúde.

Tem como objetivos e atividades:

- Monitorizar e atualizar o Programa Nacional de Vacinação da população- alvo;
- Assegurar o encaminhamento adequado de situações de risco identificadas;
- Promover a adesão ao Planeamento Familiar nas mulheres em idade fértil;
- Promover a adesão ao Programa de Vigilância de Saúde Materna;
- Promover a adesão ao Programa de Vigilância de Saúde Infantil;
- Realizar sessões de educação para a saúde procurando promover estilos de vida saudáveis na população-alvo;
- Efetuar o teste rápido do Vírus de Imunodeficiência Humana a moradores com risco identificado.

Relativamente às Consultas de Saúde Infantil das 114 crianças/jovens com vigilância 35 são apenas acompanhadas na Unidade Móvel, sobretudo em Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e verifica-se uma fraca adesão a estas em adolescentes a partir dos 13 anos.

## **2. Projeto “Pelo Sonho é que Vamos”**

Este projeto tem como finalidade proporcionar consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil às crianças/jovens institucionalizados, sendo esta a população-alvo, atuando em parceria com as instituições de acolhimento de menores em risco do concelho.

Tem como objetivos e atividades:

- Monitorizar e atualizar o Programa Nacional de Vacinação da população- alvo;
- Proporcionar consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil à população-alvo;
- Sinalizar e articular com o Núcleo de Apoio à Criança/Jovem em risco;
- Efetuar a articulação com os serviços de saúde da zona de procedência das crianças/ jovens institucionalizados;
- Dinamizar dinâmicas de grupo junto dos jovens residentes em lar procurando promover estilos de vida saudáveis na população-alvo.

## **3. Projeto Integrado de Intervenção Precoce**

Este projeto procura dar resposta às famílias com crianças entre os 0-6 anos de idade com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento, quer biológico, quer ambiental, residentes no Concelho da área de abrangência da UCC.

Enquadra-se na Equipa Local de Intervenção e pressupõe a articulação e encaminhamento dos casos com as diferentes unidades funcionais em que as crianças/famílias estão inscritas, instituições educativas e hospital de referência.

Procura prestar serviços educativos, terapêuticos e sociais a estas crianças e suas famílias com o intuito de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento. Em 2012 a população alvo foi de 71 famílias sinalizadas.

Tem como objetivos e atividades:

- Intervir precocemente em situações sinalizadas para a Intervenção Precoce;

- Articular com os parceiros e outros recursos da comunidade para que as famílias sinalizadas tenham acesso a cuidados especializados e apoios terapêuticos;
- Promover a discussão de caso das situações sinalizadas;
- Realizar visita domiciliária a famílias com necessidades na área da saúde.

#### **4. Projeto de Saúde Mental na Infância e Adolescência**

Este projeto visa identificar, encaminhar e acompanhar crianças/jovens com perturbações psiquiátricas em contexto familiar/escolar/comunitário para minimizar o impacto da doença mental.

Enquadrado no Plano Nacional de Saúde Mental e com base na resolução de ministros nº 49/2008 existe neste projeto um Protocolo de Articulação entre a Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital de referência e os cuidados de saúde primários, que tem como principal finalidade proporcionar um atendimento diferenciado à criança/adolescente na área da saúde mental, por parte da Pedopsiquiatria; e em termos comunitários ocorrer a triagem e avaliação de situações de perturbação da saúde mental, bem como o seguimento dos casos, em função de critérios estabelecidos, em articulação e parceria com outras estruturas da comunidade, valorizando deste modo a experiência e a importância dos dois níveis de cuidados.

A população-alvo da UCC neste projeto abrange as crianças e adolescentes até aos 16 anos que são referenciadas e trabalhadas nas reuniões de parceria mensalmente. Em 2012 foram referenciadas 60 crianças/adolescentes e famílias.

#### **5. Projeto de intervenção integrada na área da criança/ jovem com necessidades especiais**

As crianças/jovens com necessidades especiais tem o direito de usufruir da mesma igualdade de oportunidades que qualquer outra criança/jovem.

Este programa visa dar resposta ao Dec. Lei nº 93/2009 que reporta para a responsabilidade das instituições a identificação de dificuldades existentes e a adoção de medidas que permitam apoiar e acompanhar crianças e jovens com problemas de saúde física ou mental que possam afetar a aprendizagem e o desenvolvimento, através de uma equipa multiprofissional, que abrange a cooperação entre os serviços de saúde e as escolas. Esta equipa procura formular um plano adequado, mobilizando os recursos existentes e necessários, para apoiar a inclusão escolar e social, dando respostas às necessidades especiais de cada criança/jovem.

A articulação é assegurada entre o enfermeiro interlocutor da UCC e o das outras unidades funcionais e parcerias através de reuniões mensais ou por outros meios de correspondência se necessário.

## **6. Projeto Saúde Escolar**

O Projeto Saúde Escolar está inserido no Programa Nacional de Saúde Escolar, Despacho nº12.045/2006. Este tem como finalidade abranger áreas como: a saúde individual e coletiva, a inclusão escolar, o ambiente escolar e os estilos de vida. Com base nestas quatro áreas prioritárias a UCC definiu como objetivo principal deste projeto a melhoria da saúde das crianças/ jovens e restante comunidade educativa, através da realização de atividades que permitam a vigilância e proteção de saúde e a aquisição de conhecimentos e competências na promoção desta.

A população-alvo da UCC neste projeto reporta-se então à comunidade educativa, desde os Jardins de Infância até às Escolas Secundárias e IPSS'S, num total de 23 instituições, 14,256 alunos, 1460 docentes e 328 assistentes operacionais.

São realizadas atividades como:

- Monitorização e atualização do Programa Nacional de Vacinação;
- Realização de exames globais de saúde;

- Realização de projetos de educação para a saúde: saúde oral, promoção de ambiente saudável, prevenção de comportamentos de risco, reforço de fatores de proteção relacionados com estilos de vida saudáveis;
- Apoio à inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde especiais;
- Identificação de crianças e jovens em risco e respetivo encaminhamento;
- Atendimento em saúde aos adolescentes.

A articulação entre as escolas e parceiros respetivos faz-se através de mediadores e responsáveis específicos que procuram anualmente programar o programa para cada ano letivo.

**Anexo V-** Pedido de Autorização para a realização das entrevistas efetuadas aos adolescentes e representantes legais na Unidade de Adolescentes  
(Modelo utilizado pela Instituição)



Declaração de autorização dos pais ou representante/s legal da criança para participação em reportagem/entrevista/programa

Declaro que autorizo o(a) menino(a)

.....seja

filmado(a) e/ou entrevistado para.....

.....

Mais declaro, que fui informado sobre os meus direitos e sobre os direitos da criança que represento.

Lisboa,...../...../.....


Assinatura: conforme Bilhete de Identidade (Pais ou Substituto legal):


.....


**APÊNDICES**


**Apêndice I – Cronograma dos Estágios**


2013													2014										
Set	Out.				Nov.				Dez.				Jan				Fev.			Mar.			
30 4	7 11	14 18	21 26	28 1	4 8	11 16	18 22	26 29	2 6	9 13	16 19	20 3	6 10	13 17	20 24	27 31	3 7	10 14	17 21	24 28	3 7		
E S E L	UCC				UP				UCIN/UCIP				UIA		N A T A L	C D C	IP				ELABORAR RELATÓRIO		
PESQUISA BIBLIOGRÁFICA																							


 Unidade de Cuidados na Comunidade


 Urgência Pediátrica


 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos


 Unidade de Internamento de Adolescentes


 Centro de Desenvolvimento da Criança

 Internamento de Pediatria

 ESEL – Introdução aos Campos de Estágio

 Férias de Natal

 Elaboração Relatório Final

 Pesquisa Bibliográfica

## **Apêndice II – Documentos Orientadores dos diferentes Estágios**

1. Documento Orientador de Estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade
2. Documento Orientador de Estágio na Urgência Pediátrica
3. Documento Orientador de Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos  
Pediátricos/Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
4. Documento Orientador de Estágio na Unidade de Adolescentes
5. Documento Orientador de Estágio no Centro de Desenvolvimento da Criança
6. Documento Orientador de Estágio no Internamento de Pediatria

1. Documento Orientador de Estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

4º Curso Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Unidade Curricular**

Estágio com Relatório

**Campo de Estágio**

**Unidade de Cuidados na Comunidade**

**Discente:**

Sara Jacinto Senhorães

**Docente Orientadora:**

Profª Maria da Graça Vinagre

Outubro de 2013

Exma. Sr.<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Chefe:

O meu nome é Sara Jacinto, sou enfermeira da Unidade de Internamento de Pediatria onde exerço funções há cerca de 8 anos. Atualmente encontro-me a frequentar o 2º ano do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório foi proposta a realização de um estágio a desenvolver pelo estudante no período de 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014, que contribua não só para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, passando pelos diferentes locais de estágio preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, mas que responda igualmente a uma área temática à escolha do enfermeiro/estudante, mediante as suas necessidades de aprendizagem e de interesse.

Nesse sentido desenvolvi um Projeto de Estágio intitulado: ***“O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos enfermeiros na satisfação das necessidades de atendimento”***.

O atendimento hospitalar a adolescentes em Portugal é uma área que vem sendo progressivamente desenvolvida nas últimas décadas. Atualmente encontra-se em vigor o Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho que veio determinar a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento, até aos 17 anos e 364 dias. Por ser uma nova realidade e um novo desafio na minha prática optei por trabalhar esta temática da adolescência, procurando reconhecer as necessidades de atendimento em saúde dos adolescentes de forma a promover estratégias que possam facilitar e adequar o atendimento, particularmente por parte da equipa de enfermagem.

Assim o presente estágio, que irá decorrer entre o período de 7 a 25 de outubro de 2013, tem por objetivos:

- **Objetivo Geral:**

Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista (EE) e ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ);

▪ **Objetivos Específicos:**

- Desenvolver competências de apreciação e interpretação do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente;
- Desenvolver competências de trabalho em parceria com a criança/ jovem e família;

Por outro lado, relativamente ao desenvolvimento da temática central do projeto, escolhi a vossa unidade por incrementar atividades junto dos adolescentes, denotando uma preocupação em se aproximar e melhorar a saúde dos jovens. Creio que ao estagiar num concelho da área de influência do [REDACTED] possa conhecer um pouco mais a realidade concreta das necessidades das crianças e em particular dos jovens e suas famílias desta área, permitindo mobilizar conhecimentos para o meu contexto da prática, ao mesmo tempo que espero possa contribuir para a aproximação dos dois contextos: comunitário e hospitalar, que se complementam e devem ser uma continuidade. Nesse sentido, defini igualmente como objetivo específico:

- Descrever a estrutura física e analisar a dinâmica de atendimento aos adolescentes.

Em anexo apresento as atividades e recursos planeados para o vosso campo de estágio para os quais conto com a opinião e sugestões da Enf<sup>a</sup> orientadora.

A avaliação da presente unidade curricular é realizada aquando do término do relatório final conjunto de todos os estágios, no entanto serão realizadas sínteses reflexivas finais que terei todo o gosto em partilhar convosco.

Agradeço mais uma vez a disponibilidade da Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> e da sua equipa para me receberem e espero, sinceramente, que esta experiência seja gratificante para todos.

## Planeamento das Atividades e Recursos

**OBJETIVO GERAL:** Desenvolver competências inerentes ao EE e ao EEESCJ

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Desenvolver competências de apreciação e interpretação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<p>- Observação/Participação em consultas de saúde infantil, de atendimento de jovens e adolescentes ou outras pertinentes no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de saúde à criança e jovem;</p> <p>- Conhecer os recursos da comunidade e respetiva articulação entre estes</p> <p>Realização de síntese reflexiva partindo das aprendizagens realizadas perspetivando a sua utilização futura em relatório final</p>	<p>7 a 25/10/2013</p>	<p>- Consulta de Literatura Científica disponível;</p> <p>-Consulta em base de dados eletrónicas;</p> <p>-Consulta das diretrizes de avaliação de desenvolvimento preconizadas pela DGS</p> <p>– PNSIJ de 2013</p> <p>- EEESCJ e restante equipa de enfermagem;</p> <p>- Consulta documentos/ procedimentos da instituição</p>

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Desenvolver competências de trabalho em parceria com a criança/ jovem e família

<b>Atividades a Desenvolver</b>	<b>Período Temporal</b>	<b>Recursos</b>
<p>- Observação/Participação em cuidados de enfermagem de saúde primários à criança e do jovem, procurando colaborar na elaboração de planos de cuidados em saúde efetuados em parceria com a criança/ jovem e suas famílias no sentido de estabelecer uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde</p>	<p>7 a 25/10/2013</p>	<p>- EEESCJ e restante equipa de enfermagem; -Crianças/ adolescentes e famílias; - Processos e planos terapêuticos</p>

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Descrever a estrutura física e analisar a dinâmica de atendimento aos adolescentes

<b>Atividades a Desenvolver</b>	<b>Período Temporal</b>	<b>Recursos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Observação e Caracterização do espaço físico destinado ao adolescente;</li><li>-Preenchimento de grelhas de observação</li> <li>- Observação/ Participação em situações de atendimento aos jovens e adolescentes ou outras pertinentes no âmbito dos cuidados de saúde à criança e jovem;</li><li>- Preenchimento de grelhas de observação;</li></ul>	<p style="text-align: center;">7 a 25/10/2013</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- EEESCJ e restante equipa de enfermagem;</li><li>- Grelha de Observação Construída</li></ul>

2. Documento Orientador de Estágio na Urgência Pediátrica



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

4º Curso Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Unidade Curricular**

Estágio com Relatório

**Campo de Estágio**

**Urgência Pediátrica**

**Discente:**

Sara Jacinto Senhorães

**Docente Orientadora:**

Profª Maria da Graça Vinagre

Outubro de 2013

Exmo. Sr. Enfº Chefe:

O meu nome é Sara Jacinto, sou enfermeira da Unidade de Internamento de Pediatria onde exerço funções há cerca de 8 anos e, atualmente, encontro-me a frequentar o 2º ano do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório foi proposta a realização de um estágio a desenvolver pelo estudante no período de 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014, que contribua não só para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, passando pelos diferentes locais de estágio preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, mas que responda igualmente a uma área temática à escolha do enfermeiro/estudante, mediante as suas necessidades de aprendizagem e de interesse.

Nesse sentido desenvolvi um Projeto de Estágio intitulado: “**O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos enfermeiros na satisfação das necessidades de atendimento**”.

O atendimento hospitalar a adolescentes em Portugal é uma área que vem sendo progressivamente desenvolvida nas últimas décadas. Atualmente encontra-se em vigor o Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho que veio determinar a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento, até aos 17 anos e 364 dias. Por ser uma nova realidade e um novo desafio na minha prática resolvi trabalhar esta temática da adolescência, procurando reconhecer as necessidades de atendimento em saúde dos adolescentes de forma a promover estratégias que possam facilitar e adequar o atendimento, particularmente por parte da equipa de enfermagem.

Assim o presente estágio, que irá decorrer entre o período de 28 de outubro a 15 de novembro de 2013, tem por objetivos:

**Objetivos Gerais:**

- Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista e ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;
- Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento em saúde do adolescente.

Para responder a estes objetivos gerais pretendo nesta unidade, de forma mais particular, alcançar os seguintes objetivos:

**Objetivos Específicos:**

- Participar na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade, inerentes a um serviço de urgência, desenvolvendo competências de trabalho em parceria;
- Identificar as necessidades de atendimento do adolescente que recorre a um serviço de urgência;
- Conhecer a estrutura física e a dinâmica de atendimento aos adolescentes;

Escolhi a vossa unidade para realizar o presente estágio por os seus profissionais serem considerados uma referência a nível do atendimento em pediatria. Assim, penso vir a ter bastantes oportunidades de aprendizagem e desenvolver e treinar competências no âmbito da comunicação com as crianças/ adolescentes e família, da parceria de cuidados e da avaliação e eventual resolução de situações complexas de saúde, dado que ao ser um hospital central recebe uma panóplia de situações de grande complexidade que exigem uma grande capacidade de tomada de decisão e resolução de problemas quase imediata.

Relativamente ao desenvolvimento da temática central do projeto, escolhi a vossa unidade por receber adolescentes “desde sempre”, tal como me foi descrito, denotando experiência e conhecimento nesta área que espero poder também mobilizar para a minha pesquisa e para o meu contexto da prática.

Em anexo apresento as atividades e recursos planeados para o vosso campo de estágio para os quais conto com a opinião e sugestões da Enf<sup>a</sup> orientadora.

A avaliação da presente unidade curricular é realizada aquando do término do relatório final conjunto de todos os estágios, no entanto serão realizadas sínteses reflexivas finais que terei todo o gosto em partilhar convosco.

Agradeço mais uma vez a disponibilidade apresentada pelo Sr. Enf<sup>o</sup>. Chefe e pela sua equipa para me receberem e espero sinceramente que esta parceria decorra da melhor forma.

## Urgência Pediátrica

### OBJETIVOS GERAIS:

Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras satisfação das necessidades de atendimento em saúde ao adolescente

- **OBJETIVO ESPECÍFICO:** Participar na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade, inerentes a um serviço de urgência, desenvolvendo competências de trabalho em parceria

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<p>- Observar e colaborar em cuidados de enfermagem especializados, e de especial complexidade, à criança e ao jovem participando na elaboração de planos de cuidados em parceria com a criança/ jovem e família;</p> <p>- Planear e executar e avaliar intervenções de enfermagem dirigidas aos fatores de <i>stress</i> identificados na criança/jovem e família na vivência de situações de risco/doença inerentes a episódios de urgência;</p>	<p>28/10 a 15/11/2013</p>	<p>- Consulta de literatura científica no âmbito da parceria de cuidados, da comunicação e relação empática;</p> <p>- EEESCJ e restante equipa de enfermagem;</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar estratégias de comunicação e de relação com a criança/jovem e família procurando utilizar técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento e de respeito pelas suas crenças e cultura;</li>   <li>- Utilizar estratégias de capacitação e negociação com a criança/ jovem e família.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Crianças/ adolescentes e famílias;</li>   <li>- Processos e planos terapêuticos;</li> </ul>
--	--	---

- **OBJETIVO ESPECÍFICO: IDENTIFICAR** as necessidades de atendimento do adolescente que recorre a um serviço de urgência

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolher dados relativos ao atendimento dos adolescentes neste serviço de UP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principais motivos de procura do serviço/ principais diagnósticos;</li> <li>• Encaminhamento/ referenciação necessária</li> </ul> </li>   <li>- Observar e participar em situações de atendimento aos adolescentes e jovens ou outras pertinentes no âmbito da prestação de cuidados;</li>   <li>- Realizar conversas com os adolescentes e profissionais de saúde da</li> </ul>	<p>28/10 a 15/11/2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EEESCJ, equipa de enfermagem e restante equipa multiprofissional;</li>   <li>-Crianças/ adolescentes e famílias;</li>   <li>- Processos e planos terapêuticos;</li>   <li>- Consulta de dados estatísticos existentes;</li> </ul>

<p>equipa e refletir acerca do conteúdo das mesmas;</p> <p>- Registrar observações efetuadas no âmbito das necessidades de atendimento em saúde por parte dos adolescentes que recorrem ao serviço e refletir sobre as mesmas;</p>		
--	--	--

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Conhecer a estrutura física e a dinâmica de atendimento aos adolescentes

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<p>- Observação e Caracterização do espaço físico destinado ao adolescente;</p> <p>- Registrar e refletir acerca das observações efetuadas no âmbito das necessidades de atendimento em saúde por parte dos adolescentes que recorrem ao serviço.</p>	<p>28/10 a 15/1/2013</p>	<p>EEESCJ, equipa de enfermagem e restante equipa multiprofissional;</p>

3. **Documento Orientador de Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos  
Pediátricos /Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

4º Curso Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Unidade Curricular**

Estágio com Relatório

**Campo de Estágio**

**Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**

**Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

**Discente:**

Sara Jacinto Senhorães

**Docente Orientadora:**

Profª Maria da Graça Vinagre

Novembro de 2013

Exma. Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Chefe:

O meu nome é Sara Jacinto, sou enfermeira na Unidade de Internamento de Pediatria, onde exerço funções há cerca de 8 anos. Atualmente encontro-me a frequentar o 2º ano do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório foi proposta a realização de um estágio a desenvolver pelo estudante no período de 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014, que contribua não só para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, passando pelos diferentes locais de estágio preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, mas que responda igualmente a uma área temática à escolha do enfermeiro/estudante, mediante as suas necessidades de aprendizagem e de interesse.

Nesse sentido desenvolvi um Projeto de Estágio intitulado: **“O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos enfermeiros na satisfação das necessidades de atendimento”**.

Atualmente encontra-se em vigor o Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho que veio determinar a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento, até aos 17 anos e 364 dias. Por ser uma nova realidade e um novo desafio na minha prática resolvi trabalhar esta temática da adolescência, procurando reconhecer as necessidades de atendimento em saúde dos adolescentes de forma a promover estratégias que possam facilitar e adequar o atendimento, particularmente por parte da equipa de enfermagem.

Assim o presente estágio, que irá decorrer entre o período de 18 de novembro a 6 de dezembro de 2013, tem por objetivos:

- **Objetivos Gerais:**

- Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista e ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;
- Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras satisfação das necessidades de atendimento em saúde ao adolescente;

Para responder a estes objetivos gerais pretendo na vossa unidade de forma mais particular alcançar os seguintes objetivos:

### **Objetivos Específicos:**

- Participar na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade, inerentes a um serviço de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, desenvolvendo competências de trabalho em parceria com o adolescente/família em particular;
- Identificar as necessidades de atendimento do adolescente que é transferido para a UCIP;
- Conhecer a estrutura física e a dinâmica de atendimento aos adolescentes;

Escolhi a vossa unidade para realizar o presente estágio por atender igualmente alguns dos utentes e população-alvo que a unidade de internamento onde exerço funções. Espero assim poder adquirir não só competências de EEESCJ no âmbito dos cuidados de especial complexidade e a prestar, da comunicação com as crianças/ adolescentes e família internados na vossa unidade, da parceria de cuidados que se estabelece e da avaliação e eventual resolução de situações complexas de saúde, mas também adquirir conhecimentos que me ajudem a compreender melhor a experiência que decorre numa unidade de cuidados intensivos para os adolescentes e assim os apoiar, da melhor forma possível, na fase de transição para a unidade onde trabalho, e vice-versa, caso esta ocorra.

Em anexo apresento as atividades e recursos planeados para o vosso campo de estágio para os quais conto com a opinião e sugestões da Enf<sup>a</sup> Chefe e do Enf<sup>o</sup> (a) orientador (a).

A avaliação da presente unidade curricular é realizada aquando do término do relatório final conjunto de todos os estágios, no entanto serão realizadas sínteses reflexivas finais que terei todo o gosto em partilhar convosco.

Agradeço mais uma vez a disponibilidade apresentada pelo Sr<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Chefe e pela sua equipa para me receberem e espero sinceramente que esta parceria decorra pelo melhor.

**UCIN/UCIP****OBJETIVOS GERAIS:**

Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras satisfação das necessidades de atendimento em saúde ao adolescente

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Participar na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade, inerentes a um serviço de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, desenvolvendo competências de trabalho em parceria com o adolescente/família em particular;

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar e colaborar em cuidados de enfermagem especializados, de especial complexidade, à criança e ao jovem participando na elaboração de planos de cuidados em parceria com esta e família;</li> <li>- Planear e executar intervenções de enfermagem (facilitar a comunicação expressiva de emoções e a promoção do contacto físico, etc.) dirigidas aos fatores de <i>stress</i> identificados na criança/jovem e família na existência de</li> </ul>	18/11 a 6/12/2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de literatura científica no âmbito da parceria de cuidados</li> <li>- EEESCJ e restante equipa de saúde;</li> </ul>

<p>situações de risco, em áreas como a vivência da morte e luto e eventuais perturbações que alterem e afetem o crescimento e desenvolvimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver e utilizar estratégias de comunicação e relação com a criança/jovem e família procurando utilizar técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento e de respeito pelas suas crenças e cultura e a implementação de estratégias que promovam a esperança;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/ adolescentes e famílias;</li> <li>- Processos e planos terapêuticos;</li> </ul>
--	--	--

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Identificar as necessidades de atendimento do adolescente que é transferido para a UCIP

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolher dados relativos ao atendimento dos adolescentes neste serviço: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principais motivos de internamento na UCIP</li> </ul> </li> <li>- Observar e participar em situações de atendimento aos adolescentes e jovens ou outras pertinentes no âmbito da prestação de cuidados;</li> <li>- Realizar conversas informais com os adolescentes e profissionais de saúde da equipa e refletir acerca das mesmas;</li> <li>- Registar observações efetuadas no âmbito das necessidades de atendimento em saúde por parte dos adolescentes que se encontram na UCIP;</li> </ul>	<p>18/11 a 6/12/2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EEESCJ, equipa de enfermagem e restante equipa multiprofissional;</li> <li>- Crianças/ adolescentes e famílias;</li> <li>- Processos e planos terapêuticos;</li> <li>- Consulta de dados estatísticos existentes;</li> </ul>

4. Documento Orientador de Estágio na Unidade de Adolescentes



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

4º Curso Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Unidade Curricular**

Estágio com Relatório

**Campo de Estágio**

**Unidade de Adolescentes**

**Discente:**

Sara Jacinto Senhorães

**Docente Orientadora:**

Profª Maria da Graça Vinagre

Dezembro de 2013

Exma. Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Chefe:

Recordando o contato anteriormente efetuado, o meu nome é Sara Jacinto, sou enfermeira da Unidade de Internamento de Pediatria do H. onde exerço funções há cerca de 8 anos. Atualmente encontro-me a frequentar o 2º ano do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório foi proposta a realização de um estágio a desenvolver pelo estudante no período de 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014, que contribua não só para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, passando pelos diferentes locais de estágio preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, mas que responda igualmente a uma área temática à escolha do enfermeiro/estudante, mediante as suas necessidades de aprendizagem e de interesse.

Nesse sentido desenvolvi um Projeto de Estágio intitulado: “**O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos enfermeiros na satisfação das necessidades de atendimento**”.

O atendimento hospitalar a adolescentes em Portugal é uma área que vem sendo progressivamente desenvolvida nas últimas décadas. Atualmente encontra-se em vigor o Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho que veio determinar a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento, até aos 17 anos e 364 dias. Por ser uma nova realidade e um novo desafio na minha prática resolvi trabalhar esta temática da adolescência, procurando reconhecer as necessidades de atendimento em saúde dos adolescentes de forma a promover estratégias que possam facilitar e adequar o atendimento, particularmente por parte da equipa de enfermagem.

Assim o presente estágio, que irá decorrer entre o período de 9 a 19 de dezembro de 2013, tem por objetivos:

- **Objetivos Gerais:**

- Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;
- Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento em saúde ao adolescente.

Para responder a estes objetivos gerais pretendo na vossa unidade de forma mais particular alcançar os seguintes objetivos:

**Objetivos Específicos:**

- Desenvolver competências de trabalho em parceria com o jovem e família;
- Identificar as necessidades de atendimento do adolescente internado na Unidade de Internamento de Adolescentes;
- Descrever a estrutura física do serviço e a dinâmica de atendimento aos adolescentes, por parte da equipa multidisciplinar;
- Refletir com a equipa de enfermagem sobre a necessidade de um atendimento específico ao adolescente.

Escolhi a vossa unidade para realizar o presente estágio por o Hospital [REDACTED] e os seus profissionais serem considerados uma referência a nível do atendimento em pediatria. Penso poder vir a ter bastantes oportunidades de aprendizagem e dessa forma desenvolver competências no âmbito da parceria de cuidados e da comunicação com os adolescentes e família. Em reflexão com os pares e restante equipa considero que posso obter subsídios importantes para o cumprimento dos objetivos gerais que me proponho alcançar pois a vossa experiencia e conhecimento nesta área será certamente mobilizada para a minha pesquisa e para o meu contexto da prática.

Em anexo apresento as atividades e recursos planeados para o desenvolvimento deste estágio para os quais conto com a opinião e sugestões da Enf<sup>a</sup> Chefe e do Enf<sup>a</sup> Orientadora. A avaliação da presente unidade curricular é realizada aquando do término do relatório final conjunto de todos os estágios, no entanto serão realizadas sínteses reflexivas finais que terei todo o gosto em partilhar convosco.

Agradeço mais uma vez a disponibilidade apresentada pelo Sr<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Chefe e pela sua equipa para me receberem e espero sinceramente que esta parceria decorra da melhor forma.

## Unidade de Adolescentes

**OBJETIVOS GERAIS:**

Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras satisfação das necessidades de atendimento em saúde ao adolescente

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Desenvolver competências de trabalho em parceria com o jovem e família

Identificar as necessidades de atendimento do adolescente internado na Unidade de Internamento de Adolescentes

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar e participar na prestação de cuidados de enfermagem especializados aos adolescentes e famílias, integrando a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Criar oportunidades para estabelecer uma relação de proximidade e de parceria com os adolescentes e família, utilizando técnicas de comunicação apropriadas ao seu estadió de desenvolvimento com respeito pelas suas crenças e cultura, e que permitam compreender as suas necessidades de</li> </ul>	9 a 19/12/2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de literatura científica no âmbito da parceria de cuidados, da comunicação e relação empática;</li> <li>- Guia Orientador das Boas Práticas de Enfermagem;</li> <li>- Regulamento das Competências EEESCJ</li> </ul>

<p>atendimento em saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Planejar e executar intervenções de enfermagem conjuntamente com os adolescentes e família que promovam a negociação e capacitação de ambos na construção do seu projeto terapêutico;</li> <li>- Planejar e executar intervenções de enfermagem que procurem minimizar o impacto dos fatores <i>stressores</i> relacionados com a vivência da situação de internamento:<ul style="list-style-type: none"><li>• Disponibilizar informação adequada;</li><li>• Facilitar o convívio entre familiares e pares, de acordo com as regras preconizadas no serviço;</li><li>• Realizar atividades em conjunto com os adolescentes que os auxiliem a ultrapassar a transição saúde/doença e o impacto do internamento;</li></ul></li> <li>- Consultar dados relativos ao atendimento dos adolescentes neste serviço:<ul style="list-style-type: none"><li>• Normas e Orientações Gerais do serviço;</li><li>• Principais motivos de internamento dos adolescentes;</li></ul></li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>- EEESCJ e restante equipa de enfermagem;</li><li>- Adolescentes e famílias;</li><li>- Processos e planos terapêuticos</li></ul>
---	--	--

- **OBJETIVO ESPECÍFICO:** Descrever a estrutura física do serviço e a dinâmica de atendimento aos adolescentes, por parte da equipa multidisciplinar

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar e caracterizar o espaço físico destinado ao adolescente;</li> <li>- Procurar compreender junto da equipa multidisciplinar as principais mudanças estruturais implementadas para responder às necessidades em saúde dos adolescentes;</li> <li>- Registrar e refletir sobre as observações efetuadas no âmbito das necessidades de atendimento por parte dos adolescentes</li> </ul>	9 a 19/12/2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registo escrito observações</li> <li>- EEESCJ e restante equipa de enfermagem;</li> </ul>

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Refletir com a equipa de enfermagem sobre a necessidade de um atendimento específico ao adolescente.

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurar compreender junto dos profissionais de enfermagem quais as principais dificuldades sentidas no cuidar dos adolescentes face às condições e recursos existentes na unidade.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- EEESCJ e restante equipa de enfermagem;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>- Registrar e refletir acerca dos aspetos referidos e valorizados pela equipa de enfermagem, em conversas no contexto de trabalho, nomeadamente nas passagens de turno e nos cuidados prestados ao adolescente/ família, no âmbito das necessidades de atendimento em saúde por parte dos adolescentes;</li> <li>- Realizar entrevista a perito, que recolha opiniões e experiências acerca do tema em estudo, no sentido de compreender a adequação das práticas às orientações preconizadas a nível internacional e nacional.</li></ul>	9 a 19/12/2013	- Enfª Chefe A.O. / Enfª M.J.C.
---	----------------	---------------------------------

5. Documento Orientador de Estágio no Centro de Desenvolvimento da Criança



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

4º Curso Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Unidade Curricular**

Estágio com Relatório

**Campo de Estágio**

**Centro de Desenvolvimento da Criança**

**Discente:**

Sara Jacinto Senhorães

**Docente Orientadora:**

Profª Maria da Graça Vinagre

Janeiro de 2014

Exma. Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Chefe:

Recordando o contato anteriormente efetuado, o meu nome é Sara Jacinto, sou enfermeira numa Unidade de Internamento de Pediatria onde exerço funções há cerca de 8 anos. Atualmente encontro-me a frequentar o 2º ano do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório foi proposta a realização de um estágio a desenvolver pelo estudante no período de 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014, que contribua não só para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, passando pelos diferentes locais de estágio preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, mas que responda igualmente a uma área temática à escolha do enfermeiro/estudante, mediante as suas necessidades de aprendizagem e de interesse.

Nesse sentido desenvolvi um Projeto de Estágio intitulado: **“O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos enfermeiros na satisfação das necessidades de atendimento”**.

Atualmente encontra-se em vigor o Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho que veio determinar a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento, até aos 17 anos e 364 dias. Por ser uma nova realidade e um novo desafio na minha prática optei por trabalhar a temática da adolescência, procurando reconhecer as necessidades de atendimento em saúde dos adolescentes de forma a promover estratégias que possam facilitar e adequar o atendimento, particularmente por parte da equipa de enfermagem.

Assim o presente estágio, que irá decorrer entre o período de 6 a 10 de janeiro de 2014, tem por objetivos:

- **Objetivos Gerais:**

- Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ);
- Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento em saúde ao adolescente.

Para responder a estes objetivos gerais pretendo na vossa unidade de forma mais particular alcançar os seguintes objetivos:

**Objetivos Específicos:**

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem no âmbito da adaptação às condições de saúde da criança/jovem e família;
- Descrever a estrutura física do serviço e a dinâmica de atendimento aos adolescentes;
- Conhecer as intervenções promovidas pela equipa de enfermagem para minimizar o impacto da situação de doença crónica no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes.

Escolhi a vossa unidade por o Centro de Desenvolvimento da Criança e os seus profissionais serem considerados uma referência a nível do atendimento em pediatria nesta área do desenvolvimento.

Penso poder vir a ter importantes oportunidades de aprendizagem e dessa forma desenvolver competências no âmbito da comunicação com os adolescentes e família em situação de consulta e observar a sequência de um atendimento a um jovem na consulta de Spina Bífida que tenho particular interesse em conhecer.

A partir da reflexão com os pares e restante equipa considero que posso obter subsídios importantes para o cumprimento dos objetivos gerais, pois a vossa experiência e conhecimento nesta área será certamente mobilizada para a minha pesquisa e para o meu contexto da prática.

Em anexo apresento as atividades e recursos planeados para o desenvolvimento deste estágio para os quais conto com a opinião e sugestões da Enf<sup>a</sup> Chefe e do Enf<sup>a</sup> Tutora.

A avaliação da presente unidade curricular é realizada aquando do término do relatório final conjunto de todos os estágios, no entanto serão realizadas sínteses reflexivas finais que terei todo o gosto em partilhar convosco.

Agradeço mais uma vez a disponibilidade apresentada pelo Sr<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Chefe e pela sua equipa para me receberem e espero sinceramente que esta experiência decorra da melhor forma.

## Centro de Desenvolvimento da Criança

### OBJETIVOS GERAIS:

Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem

Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento em saúde ao adolescente

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem no âmbito da adaptação às condições de saúde da criança/jovem e família

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<p>- Descrever a forma como é efetuada a referenciação para o Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar a Missão e Valores do CDC;</li> <li>• Consultar e recolher informação junto da equipa multidisciplinar;</li> </ul> <p>- Descrever o trabalho efetuado pelo EEESCJ e as funções e responsabilidades deste dentro da equipa multidisciplinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar a enfermeira de referência nas consultas e atividades que desenvolve;</li> </ul>	<p>6 a 10/01/2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos do CDC;</li> <li>- Regulamento das Competências EEESCJ;</li> <li>- EEESCJ e restante equipa multidisciplinar;</li> </ul>

- Observar consultas de atendimento em enfermagem no âmbito dos cuidados especializados à criança e jovem com doença crónica;		
---	--	--

- **OBJETIVO ESPECÍFICO:** Descrever a estrutura física do serviço e a dinâmica de atendimento aos adolescentes, por parte da equipa multidisciplinar

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar e caracterizar o espaço físico destinado ao adolescente;</li> <li>- Recolher informação junto da equipa multidisciplinar sobre as principais mudanças estruturais implementadas para responder às necessidades dos adolescentes;</li> <li>- Registrar e refletir acerca das observações efetuadas no âmbito das necessidades de atendimento por parte dos adolescentes.</li> </ul>	6 a 10/01/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registo escrito observações</li> <li>- EEESCJ e restante equipa multidisciplinar</li> </ul>

- **OBJETIVO ESPECÍFICO:** Conhecer as intervenções promovidas pela equipa de enfermagem para minimizar o impacto da situação de doença crónica no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar situações de atendimento em enfermagem da criança/adolescente (particularmente a consulta de Spina Bífida);</li> <li>- Registrar e refletir acerca das observações e informações colhidas.</li> </ul>	6 a 10/01/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registo escrito observações</li> <li>- EEESCJ e restante equipa multidisciplinar</li> </ul>

6. Documento Orientador de Estágio no Internamento de Pediatria



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

4º Curso Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Unidade Curricular**

Estágio com Relatório

**Campo de Estágio**

**Internamento de Pediatria**

**Discente:**

Sara Jacinto Senhorães

**Docente Orientadora:**

Profª Maria da Graça Vinagre

Janeiro de 2014

Exma. Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Chefe:

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 2º ano do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a realização de um estágio a desenvolver pelo estudante no período de 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014, que contribua não só para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, passando pelos diferentes locais de estágio preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, mas que responda igualmente a uma área temática à escolha do enfermeiro/estudante, mediante as suas necessidades de aprendizagem e de interesse.

Nesse sentido desenvolvi um Projeto de Estágio intitulado: “**O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos enfermeiros na satisfação das necessidades de atendimento**”.

O atendimento hospitalar a adolescentes em Portugal é uma área que vem sendo progressivamente desenvolvida nas últimas décadas. Atualmente encontra-se em vigor o Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho que veio determinar a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento, até aos 17 anos e 364 dias. Por ser uma nova realidade e um novo desafio na minha prática resolvi trabalhar esta temática da adolescência, procurando reconhecer as necessidades de atendimento em saúde dos adolescentes de forma a promover estratégias que possam facilitar e adequar o atendimento, particularmente por parte da equipa de enfermagem.

Assim o presente estágio, que irá decorrer entre o período de 13 de janeiro a 14 de fevereiro de 2014, tem por objetivos:

- **Objetivos Gerais:**

- ❖ Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;
- ❖ Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento em saúde ao adolescente.

De forma a responder a estes objetivos gerais pretendo de forma mais particular alcançar os seguintes objetivos durante este estágio:

- **Objetivos Específicos:**

- ❖ Desenvolver competências de trabalho em parceria com o adolescente e família;
- ❖ Identificar as necessidades de atendimento do adolescente internado no serviço de Pediatria deste hospital;
- ❖ Descrever a estrutura física do serviço e a dinâmica de atendimento aos adolescentes, por parte da equipa multidisciplinar e de enfermagem em particular;
- ❖ Refletir com a equipa de enfermagem sobre a necessidade de um atendimento específico ao adolescente e aspetos de investimento prioritário neste âmbito;
- ❖ Participar no planeamento e eventual implementação de intervenções em serviço, em particular no domínio da enfermagem, que aumentem a satisfação no atendimento aos adolescentes internados.

Em reflexão com os pares e restante equipa considero que posso obter subsídios importantes para o cumprimento dos objetivos gerais e específicos que me proponho alcançar e para a realização do relatório de estágio, mas sobretudo espero que o construir deste percurso possibilite iniciar não só um caminho de crescimento profissional individual mas que contribua também para o crescimento da equipa nesta área de cuidados ao adolescente.

Em anexo apresento as atividades e recursos planeados para o desenvolvimento deste estágio para os quais conto com a opinião e sugestões da Enf<sup>a</sup> Chefe e da Enf<sup>a</sup> orientadora.

**Planeamento das Atividades e Recursos**

**OBJETIVOS GERAIS:**

Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento em saúde ao adolescente

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Desenvolver competências de trabalho em parceria com o adolescente e família

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prestar cuidados de enfermagem especializados aos adolescentes e famílias, como elemento integrante da equipa multidisciplinar;</li><li>• Planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem conjuntamente com os adolescentes e família:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Procurar estabelecer uma relação de proximidade com o adolescente/ família;</li><li>✓ Utilizar técnicas de comunicação e linguagem adequadas ao adolescente;</li><li>✓ Promover espaços e mostrar disponibilidade para a negociação dos cuidados, de acordo com as preferências</li></ul></li></ul>	13/01 a 14/02/2014	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta de literatura científica no âmbito da parceria de cuidados, da comunicação e relação empática;</li><li>• Consulta de literatura científica no âmbito do atendimento ao adolescente em saúde;</li><li>• Guia Orientador das Boas Práticas de Enfermagem;</li><li>• Regulamento das Competências</li></ul>

<p>possíveis e opiniões do adolescente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover a participação e capacitação do adolescente na construção do seu projeto terapêutico;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem que procurem minimizar o impacto dos fatores <i>stressores</i> relacionados com a vivência da situação de internamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Disponibilizar informação adequada;</li> <li>✓ Facilitar o convívio entre familiares e pares, de acordo com as regras preconizadas no serviço;</li> <li>✓ Realizar atividades em conjunto com os adolescentes que os auxiliem a ultrapassar a transição saúde/doença e o impacto do internamento;</li> </ul> </li> </ul>		<p>EEESCJ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EEESCJ e restante equipa de enfermagem;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Adolescentes e famílias;</li> <li>• Processos e planos terapêuticos</li> </ul>
--	--	--

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Identificar as necessidades de atendimento do adolescente internado no serviço de Pediatria, e as respetivas estratégias a utilizar na satisfação das mesmas;

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar dados relativos ao atendimento dos adolescentes neste</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de literatura científica no</li> </ul>

<p>serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Requisitar dados dos principais motivos de internamento dos adolescentes entre os 10 e os 17anos + 364 dias;</li> <li>• Criar oportunidades para estabelecer uma relação próxima com os adolescentes internados no sentido de identificar, através do diálogo, as suas necessidades de atendimento;</li> <li>• Observar os comportamentos dos adolescentes e escutar as suas opiniões e sugestões relativamente ao internamento;</li> <li>• Realizar entrevista semiestruturada a adolescentes internados <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaborar pedido a solicitar realização de entrevista ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital (atividade realizada);</li> <li>✓ Elaborar guião da entrevista;</li> <li>✓ Realizar entrevista a adolescentes internados entre os 14 e os 17 anos, de ambos os sexos, com período de internamento superior a 48h;</li> </ul> </li> <li>• Tratar e analisar os dados recolhidos nas entrevistas;</li> <li>• Apresentar os dados obtidos à equipa multidisciplinar,</li> </ul>	<p>13/01 a 14/02/2014</p> <p>12/2013</p> <p>01/2014</p> <p>20/01 a 14/02/2014</p> <p>A programar</p>	<p>âmbito do atendimento ao adolescente em saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guia Orientador das Boas Práticas de Enfermagem;</li> <li>• Regulamento das Competências EEESCJ</li> <li>• EEESCJ e restante equipa de enfermagem;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro G. O.;</li> <li>• Enfermeira-Chefe;</li> <li>• Diretor de Serviço;</li> <li>• Profª Graça Vinagre</li> <li>• Adolescentes e famílias;</li> <li>• Meios audiovisuais</li> </ul>
--	--	--

particularmente à equipa de enfermagem; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir possíveis estratégias de intervenção a implementar, partindo das sugestões dos adolescentes</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa de enfermagem</li> </ul>
---	--	--

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Descrever a estrutura física do serviço e a dinâmica de atendimento aos adolescentes, por parte da equipa multidisciplinar

Atividades a Desenvolver	Período Temporal	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar e caracterizar o espaço físico do serviço destinado ao adolescente;</li> <li>• Observar e registar as dinâmicas estabelecidas entre a equipa multidisciplinar, em particular a de enfermagem, com os adolescentes;</li> <li>• Refletir sobre as observações efetuadas.</li> </ul>	13/01 a 14/02/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EEESCJ e restante equipa de enfermagem;</li> </ul>



- Realizar encontros com a equipa multidisciplinar para discutir sobre a necessidade de um atendimento específico ao adolescente e possíveis estratégias a implementar para aumento da sua satisfação:
  - ✓ Partilhar esta preocupação com a equipa de educadoras;
  - ✓ Partilhar esta preocupação com representante do grupo de humanização do [REDACTED];
  - ✓ Reunir com a equipa de enfermagem para apresentação e discussão dos dados recolhidos a partir das diferentes fontes;
  - ✓ Planear com a equipa eventuais alterações a implementar no serviço e nas práticas de cuidados,
- Elaborar documentos orientadores considerados necessários.

13/01 a  
14/02/2014

- Equipa multidisciplinar;
- Grupo de Humanização [REDACTED];
- Dados obtidos nas entrevistas aos adolescentes
  
- Registo escrito das observações efetuadas;
- Consulta de literatura científica no âmbito do atendimento ao adolescente em saúde;
- Regulamento das Competências EEESCJ;

### **Apêndice III – Reflexões Realizadas nos diferentes Contextos de Estágio**

1. Reflexão sobre o Estágio realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade
2. Reflexão sobre o Estágio realizado na Urgência Pediátrica
3. Reflexão sobre o Estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos  
Pediátricos/Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
4. Reflexão sobre o Estágio realizado na Unidade de Adolescentes
5. Reflexão sobre o Estágio realizado no Centro de Desenvolvimento da Criança
6. Reflexão sobre o Estágio realizado no Internamento de Pediatria
7. Reflexão sobre a Participação no Workshop “O Consentimento do Adolescente: As  
escolhas em Saúde”

## **1. Reflexão sobre o Estágio realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade**

O presente documento pretende refletir acerca da experiência em estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) realizado durante o período de 7 a 25 de outubro de 2013.

A UCC em que estagiei tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, particularmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco, dependência ou doença que requeiram acompanhamento próximo. Atua na educação para a saúde, integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (UCC, 2011).

A UCC é composta por duas equipas principais, coordenadas por uma Enf<sup>a</sup> Chefe:

- Equipa de Intervenção Comunitária (EIC), que atua no âmbito da família e grupos vulneráveis de risco;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que atua no âmbito dos cuidados domiciliários.

A filosofia de trabalho desenvolve-se com base numa abordagem holística, que considera os aspetos de cada individuo e família e as realidades do contexto da comunidade em que estão inseridos, atuando ao longo do ciclo de vida ao nível dos três níveis de cuidados: primários, secundários e terciários. As equipas são orientadas pelo método do Enf<sup>o</sup> Responsável onde cada profissional é responsável por determinada área geográfica, assegurando não só o trabalho no terreno, mas também a articulação com os recursos comunitários e unidades funcionais.

No sentido de dar resposta aos objetivos preconizados para este campo de estágio fiquei sob a orientação de uma EEESCJ, responsável pela área da Saúde Infantil e Pediatria da UCC. Esta Enf<sup>a</sup> leva a cabo a implementação, monitorização e avaliação de projetos e programas nacionais nesta área, como sejam a: Saúde Escolar, Saúde Mental na Infância e Adolescência, Programa de Intervenção Integrada na Área da

Criança/ Jovem com necessidades especiais, Projeto Integrado de Intervenção Precoce, Projeto de Intervenção Comunitária com recurso a Unidade Móvel e Projeto Formar para Cuidar.

Ao me serem dados a conhecer os projetos senti-me bastante agradada e motivada para trabalhar neste estágio, dado que a sua missão era extremamente aliciante. Senti que os profissionais estão a “trabalhar” para os utentes, têm em conta as suas necessidades, atuam junto das populações, englobando aspetos como as mudanças dos perfis demográficos, os problemas de saúde pública, as dificuldades de cada população e os recursos da família e comunidade, com vista à capacitação e *empowerment* da mesma, indo de encontro aos pontos enumerados no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, no sector das orientações e evidência da cidadania em saúde. No entanto, numa fase inicial do estágio, tive necessidade de redefinir as atividades inicialmente programadas, antes de conhecer os projetos acima descritos, para por um lado, tentar adaptar-me a estes e, por outro, dar resposta aos objetivos. Esta reorganização de atividades um primeiro desafio de adaptação a uma realidade que me era estranha.

Relativamente ao que me propus cumprir neste estágio tive a oportunidade de participar em atividades como a realização de consultas de enfermagem de avaliação do desenvolvimento e crescimento das crianças e jovens. Esta atividade revelou-se de extrema importância porque permitiu-me dar resposta a um dos objetivos elaborados no que concerne ao desenvolvimento de competências de apreciação e interpretação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem que se trata de uma área que, apesar de implícita na minha prática não ocorre de forma tão sistematizada e concisa, estando habitualmente as alterações de crescimento e desenvolvimento já diagnosticadas previamente. No entanto esta atividade revelou-se igualmente um desafio porque ocorreu em contextos bem diferentes dos que estava à espera: numa unidade móvel e numa instituição de acolhimento de menores em risco, ambientes diferentes de um consultório “normal” e em condições particulares que alteram a dinâmica de uma consulta. Estas atividades foram desenvolvidas no âmbito dos projetos: Intervenção Comunitária com Recurso a Unidade Móvel (UM); e “Pelo Sonho é que Vamos”. Na primeira experiência, para além das evidentes condicionantes físicas, tive de ter igualmente atenção às questões étnicas, culturais e socioeconómicas que influenciam os temas e educação para a saúde a abordar na consulta à criança/jovem e pais. Assim,

indo de encontro ao preconizado pela OE (2010a) tive de desenvolver também competências de organização, relacionais e de permeabilidade cultural que me permitissem criar uma relação com as famílias que recorrem à UM, que é, de acordo com os profissionais da UCC, na maioria das vezes o único contato que têm com instituições de saúde, realizando assim Exames de Saúde Oportunistas, tal como nos indica o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) 2013. Nesta atividade gostaria de realçar o sentimento que tive de que muitas das famílias aproximavam-se não só pelas necessidades de saúde mas também pela relação afetiva que se estabelece. Foi evidente a amável receção à equipa da UM no bairro visitado, o que revela que a forma como os profissionais de saúde atendem as pessoas é realmente importante e o “cuidado tem, assim a ver com a *atenção*” tal como nos indica Hesbeen (2000: 9), o que permite não só “fidelizar” os utentes como atrair outros, nestes bairros tão problemáticos,

Quanto à instituição visitada trata-se de um Centro de Acolhimento Temporário que tem como objetivo o acolhimento urgente e temporário de crianças e jovens em situação de perigo, com base na aplicação de medidas legais e de proteção das mesmas. As consultas de saúde infantil são efetuadas pela enfermeira e por um médico e são realizadas de forma semelhante ao que é preconizado pelo PNSIJ 2013. Contudo em ambas as situações não é possível aplicar rigorosamente a Escala de Mary Sheridan de Avaliação do Desenvolvimento, que integra a maioria dos sistemas informáticos das Unidades Saúde Familiares (USF), com os materiais e escalas que esta exige no entanto, através da criatividade e capacidade de adaptação da EIC é possível, na minha opinião, realizar consultas de enfermagem de saúde infantil igualmente válidas. Tal foi uma aprendizagem importante para o meu desenvolvimento: podemos sempre tentar fazer o melhor com os recursos que temos, mesmo em situações de elevada precaridade. Contudo no sentido de tentar implementar o que é preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS) criei, em conjunto com a EEESCJ um documento que procurava compilar o que é divulgado no PNSIJ 2013 em relação à avaliação de desenvolvimento (idades de avaliação e critérios a avaliar) e que facilitasse assim a consulta por parte de todos os enfermeiros da EIC nas visitas e consultas que efetuassem.

Dentro da realidade hospitalar tenho contato com uma série de situações complexas, de doença aguda ou crónica que deixam as crianças/adolescentes e famílias extremamente

vulneráveis. No período de internamento, quando nos apercebemos de alguma situação problemática ao nível das competências parentais, ao nível económico, ao nível das necessidades de saúde especiais ou a outro nível que necessite de referência são efetuadas diligências nesse sentido, contactando-se as USF das famílias ou referenciando-se à Equipa Local de Intervenção (ELI) para que a situação continue a ser devidamente acompanhada na comunidade. Pude constatar, ao contactar com o Projeto de Intervenção Integrada a eficácia desta articulação e de como uma sinalização correta por parte dos profissionais pode fazer realmente a diferença para a saúde das crianças/jovens, incentivando ainda mais o trabalho em parceria, não só com as famílias, mas também com os agentes da comunidade como forma de melhorar o acesso das crianças/jovens aos cuidados de saúde (OE, 2010a). Todavia, tal como observei, a maioria das sinalizações ocorre, quase que diariamente, das escolas, onde os professores verificam situações de alimentação insuficiente, de crianças que não comem em casa, de maus cuidados de higiene, de meninos com défice de acuidade visual, com alterações do comportamento e com agressividade excessiva. Nestas situações a enfermeira é uma “ponte” essencial, atuando como mediadora, fazendo a avaliação e articulação destas situações, procurando dar as respostas necessárias às crianças/jovens e famílias. Esta problemática trata-se de uma preocupação constante da UCC uma vez que um maior número de casos vão surgindo diariamente no concelho, tal como me confidenciou a EEESCJ, existindo um cada vez maior número de limitações, decorrentes das dificuldades económicas e da escassez de recursos humanos que tem dificultado a célere resolução de algumas situações.

Já no anterior PNS 2004-2010 houve referência ao crescente número de crianças e jovens com perturbações emocionais e de comportamento que podem levar a atos e comportamentos de risco que no PNS 2012-2016 continuam a ser uma preocupação. As situações referenciadas no Projeto de Saúde Mental na Infância e Adolescência, cuja reunião tive oportunidade de assistir, são de facto muito perturbadoras e deixaram-me particularmente sensibilizada e preocupada com a saúde mental das crianças/jovens, que se veem muitas vezes em situações limite, em famílias disfuncionais com as quais é preciso desenvolver um trabalho árduo e moroso. Senti que estes casos necessitam de uma intervenção especializada e adequada por parte dos profissionais de saúde, como a que se procura fazer neste projeto, com os encaminhamentos necessários. Gostei muito de participar nesta reunião dado que senti que havia inerente um trabalho de

equipa, onde a opinião e experiência de cada um era tida em conta e onde a articulação de cuidados assumia um destaque evidente em prol das situações analisadas.

A área da Saúde Escolar é igualmente uma área de grande investimento da UCC, sendo também uma área que merece destaque por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao considerar, no seu *site*<sup>9</sup>, que um programa de saúde escolar efetivo pode ser um dos melhores investimentos que um país pode fazer para melhorar simultaneamente a educação e a saúde, acrescentando ainda que é uma estratégia importante na prevenção de comportamentos de risco entre os jovens e na promoção e reforço de mudanças educacionais, políticas, sociais e económicas. No âmbito deste projeto tive oportunidade de participar em atividades como: reunião de início de ano letivo entre os diversos elementos que compõem e atuam em parceria na saúde escolar; monitorização dos Programas Nacionais de Vacinação (PNV) dos alunos, professores e docentes dos agrupamentos escolares; avaliação do Índice de Massa Corporal de uma turma do 6º ano a fim de realizar o encaminhamento necessário a adolescentes que apresentem excesso de peso; participar numa formação a alunos do 6º ano no âmbito da adoção de comportamentos alimentares saudáveis; participar na divulgação do projeto “Semana da Sopa” numa escola secundária e observar e participar em Atendimentos a Adolescentes em duas escolas secundárias.

O Atendimento aos Adolescentes para além de fazer parte do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) - Despacho n.º 12.045/2006 - é um dos projetos em que senti que os enfermeiros da UCC investem bastante e o consideram de extrema importância, denotando-se até um certo orgulho nas relações interpessoais que se estabelecem entre eles e os adolescentes que os procuram nas escolas. O atendimento efetua-se nas escolas preparatórias, mensalmente, e secundárias, semanalmente. Esta decisão prende-se, tal como me explicou a EEESCJ, com a falta de recursos humanos que limita os atendimentos e com a maior procura nas escolas secundárias, sendo portanto necessário dar uma maior resposta a esta população.

Uma das atividades que me tinha proposto realizar neste campo de estágio prende-se com o registo de observações e reflexão sobre as mesmas, no que se refere à caracterização do espaço físico destinado ao adolescente e à observação de situações de atendimento enfermagem aos adolescentes. Nesse sentido o Atendimento aos

---

<sup>9</sup> [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/en/](http://www.who.int/school_youth_health/en/)

Adolescentes nas escolas contribuiu bastante para o cumprimento desta atividade proposta, que passo a descrever, e que considero ter-me fornecido muitos contributos para a problemática que pretendo estudar e para o alcance dos objetivos propostos.

No que concerne ao espaço físico destinado ao adolescente tive a oportunidade de estar em duas escolas secundárias. Estes espaços eram diferentes entre si, dando parcialmente resposta e estando relativamente adequados ao que é preconizado ao nível das organizações, programas e literatura consultada previamente.

Numa das escolas secundárias, denominada daqui em diante escola A, o gabinete de atendimento encontra-se à entrada da escola, ou seja, num local de fácil acesso, visível a todos os alunos. Na porta tem o horário de atendimento mas também o número de telefone da UCC para contatos eventuais que os adolescentes queiram fazer fora deste espaço. Na outra escola, daqui em diante denominada escola B, o gabinete de atendimento encontra-se num dos últimos pavilhões da mesma. Está à entrada do pavilhão, mas num corredor pouco exposto, que dificulta a sua visibilidade. Na porta tem igualmente o horário de atendimento em saúde e o nome da Enf<sup>a</sup> que o realiza, contudo não consta nenhum número de telefone, caso seja necessário.

O gabinete da escola A é iluminado, amplo, acolhedor e limpo, tal como preconiza a OE (2010b), havendo um separador que possibilita, caso seja necessário, facultar maior privacidade. Apresenta material e literatura de apoio apropriado ao adolescente, nomeadamente, panfletos e pósteres que reportam para problemáticas como os distúrbios alimentares, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, o *bullying*, o *cyberbullying*, as fobias e a alimentação saudável. Na escola B o gabinete é amplo e luminoso havendo no entanto uma mesa grande que, na minha perspetiva afasta o Enf<sup>o</sup> do adolescente, caso estes se coloquem frente a frente. Não há qualquer separador que faculte mais privacidade se for necessário, havendo inclusive uma janela na parte superior da parede que permite ver para dentro do gabinete enquanto os alunos sobem as escadas para as aulas. Existe algum material de literatura, já pouco atual, sobretudo relacionado com a temática da sexualidade e da alimentação saudável. Não existe sala de espera em nenhuma das escolas.

À partida, de acordo com a literatura consultada e, segundo a minha opinião, a escola A fornece condições físicas mais adequadas para atender os adolescentes, contudo ambas as escolas atendem em proporção o mesmo número de alunos. Do que foi possível observar, esta circunstância talvez esteja relacionada com o facto de a

divulgação por parte dos docentes, assistentes operacionais e alunos ser, na minha opinião, mais efetiva na escola B, onde foi evidente o passa-a-palavra entre os vários intervenientes.

Relativamente à dinâmica de atendimento observei apenas a existente entre os adolescentes e uma Enf<sup>a</sup>, ficando portanto a minha observação limitada quanto a este aspeto. As observações foram efetuadas com a autorização oral dos adolescentes que permitiram a minha presença nas consultas, após identificação.

A abordagem realizada pela enfermeira foi cordial e empática, tentando colocar os jovens “à vontade”. A maior parte dos adolescentes já tinham frequentado em anos anteriores a consulta de atendimento pelo que se notava já uma certa cumplicidade e relação de confiança entre ambos e este é um indicador muito evidente que gostaria de realçar: a excelente comunicação e cumplicidade que parecia existir entre a Enf<sup>a</sup> e os adolescentes que procuravam o seu atendimento, observando inclusive a procura de uma jovem de 19 anos na própria UCC, que apesar de já ter ido para a faculdade a procurou para pedir contraceptivos e aproveitou para falar sobre a sua nova etapa académica.

No atendimento escolar, observei dois primeiros atendimentos, um a um rapaz, outro a uma rapariga. Nas “primeiras vezes” a enfermeira coloca algumas questões acerca dos antecedentes pessoais e familiares de saúde e hábitos de vida. A confidencialidade dos dados é assegurada, sendo explicado, de forma acessível e com linguagem própria, a necessidade de recolha destes para efetuar decisões futuras e conhecer melhor o adolescente. Como é expectável os adolescentes que frequentaram pela primeira vez a consulta apresentaram um comportamento de algum desconforto, denotando algum receio e vergonha, embora em todos atendimentos a Enf<sup>a</sup> tivesse o cuidado de não efetuar juízos de valor, demonstrando respeito e interesse verbal e não-verbal pelos pedidos dos jovens e pelas suas dúvidas, revelando nesse sentido, características salientadas na literatura, relativamente ao perfil do profissional de saúde para atender os adolescentes. Curiosamente as raparigas foram sempre acompanhadas por amigas enquanto os rapazes foram sozinhos, ficando os pares à espera no exterior.

Nos atendimentos observados a temática principal prendeu-se com a sexualidade, o que vai de encontro aos dados fornecidos na reunião de saúde escolar. As raparigas vinham sobretudo pedir a pilula e os rapazes preservativos. Contudo em todos os momentos a Enf<sup>a</sup> procurou aproveitar o contato com os adolescentes para abordar igualmente outras

temáticas, através de conversas triviais: “Como estão a correr as aulas? Tens tido dificuldades em alguma matéria? E os colegas? São simpáticos? As férias? Correram bem? Foste a algum festival? E drogas? Tabaco? Houve alguma experiência?”, tentando diagnosticar algum tipo de comportamento de risco que o adolescente possa ter praticado, de forma a educar para a saúde e facilitar o modo como o adolescente faz transições em saúde capazes e saudáveis, indo de encontro mais uma vez a intervenções de enfermagem que facilitem as transições, de desenvolvimento e saúde/doença descritas por Meleis (2010), inerentes a esta faixa etária. Em todos os atendimentos a enfermeira agradeceu ao adolescente a sua vinda dando feedback positivo por apresentar uma atitude responsável pela sua saúde, pedindo-lhe para continuar a frequentar a consulta e reforçou a disponibilidade para qualquer atendimento em saúde.

Assim posso concluir que assisti a situações de atendimento ao adolescente por parte da Enf<sup>a</sup> que considero bastante apropriadas, tendo sido mobilizados não só conhecimentos técnicos e psicossociais das mudanças que decorrem nesta faixa etária, mas também uma atitude e postura adequada, procurando um conhecimento do adolescente em si, individualizando-o na sua pessoa e identidade, facilitando assim o processo de transição inerente a esta fase de desenvolvimento.

Tal como nos indica o PNS 2012-2016 a saúde não se acumula ao longo da vida mas resulta antes de atividades e comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos igualmente saudáveis. Deste modo, por todos os motivos apresentados considero que a metodologia de organização dos cuidados prestados na UCC são de facto promotoras do estabelecimento de parcerias com as unidades funcionais da comunidade, no sentido de, tal como indica o Regulamento do EEESCJ (OE, 2010a), garantir e melhorar a acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde, garantir o seu bem-estar e promover o seu autocuidado, sobretudo junto dos adolescentes.

Recentemente li um artigo acerca da diminuição da gravidez e partos na adolescência<sup>10</sup>, cujos dados, apesar de não estarem diretamente relacionados com as observações relatadas, associei ao muito trabalho que se faz neste âmbito da prevenção na comunidade e junto dos adolescentes e que, na minha perspetiva, vão certamente ao

---

<sup>10</sup> In: [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=3506400](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3506400)

encontro de algumas das situações que observei, provando que esta intervenção comunitária, em particular junto dos mais jovens pode fazer a diferença no futuro de muitos deles, conduzindo a uma maior informação e provável redução de comportamentos de risco.

Assim, em jeito de conclusão, o contributo deste estágio na minha formação foi sem dúvida muito importante, não só no desenvolvimento de competências enquanto futura EE e na utilização de uma filosofia de cuidados que promova a parceria e a proximidade entre os profissionais de saúde e a população, mas também como fonte de informação, dados e elementos importantes para a minha aprendizagem, estudo e reflexão acerca do atendimento aos adolescentes.

### **Referências Bibliográficas**

Cruz, T (2007). Adolescente, família e o profissional de saúde. *Adolescência & Saúde*, 4 (3), 45-50.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa:Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (s.d). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Acedido a 14/10/2013. Disponível em:  
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>.

Portugal. Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde Orientações estratégicas para 2004-2010. Lisboa. Acedido a 8/11/2012. Disponível em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf).

Portugal. Ministério da Saúde (2006). Plano Nacional de Saúde Escolar. Despacho n.º 12.045/2006. Lisboa. Acedido a 14/10/2013. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A60274B9435EB7200DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>.

Portugal. Ministério da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa. Acedido a 8/8/2013. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016\\_versaoresumo\\_maio20134.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20134.pdf).

Portugal. Ministério da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. Lisboa. Acedido a 1/7/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>.

Unidade de Cuidados na Comunidade (2011) - Manual de Integração do profissional e estudante.

Unidade de Cuidados na Comunidade (2012) - Relatório de Atividades 2012.

## **2. Reflexão sobre o Estágio realizado na Urgência Pediátrica**

O presente documento reflete acerca da experiência em estágio numa Urgência Pediátrica (UP) realizado durante o período de 28 de outubro a 15 de novembro de 2013.

A UP onde realizei o estágio tem por missão prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria a todas as crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias de idade, que se encontram em situação de doença aguda, com qualidade e eficiência, no respeito pela dignidade do utente pediátrico - criança/adolescentes e pais.

Em termos físicos o serviço de UP encontra-se próximo da entrada da unidade hospitalar. Após a inscrição no secretariado o utente é chamado à sala de triagem. Esta é relativamente pequena apresentando três áreas de atendimento. Duas destas áreas estão situadas frente a frente ao passo que o outro se encontra separado por uma parede. Mediante a classificação efetuada na triagem, o utente pode: regressar à sala de espera inicial; ir para a sala de espera comum às especialidades de ortopedia, de otorrinolaringologia (ORL), de pedopsiquiatria, e de cirurgia pediátrica, situada “fora” do serviço da UP; ser encaminhado para uma sala de observação junto da sala de tratamentos; ou ser observado de imediato por um médico.

Existem 4 salas de atendimento médico, uma com só um posto de atendimento e as restantes com dois. Após ser observada pelo médico o utente pode ter indicação para ser internado em sala de observações (SO) ou efetuar algum tratamento na sala de tratamentos onde, mediante resposta a este, pode ou não ter alta para o domicílio.

A sala de tratamentos é também de espaço reduzido não permitindo atendimentos em simultâneo. Não tem sala de espera e o utente e acompanhante esperam à porta da sala pela sua vez. Estão anexadas a esta sala de tratamentos outras duas salas: uma de aerossóis e uma sala onde o utente espera pelo fim dos tratamentos, por exemplo, quando faz soroterapia ou analgesia endovenosa. Ambas as salas estão fora da visibilidade imediata da sala de tratamentos.

A SO é composta por cinco unidades distribuídas igualmente por duas salas. Tal como o nome indica, na SO o internamento é sempre de curta duração, sendo o utente posteriormente transferido para outros serviços de internamento, caso seja necessário,

ou tem alta para o domicílio se a situação se resolver. Por ser uma sala de alguma vigilância necessita de ter material inerente a este tipo de cuidados. Tem ainda uma televisão, alguns brinquedos para as crianças e uma casa de banho com banheira. Existe ainda após a triagem a sala de reanimação.

A equipa de enfermagem é chefiada por um Enf<sup>o</sup> Chefe com o apoio do 2<sup>o</sup> elemento nas manhãs. Por turno, a equipa de enfermagem é constituída idealmente por seis enfermeiros que ficam, por norma, distribuídos da seguinte forma: três na sala de triagem, sendo que um destes dá apoio na cirurgia, pedopsiquiatria, ORL e ortopedia, um na sala de tratamentos e um na SO. O Enf<sup>o</sup> Chefe de Equipa não fica na prestação de cuidados, dá apoio no que é necessário e resolve situações inesperadas que podem acontecer, fazendo igualmente a distribuição de enfermeiros e de assistentes operacionais pelas salas.

Previamente ao início do estágio anterior elaborei um documento orientador onde expus o meu projeto e os objetivos e atividades específicas planeadas para a UP. Apresentei este documento ao Enf.<sup>o</sup> Chefe e à Enf<sup>a</sup> orientadora recebendo o seu aval, ficando definido com esta última que para responder às atividades propostas seria importante observar e participar nas diferentes valências da UP em particular a triagem, a sala de tratamentos e a SO.

Assim, nos primeiros turnos estive alocada na triagem. Primeiro observei a dinâmica de atendimento efetuada pelos enfermeiros e tentei compreender quais os critérios utilizados na triagem neste serviço. Não existe um método de triagem específico, como por exemplo o de Manchester, sendo esta feita de acordo com os conhecimentos e experiência dos enfermeiros, existindo contudo algumas situações que são sempre classificadas como urgentes. Quando me senti um pouco mais confortável passei também eu a triar algumas situações. Foi uma experiência muito satisfatória por ser algo que ainda não tinha feito e que implicou da minha parte a dinamização de conhecimentos prévios, mas já algo esquecidos por não fazerem parte das minhas dinâmicas de trabalho habituais. Tal envolveu uma pesquisa bibliográfica das principais situações de emergência/ urgência e das principais doenças comuns em contexto pediátrico e juvenil de forma a poder responder de forma adequada e atempada às situações que podiam surgir em triagem, tal como é indicado pela OE (2010a) no âmbito da prevenção de complicações. Permitiu treinar igualmente a minha capacidade de

avaliação das situações, colher dados precisos, do que foi relatado e observado, e transcrevê-los de forma explícita aos demais elementos da equipa através dos registos de enfermagem. Contudo esta experiência revelou-se igualmente benéfica em outros campos.

Tal como afirma Barros (2003) para algumas crianças o facto de entrarem num hospital pode ser vivida como uma situação de *stress*, ao passo que para outras pode ser uma experiência de exploração ativa, em que fazem questões, brincam e procuram apoio emocional e conforto junto dos cuidadores. Do que observei, senti que para os adolescentes e para os pais o atendimento na UP é maioritariamente uma situação de angústia, medo e *stress*, onde se deparam com uma situação inesperada de doença, surgindo assim, tal como nos indica Meleis (2005) um processo de transição de saúde-doença que deixa as pessoas vulneráveis e em risco de desequilíbrio. Estes solicitam dos enfermeiros, por norma o primeiro profissional de saúde que encontram, mais do que uma simples triagem ou prestação de cuidados. Necessitam de uma resposta célere, segura e um rápido encaminhamento face ao que despoletou a ida à UP. Assim, o enfermeiro deve estar igualmente preparado para apresentar não só conhecimentos científicos válidos mas igualmente relacionais, fomentando atividades que visem minimizar os fatores *stressores* desta experiência, sendo aceite que a primeira impressão obtida num primeiro contato é essencial à adaptação e confiança (Jorge, 2004; Fernandes, (s.d.)). As atitudes que procurei desenvolver e realizar durante a minha passagem pela triagem, passaram por escutar com atenção o utente/família, mostrar disponibilidade, ajudando-o a orientar o seu discurso, por vezes desorganizado nestas situações como pude constatar, procurando manter uma postura de tranquilidade, segurança e cordialidade.

A informação disponibilizada nesta fase é igualmente, do meu ponto de vista muito importante, sendo fundamental dar um feedback sumário do que poderá ser a situação, tendo o cuidado de não estabelecer diagnósticos, explicar qual a dinâmica de atendimento da UP face à situação vivenciada, o tempo médio de espera e responder a dúvidas que possam ter, tentando assim reduzir a ansiedade e medos associados evitando possíveis situações de tensão.

Deste modo, penso que esta experiência permitiu-me igualmente cimentar as competências relacionais previamente existentes e explorar o desenvolvimento de

competências de atendimento, comunicação e disponibilidade em situações particulares de doença com todos os receios e medos que lhe são inerentes.

Relativamente à sala de tratamentos tratou-se de uma experiência igualmente aliciante embora próxima da minha realidade atual e de outras que já tinha tido oportunidade de vivenciar. Aqui o desenvolvimento de competências prendeu-se sobretudo com o domínio da gestão dos cuidados e do bem-estar e satisfação da criança/jovem, pois tal como nos indica o Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2010c), este deve ter a capacidade de realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem, garantindo a segurança e qualidade das tarefas individuais e delegadas. Quando se entra na sala de tratamentos é já visível a “fila” de crianças/adolescentes e pais que se encontram à nossa espera ansiosos por serem rapidamente atendidos. Como descrevi anteriormente o utente e acompanhante aguardam à porta da sala de tratamentos o que coopera, na minha opinião, para a criação de um ambiente mais confuso e desorganizado. Assim, otimizar o processo de cuidados de enfermagem nesta sala, baseando-me em tomadas de decisão fundamentadas nas situações específicas de cada utente, nas prioridades decorrentes e na parceria que decorre entre a demais equipa multidisciplinar, nomeadamente a equipa médica, foi fundamental para organizar eficazmente os cuidados.

Procurando a excelência do desempenho profissional o EEESCJ deve ter em conta na sua prática a satisfação da criança/jovem, maximizando o seu bem-estar (OE, 2010a). De acordo com Barros (2003) a maioria dos procedimentos médicos e de enfermagem envolvem desconforto e dor o que pode levar a reações agudas de ansiedade que tem impacto no desenvolvimento da criança, seja esta saudável ou portadora de doença crónica. Durante a minha passagem pela sala de tratamentos pude constatar, através da sua verbalização ou comportamento, que qualquer criança ou adolescente, independentemente do estadio de desenvolvimento, sentia algum receio ou anseio em serem submetidos a um tratamento de enfermagem, mesmo que este implique a resolução do problema que o levou à UP. E este sentimento era maioritariamente partilhado pelo acompanhante, geralmente os pais, que indubitavelmente acabam por influenciar a resposta e adaptação dos filhos. No sentido de minimizar estes fatores *stressores* procurei utilizar estratégias e enunciados essenciais à prática da enfermagem pediátrica. Assim, mais uma vez, a comunicação e a informação disponibilizada assumem particular relevância, no sentido de preparar a criança/jovem. É essencial

comunicar de forma adequada com a criança/jovem, explicando-lhe, de acordo com o seu estadio de desenvolvimento, os procedimentos que se vão efetuar e pedindo-lhe a sua colaboração. Tal é igualmente válido para os pais com os quais procurei assumir uma parceria de cuidados, incluindo-os nos procedimentos que podiam realizar ou se tal não fosse possível pedindo a sua colaboração para serem a fonte de conforto e segurança do seu filho.

A dor em pediatria nem sempre foi convenientemente valorizada. Atualmente é uma grande preocupação e amplamente discutida na comunidade científica sendo uma obrigação legal dos profissionais de saúde “tratar a dor” (Buisson-Marandel, Dreuzy, Hubert e Poisson-Salomon, 2006; DGS, 2010). De facto, a prescrição de intervenções de enfermagem face à gestão da dor, com a aplicação das medidas não-farmacológicas é uma intervenção do EEESCJ devendo este ter conhecimentos e habilidades para lhe dar resposta (OE, 2010a). Desse modo, procurei na minha prática utilizar técnicas como as de distração, relaxamento, musicoterapia e brincadeira na criança e informar e planear os cuidados com o adolescente, para minimizar a dor e desconforto nestes, valorizando sempre o seu comportamento e colaboração no término dos procedimentos.

Durante a permanência na SO tive a oportunidade de aprofundar algumas das competências, cuidados e atividades anteriormente expostos.

A vulnerabilidade e incerteza nesta fase em que a criança/jovem e família se vêm confrontados com uma situação de doença que implica uma atenção diferente e estar alocado numa cama com uma panóplia de aparelhos que, como me disse uma vez uma mãe, “fazem barulhos estranhos e desconhecidos”, é realmente uma situação de crise para o nosso alvo de cuidados. O Enf<sup>o</sup> é o único profissional de saúde que se encontra em permanência nesta unidade. É assim um pilar e uma fonte de segurança e informação para os pais, sendo-lhe exigido o rigor científico e técnico necessário para a identificação de situações de instabilidade e de resposta pronta assim como o estabelecimento de uma relação de empatia e cooperação com a criança/jovem e família, orientando-os e assistindo-os nesta nova condição.

Durante a permanência na SO tive a oportunidade de acompanhar duas situações distintas: uma alta para o domicílio e uma transferência para um serviço de internamento. Na primeira situação a satisfação dos pais foi enorme, não só, obviamente, pela melhoria do estado de saúde do seu filho, mas também porque iam

para casa, para a seu ambiente protegido. Esta situação fez-me constatar, mais uma vez, na prática o que tantas vezes nos é descrito na literatura, que as mudanças e transições, mesmo as curtas, como foi o caso deste internamento de menos de 24 horas, podem provocar situações de vulnerabilidade e alterações profundas nas dinâmicas individuais e familiares. A segunda situação prendeu-se com uma situação em que foi necessário internar a criança. A desilusão patente nos olhos da mãe após lhe ser transmitida a necessidade de internamento foi notória, apesar de compreender a sua necessidade. Pude verificar que, tal como indica Jorge (2004,p.13), “é sempre com apreensão que os pais aceitam a hospitalização de um filho. O seu papel de protetores desaparece aos seus olhos (...) perante a necessidade de aceitar as decisões dos profissionais”. Assim foi fundamental nesta fase preparar o melhor possível aquela mãe para a situação de transição que estava a vivenciar, não só de saúde- doença, mas também de situação, indo de encontro ao que é defendido por Meleis (2010), dando-lhe a informação e o suporte emocional possível na altura.

Por norma sou o elemento que recebe a criança/jovem e família no internamento e sei a importância que o acolhimento tem para a maioria dos pais. No entanto sou uma estranha que os acolhe num ambiente que não é deles e que inevitavelmente os intimida, por tudo o que lhe está associado. Se houver uma preparação prévia do que pode ser a realidade do internamento muitos dos medos e mitos podem ser desmistificados e o utente pode atuar em parceria não com um Enf<sup>o</sup> especificamente, mas com as equipas de enfermagem com que se vai cruzando, perpetuando assim a continuidade de cuidados e reduzindo os riscos associados à experiência da hospitalização.

Assim, pelo acima exposto penso que consegui alcançar o objetivo proposto inicialmente de “participar na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade, inerentes a um serviço de urgência, desenvolvendo competências de trabalho em parceria”.

Relativamente aos objetivos seguintes relacionados com a temática em estudo no meu percurso de estágio procurei conhecer quais os principais motivos de procura da UP por parte dos adolescentes. Assim, tive acesso aos principais diagnósticos e motivos de procura do serviço de urgência em causa, dos adolescentes entre os 10 e os 17 anos desde janeiro a novembro de 2013. A classificação existente não é contudo, na minha

opinião, muito esclarecedora pois, como pude verificar durante o estágio muitas situações não são corretamente classificadas ou são classificadas de modo muito geral. Por exemplo, assisti na triagem a um adolescente de 12 anos que recorreu à UP por uma agressão por parte de um colega na escola. Como este adolescente veio diretamente da escola foi classificado como uma situação de acidente escolar/outro, o que pode induzir em erro e não permitir uma correta avaliação e deteção das situações. Por outro lado, situações de perturbação psiquiátrica podem ser classificadas como doença ou como acidente pessoal/outro. Será necessário então, na minha opinião, rever a classificação das inscrições na UP de forma a dar dados mais concretos e reais que possam, por um lado, permitir a adequação dos cuidados a nível institucional e, por outro, fornecer dados de investigação adequados.

Quanto à estrutura física de atendimento ao adolescente, cuja observação e reflexão era igualmente um dos objetivos a atingir, pude observar que o ambiente global é, na minha opinião, pouco direcionado a esta população, sendo esta sentida, pelos próprios profissionais, como geradora de vários obstáculos ao bom funcionamento diário, relacionado com o facto de a unidade hospitalar ser bastante antiga e apresentar várias limitações. A sala de espera é comum a todos os utentes e acompanhantes. Não apresenta contudo nada direcionado especificamente para a população adolescente, nomeadamente livros, revistas ou jogos como tem, por exemplo, para a população infantil. As paredes estão igualmente repletas de informações promotoras da parentalidade e cuidados ao recém-nascido e criança não havendo informação ou divulgação de outras instituições de saúde dirigidas aos adolescentes, não aproveitando desta forma, a meu ver, uma oportunidade de educação para a saúde tal como preconiza o PNSIJ 2013. Na sala de triagem tenta-se atender o adolescente na área de atendimento mais resguardada, no entanto como observei em dias mais complexos, com uma grande afluência à UP e conseqüentemente com um aumento dos tempos de espera, este critério não é por vezes exequível e o adolescente é atendido a par com outros utentes.

A sala de tratamentos apenas permite um atendimento de cada vez pelo que a privacidade nesta área é respeitada, fechando-se sempre a porta quando é efetuado um tratamento ao adolescente. As salas adjacentes à sala de tratamentos são no entanto partilhadas com os restantes utentes, podendo estar nestas crianças e jovens de diferentes faixas etárias em simultâneo. Na SO por ser um *open space*, não é permitida a

privacidade desejada, no entanto tenta-se resguardar o adolescente com um biombo que é colocado junto à sua cama nas situações mais particulares e que exigem maior discrição.

O atendimento ao adolescente não é considerado uma problemática para a maioria dos enfermeiros com quem falei pois “recebem-nos desde sempre”, com exceção dos adolescentes referenciados à pedopsiquiatria, pois sentem que não tiveram formação suficiente nesta área e não existem recursos humanos satisfatórios para responder a este tipo de utentes e suas necessidades.

No entanto observei algumas situações que não posso deixar de refletir. Em todas as valências que estive é facultada informação ao adolescente dentro do seu estadio de desenvolvimento, por exemplo, na triagem é sempre informado sobre o circuito da UP, de acordo com os dados disponíveis na altura. Na sala de tratamentos e SO todos os procedimentos e tratamentos são previamente explicados ao adolescente de igual modo, até no sentido de pedir a sua colaboração e opinião, o que, tal como refere a literatura, é extremamente importante enquanto critério de respeito e empatia a estabelecer com o adolescente. Na maioria das observações efetuadas o Enf<sup>o</sup> dirigia-se em primeiro lugar ao adolescente, apresentando-se de forma cordial demonstrando proximidade e disponibilidade.

Houve contudo uma observação em que este critério não foi cumprido totalmente, em que o profissional apresentou um comportamento menos correto no que é recomendado neste âmbito: uma adolescente observada na triagem em que, apesar de o profissional se apresentar primeiro a esta, dirigiu as questões para o pai que a acompanhava, apesar de ser notória a necessidade da adolescente em ser ela a relatar os sintomas e motivo de procura da UP.

Relativamente à presença dos pais/acompanhantes não foi facultada, por norma, a opção de o adolescente ser atendido individualmente, exceto em duas situações observadas que envolviam maior exposição física, em que os acompanhantes se retiraram com o aval dos adolescentes, a pedido dos enfermeiros. Quanto à parceria de cuidados que se deve estabelecer, os enfermeiros tentaram organizar os cuidados de acordo com as preferências e opinião do adolescente, embora o ambiente da triagem e sala de tratamentos não seja tão propício a este tipo de organização, já que a dinâmica de trabalho exige que este seja célere e dinâmico.

A questão da privacidade é por norma assegurada. Contudo gostaria de partilhar nesta reflexão duas situações que me marcaram neste aspeto de forma díspar. A primeira situação está relacionada com um adolescente de 16 anos, já acompanhado pela pedopsiquiatria, trazido à UP pelos pais por uma tentativa de suicídio. Este adolescente foi à sala de triagem e assim que os profissionais se aperceberam da situação, e foi possível, ausentaram-se todos da sala e a triagem dos outros utentes ficou momentaneamente suspensa de forma a dar alguma privacidade ao adolescente e família. A segunda situação prendeu-se de uma jovem de 17 anos, que esteve na SO em vigilância após lavagem gástrica, em que o critério da privacidade não foi bem conseguido, na minha opinião. Para tentar salvaguardar a adolescente colocou-se um biombo que separava a unidade onde se encontrava das restantes. Ora esta é uma solução muitas vezes encontrada e amplamente utilizada, igualmente no serviço onde trabalho, quando as condições físicas não permitem outro tipo de resguardo. Acontece que tive a perceção de que este biombo apesar de criar uma barreira visual não conferiu a privacidade e sobretudo a confidencialidade exigida. Infelizmente, talvez induzido pela falsa barreira do biombo, o tom de voz não foi muitas vezes moderado, pelo que tive a clara sensação que todos os utentes que se encontravam na SO se aperceberam da situação da adolescente, o que levou a comentários que incluíam alguns juízos de valor.

Esta situação fez-me refletir acerca da minha prática igualmente. Por vezes julgamos que estamos a agir corretamente, de acordo com os valores éticos e de confidencialidade que regem a nossa profissão, ao ter atenção a determinados pormenores (como neste caso o biombo), mas esquecemo-nos de outros comportamentos e condutas igualmente importantes que podem conduzir a situações incorretas como esta e portanto considero que este foi um importante “alerta” para a minha própria prática de cuidados e mudanças a implementar.

Apesar de não estar delineada previamente, no sentido de cooperar com a equipa de enfermagem na melhoria do padrão de qualidade de cuidados, elaborei em conjunto com a enfermeira tutora um documento de avaliação do risco de queda que considero ser igualmente um contributo importante no âmbito da melhoria da qualidade contínua dos cuidados e da gestão dos cuidados preconizadas no Regulamento do EE e no desenvolvimento desta competência (OE, 2010a).

Concluindo, este estágio foi uma experiência nova e completamente diferente da minha prática profissional que certamente contribuiu para a minha formação pessoal com vista, inevitavelmente, ao desenvolvimento profissional preconizado no âmbito da frequência desta especialização que culmina na elaboração do relatório de estágio, que dará conta das competências desenvolvidas.

### Referências Bibliográficas

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica- Perspectiva Desenvolvimentista*. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores.

Buisson- Marandel, C., Dreuzy, P., Hubert, P. & Poisson-Salomon, A.S. (2006). *A Dor na Criança: Guia de atitudes e procedimentos*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Fernandes, D. (s.d.). O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10/10/2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%Aancia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>

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

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theorie in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa:Ordem dos Enfermeiros.

### **3. Reflexão sobre o Estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos/Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

O presente documento pretende refletir acerca da experiência em estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) e numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) realizado durante o período de 18 de novembro a 6 de dezembro de 2013.

A unidade em questão é composta por três salas principais - UCIN, UCIP e Sala de Cuidados Intermédios - tendo efetuado o meu estágio maioritariamente nestas duas últimas salas.

O método de trabalho é o de Enfermeiro de Referência, método de gestão de cuidados privilegiado pelo Regulamento de Padrões de Qualidade do EEESCJ (OE, 2011), em que o enfermeiro que acolhe a criança/ jovem e família se responsabiliza pela planificação dos cuidados, sua monitorização e encaminhamento para a alta.

Durante a minha estadia na UCIP tive a “satisfação” de acompanhar dois adolescentes, o que me permitiu observar a dinâmica de atendimento da equipa multidisciplinar ao adolescente. Digo a “satisfação” porque, de facto, como me tinha sido dado a entender previamente pela equipa e pela Enf<sup>a</sup> de referência, pude confirmar, através dos dados estatísticos recolhidos, que o atendimento aos adolescentes na UCIP é muito reduzido.

A UCIP é um *open space* com capacidade para quatro camas. Como seria de esperar os cuidados prestados implicam uma vigilância rigorosa da condição clínica dos utentes, pelo que a questão da privacidade é notoriamente secundária ao analisar as condições físicas do serviço. No entanto, esta é uma questão considerada pelos profissionais que procuram respeitar a privacidade das crianças e adolescentes, recorrendo a biombos e cortinas nos cuidados mais invasivos ou de maior exposição física. Senti que o ambiente é no geral intimidatório, com aparelhos e tecnologia sofisticada que monitorizam e alarmam quase que constantemente, o que, na minha opinião, inibe não só os adolescentes mas igualmente os pais, sendo um entrave à integração destes nos cuidados aos filhos, apesar de existir um claro incentivo por parte dos enfermeiros a que os pais possam realizar os cuidados possíveis e estes gradualmente vão-se integrando. Não existem grandes recursos de entretenimento, havendo apenas uma televisão (TV). No entanto, quando é possível, de acordo com o que fui informada, os pais podem

trazer livros ou jogos ou é realizada a articulação com a equipa das educadoras para providenciar material lúdico.

Em uma das situações observadas a enfermeira tentou estabelecer com a adolescente uma relação facilitadora da sua participação nos cuidados, tentando organizar em conjunto os cuidados a prestar, respeitando os períodos de sono, por exemplo, que eram vários ao longo do dia, devido à medicação e ao cansaço inerente à sua condição clínica, assim como com a família, demonstrando respeito pelas opiniões de ambos. Prestou informação acerca dos procedimentos a efetuar numa linguagem adequada e acessível e demonstrou-se disponível para responder às suas questões.

Quanto a outros critérios específicos no atendimento ao adolescente, delineados em plano de atividades no documento orientador não foi possível observar durante o período de tempo em que decorreu o estágio. Questionei a equipa relativamente à presença de pares ou da flexibilidade nas visitas na UCIP. De acordo com as regras do serviço tal não é possível estando apenas autorizada a presença diurna dos pais, no entanto existe a possibilidade de um dia por semana (sábado) haver a visita de outra pessoa significativa e, se for opção do adolescente poderá ser um amigo. Contudo, normalmente tal não acontece.

No período em que a UCIP esteve sem utentes integrei a equipa da sala de intermédios. Aqui estão internados os recém-nascidos (RN), pré-termo ou não, que necessitam ainda de uma vigilância e cuidados específicos mas não de suporte ventilatório. Tem uma ocupação máxima de 10 bebés em berços/incubadoras. O ambiente é propositamente escurecido e procura ter o mínimo de estímulos possíveis que possam comprometer o desenvolvimento dos RN. Os cuidados são planeados de forma rigorosa pelos enfermeiros de modo a manipular o menos possível os lactentes e a proporcionar-lhes o máximo de conforto, facilitando o seu crescimento e adaptação à vida extrauterina. Esta preocupação e rigor são transmitidos aos pais e restante equipa multidisciplinar que tentam respeitar estas diretrizes.

Em contexto de neonatologia não existe propriamente uma filosofia de cuidados, como por exemplo a do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, que serve de referência a várias neonatologias pelo que me foi dado a conhecer durante a frequência das aulas de mestrado, nem escalas de avaliação de competências do papel parental. A equipa de enfermagem rege-se pelos critérios preconizados pela Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2002) onde estão inerentes os processos de apoio ao papel parental, ensino e treino de competências parentais e intervenções dirigidas à promoção da vinculação, amamentação e parceria de cuidados.

A vinculação tem sido descrita, de forma geral, como um processo gradual de envolvimento afetivo, que se inicia e se constrói durante a gravidez mas sobretudo após o parto. Por conseguinte a vinculação não é imediata e não acontece logo no primeiro contato, antes pelo contrário, pois trata-se de um processo pluridireccional, entre os pais e o bebé, influenciado por dimensões de diversas ordens (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais, 2005).

Durante a minha permanência nesta sala senti que os pais necessitam de tempo para poder interagir com os filhos, isto é, necessitam de se prepararem e de se sentirem confiantes para lhes tocarem, para lhes pegarem ao colo, para lhes prestarem cuidados, ou seja, mesmo para se vincularem. Mesmo os pais com filhos anteriores aparentavam ter enormes receios em tocarem e amarem estes bebés que se apresentam tão vulneráveis.

O papel do enfermeiro, enquanto profissional de referência naquela unidade, é primordial no apoio e suporte a estes pais. Estes são primeiro incentivados a permanecer junto do filho e progressivamente, de acordo com a sua vontade e ritmo, são gradualmente incentivados a interagir com ele, quer seja através do toque, do método canguru ou da prestação de cuidados, sendo estimulada assim a proximidade e vinculação pais/ bebé. Progressivamente, o enfermeiro deixa de ser o cuidador do bebé e passa apenas a supervisionar os cuidados prestados pelos pais, procurando promover e proporcionar uma transição saudável para a parentalidade (Ferreira e Costa, 2004).

Apercebi-me também que o enfermeiro é considerado um perito, o elemento com conhecimentos científicos, técnicos e de puericultura em que os pais se apoiam e com o qual tiram a maior parte das suas dúvidas e ao qual expõem os seus receios.

O momento da alta é preparado desde o primeiro dia com os pais. São realizados ensinamentos e treino de competências, nas mais diversas áreas (alimentação, higiene, prevenção de risco, segurança, etc.), no sentido de estes estarem autónomos e preparados para o “tão aguardado” dia em que vão para casa.

Durante o estágio tive a oportunidade de trabalhar, com uns pais jovens, o desenvolvimento destas competências e a respetiva preparação para a alta. Não foi inicialmente uma tarefa fácil, uma vez que estes pais, talvez devido à sua idade, apresentavam ainda alguma imaturidade o que dificultou a sua receptividade ao apoio por parte dos profissionais, adotando uma postura de “já saberem” a maioria dos cuidados a prestar, o que na prática não se verificava. OPerante esta atitude inicial procurei, através da comunicação, encontrar pontos em comum com aquela família, em particular com a mãe que passava mais tempo no internamento, falando de outros assuntos que não as habituais questões relacionadas com o bebé, das quais me parecia haver alguma fuga evitando falar sobre isso. Aos poucos a mãe foi integrando os cuidados ao RN de forma adequada e mostrou-se mais atenta e receptiva aos ensinamentos da equipa de enfermagem. Foi-se também “abrindo” com a equipa, contudo com algumas “pontas soltas” no seu discurso, o que alertou os enfermeiros para uma eventual destruturação da dinâmica familiar. Perante estas dúvidas foi contactado o Centro de Saúde desta família que forneceu dados que confirmavam que era uma família pouco estruturada, que também os preocupava, em que o pai já tinha dois filhos de um relacionamento aparentemente simultâneo, referenciados anteriormente por problemas de atraso de desenvolvimento cognitivo e de eventual negligência. Perante tal cenário a equipa de enfermagem solicitou o apoio da assistente social e referenciou igualmente esta situação. Soube mais tarde, após o término do estágio, que após a alta a mãe e o bebé foram para o norte do país, de onde a mãe era natural, viver com a avó materna que se responsabilizou por ambos.

Assim, é necessário estar atento não só ao RN e ao seu pleno desenvolvimento, mas também à família na sua íntegra, procurando despistar eventuais problemas associados que possam interferir e prejudicar a tríade. O diagnóstico deste tipo de situações é uma das competências do EEESCJ, devendo este demonstrar sensibilidade, disponibilidade e conhecimentos para poder detetá-las (OE, 2011)

A experiência na UCIP/UCIN foi surpreendente por vários motivos. Por um lado, nunca tinha estagiado num serviço de cuidados intensivos neonatais e portanto foi uma experiência nova e diferente, por outro lado, não estava particularmente entusiasmada porque, pessoalmente achava que não era uma área de trabalho que iria gostar. É verdade que não estive propriamente em cuidados intensivos e o que observei nesta área foi muito pouco, contudo o trabalho com os RN e as famílias revelou-se bastante

gratificante, mesmo num período tão curto de três semanas como o deste estágio, ajudando-me a treinar e desenvolver competências nesta área e a estar atenta a determinados sinais que, pela diferença de dinâmica do serviço onde trabalho, por vezes me podem “passar ao lado” nomeadamente nos cuidados a bebés prematuros que são muitas vezes transferidos desta unidade para a unidade onde trabalho.

#### Referencias Bibliográficas:

Conselho Internacional de Enfermeiros (2002) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) (Versão Beta2)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Costa, M.F.A. & Ferreira, M. M. C. (2004). Cuidar em Parceria: subsídio para a vinculação Pais/ Bebé Pré-Termo. *Revista Millenium*, 30,51-58. Acedido a 12/10/2012. Disponível em: [www.ipv.pt/Millenium30/5.pdf](http://www.ipv.pt/Millenium30/5.pdf).

Figueiredo, B.; Marques, A.; Costa, R.; Pacheco, A. & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

#### **4. Reflexão sobre o Estágio realizado na Unidade de Adolescentes**

O presente texto pretende descrever e refletir acerca do estágio decorrido numa Unidade de Internamento de Adolescentes no período de 9 a 19 de dezembro de 2013.

A Unidade de Adolescentes (UA) onde escolhi estagiar foi criada em 2005 com o objetivo de permitir um atendimento adequado e global do ponto de vista biológico, psíquico e social, de forma a proporcionar uma atenção integral e específica à saúde

dos adolescentes, sendo reconhecido pelo Conselho de Administração do hospital as necessidades particulares da adolescência e o facto de haver dificuldades numa resposta organizada para este grupo etário. Assim, com base em conceitos como a “privacidade, tratamento em ambiente próprio, ocupação dos tempos livres, continuação do projeto de vida, manutenção da ligação com a escola e grupo de referência” foi criada a UA e filosofia de cuidados ao adolescente que serve de base não só para esta unidade mas a toda a organização hospitalar<sup>11</sup>. Foi constituída então uma equipa multidisciplinar que englobasse os seguintes profissionais: pediatra (de preferência com formação em medicina do adolescente), um ginecologista, enfermeiros, psicólogo, dietista e assistente social. Para além destes profissionais previamente determinados, estão ainda incluídos na equipa assistentes operacionais, educadora e uma assistente técnica. De modo a adequar o espaço físico foram efetuadas obras que permitissem melhorar este aspeto e cumprir com os critérios acima determinados.

Atualmente o serviço e o espaço físico destinado ao adolescente é constituído por quatro enfermarias e um quarto de isolamento, com capacidade para onze camas (se for necessário, este último quarto pode ainda levar outra cama); sanitários com três áreas distintas – uma para raparigas, outra para rapazes e ainda outra para jovens com necessidades especiais, totalmente adaptada; uma sala de atividades, com um espaço amplo, agradável, com um computador ligado à internet, televisão, livros, revistas, jogos e outro material didático direcionado à população adolescente; uma sala de trabalho de enfermagem que é simultaneamente uma sala de tratamentos, com uma área resguardada e protegida com um biombo para procedimentos de maior exposição, de forma a assegurar a privacidade do utente; no corredor existem ainda dois pequenos sofás junto a revistas e pósteres direcionados a questões de saúde (escala de dor, comunicação com adolescente, recursos da comunidade para jovens, etc.).

A UA admite utentes a partir dos dez anos de idade e até aos 17 anos e 364 dias, contudo, por uma questão de gestão de vagas, que progressivamente se veio a tornar necessária, vê-se “obrigada” a estender frequentemente a admissão de crianças a partir dos oito anos de idade. Os utentes são previamente referenciados à equipa de enfermagem que gere a vaga de acordo com a idade, patologia e género. A questão do género é muito importante e referenciada pela equipa, pois preconiza-se que fiquem

---

<sup>11</sup> In: Manual da Qualidade de Hospital (2005:p.3).

juntos na mesma enfermaria utentes do mesmo sexo de modo a minimizar as questões do pudor e da privacidade tão importantes nesta fase de desenvolvimento. Em relação aos principais motivos de internamento, atividade que me tinha proposto realizar, estes prendem-se com patologias quer do foro médico, quer do foro cirúrgico e por vezes até do foro mental (excluindo as ideações suicidas, para as quais não existe condições físicas nem recursos humanos adequados).

Durante o meu estágio tive a oportunidade de observar e colaborar com a equipa de enfermagem nos cuidados aos adolescentes. Pude assim criar oportunidades de estabelecimento de uma relação de proximidade com alguns destes jovens e suas famílias. Verifiquei que a maioria destes adolescentes encara o internamento com algum receio e desconforto, mesmo os que apresentam patologia crónica e múltiplos internamentos anteriores, pois tal como afirmam Abreu e Azevedo (2012), o internamento cria habitualmente uma situação difícil de gerir e aceitar. O acolhimento é assim, na minha perspetiva, um momento primordial para reduzir esta tensão, em que o enfermeiro procura ser um elemento de referência e de apoio nesta fase de transição e crise, dando a informação possível e requerida e dando a conhecer o espaço físico de modo a que o adolescente e família se familiarizem com o mesmo, facilitando assim o processo de transição situacional.

Das observações efetuadas a equipa de enfermagem procura empregar uma comunicação eficaz e clara com o adolescente em particular, mas também com os pais ou acompanhante de referência que são uma fonte de segurança para os jovens, sobretudo os que se encontram numa fase inicial da adolescência, pelo que pude presenciar. A presença dos pais nesta fase é importante para os jovens e realizam muitas das atividades com estes, com quem passam a maioria do tempo. A partir dos 14 anos, em média, apercebi-me contudo que os jovens procuram socializar mais entre si. Fazem atividades conjuntas, na sala de atividades, em parceria com a educadora, mas também entre pares. As raparigas, sobretudo, criam rapidamente laços de amizade entre si passando grandes períodos a conversar. Estas observações vão de encontro ao que é descrito por Dodds (2010) que, ao comparar as filosofias de cuidados entre uma unidade pediátrica e uma unidade de adolescentes, refere que na primeira o suporte valorizado pelos utentes é sobretudo o familiar e na segunda o dos pares.

De facto, dos comentários ouvidos e da entrevista realizada, os amigos são apontados como aquilo de “que sentem mais falta” e apesar de serem relativamente facilitadas as

visitas dos amigos verifiquei que estas pouco existiam. Alguns adolescentes justificaram-me com o facto de ser uma altura de testes e exames escolares e portanto com menor disponibilidade por parte dos amigos para os virem visitar. Uma adolescente de 17 anos respondeu-me: “ *não gosto que me vejam assim, vulnerável, prefiro falar por telemóvel*”, frase que me marcou bastante e que demonstra mais uma vez o sentimento de vulnerabilidade que estes jovens experienciam, associado, na minha perspetiva, a uma alteração conjunta da imagem corporal, onde a fragilidade e a debilidade estão muitas vezes presentes.

As redes sociais assumem atualmente uma particular importância para estes adolescentes, como uma forma de comunicar com o exterior, sendo criticado na entrevista, por exemplo, o facto de apenas existir um computador com acesso à internet neste serviço.

Verifiquei também que os adolescentes, em particular os da fase intermédia e final da adolescência, sentem necessidade de afirmar a sua opinião, independência e autonomia. Por exemplo, os cuidados de enfermagem são realizados na sala de tratamentos, na sua maioria sem a presença dos pais, a pedido dos adolescentes. Estes colaboram bastante com a equipa de enfermagem que tem o cuidado de os informar previamente dos procedimentos a efetuar e pedem o seu parecer e colaboração, negociando com eles e capacitando-os assim para a responsabilidade pela sua saúde.

A necessidade de informação foi-me não só perceptível nas observações efetuadas mas também afirmada pelos adolescentes. Recordo-me de uma jovem de 16 anos que estava zangada com o médico pois este tinha falado com a mãe mas não com ela. Dizia-me: “ *eu é que preciso de saber se vou ser operada... queria-lhe perguntar coisas...a minha mãe nem vive comigo!*”. Neste contexto verifiquei que a equipa médica fala particularmente e em primeiro lugar com os pais e só depois, mas nem sempre, com os adolescentes, o que os deixa zangados e a sentirem-se menosprezados. Daqui posso concluir que para além da necessidade de informação sentem igualmente necessidade de serem escutados e valorizados pela equipa de saúde.

A questão da autoimagem é igualmente importante para os jovens. Mesmo durante o internamento a maioria faz questão de andar vestida “ com a roupa da rua”, as raparigas maquilhadas e com cabelo arranjado, bem como os rapazes. A propósito disto recordo-me de uma situação que o evidencia: após ter dado a medicação a um jovem de 16

anos, pediu-me para ver se vinha alguém no corredor antes de atravessá-lo, pois não queria que ninguém o visse sem espuma no cabelo.

Durante este estágio senti que, no geral, a equipa de enfermagem estava sensibilizada para estas questões nos adolescentes e procura corresponder às suas necessidades, reduzindo os seus medos e angústias e facilitando os processos de transição afetados, embora, a meu ver, de modo pouco uniforme entre ela, aspeto evidenciado nas passagens de turno, por exemplo. Quando questionada a equipa refere sentir sobretudo dificuldades no âmbito da patologia do foro psiquiátrico para a qual não se sente preparada para responder, nem sente o devido apoio por parte desta especialidade. Pude verificar isto mesmo quando houve uma adolescente internada numa tarde por anorexia e depressão e estive sem indicações, para além das farmacológicas, ou observação da especialidade até ao dia seguinte, o que deixou a equipa desamparada e sem saber muito bem como agir. A formação dos profissionais na área da adolescência é também uma lacuna existente apesar de prevista no manual de qualidade da UA, sendo que a maioria dos profissionais de enfermagem não teve formação específica fornecida pela organização e os seus conhecimentos provêm do que estudam individualmente, da prática e do bom senso, como me foi afirmado.

Durante esta experiência procurei não só recolher informação da prática que me permita trabalhar o meu relatório de estágio e eventuais implicações para o meu contexto de trabalho, mas também desenvolver competências de EEESCJ. Procurei no estágio ter uma atitude de análise e reflexão para além da preocupação com a recolha do máximo de informação e de o maior leque possível de aprendizagens e procurei trabalhar com os adolescentes e famílias em parceria, sendo estabelecidas, na minha opinião, dinâmicas e relações proveitosas para ambos. Considero que no geral os objetivos e atividades inicialmente planeadas foram alcançados com maiores ou menores constrangimentos. A entrevista inicialmente pensada ao perito não foi realizada e acabou por ser uma conversa em que foram discutidos alguns pontos que inicialmente previstos, o que me facultou alguma informação importante. A entrevista de grupo aos adolescentes foi realizada após o término do estágio por não haver adolescentes internados da fase intermédia e final da adolescência no período em que a tinha planeado. Acabei por realizá-la mais tarde mas apenas a duas adolescentes o que me reduziu a amostra, que tinha inicialmente programado, de 4 a 5 adolescentes.

Confesso contudo que tinha expectativas mais elevadas em relação a este estágio. No fundo não achei a dinâmica da equipa de enfermagem muito diferente do meu contexto de trabalho, embora mais sensibilizada para determinados aspetos relacionados com o adolescente, sobretudo os do foro psicológico e familiar. A principal diferença está ao nível da estrutura física e do apoio dado pela equipa das educadoras, que está mais direcionada para a população jovem, seus gostos e interesses. No entanto, também nesta unidade são evidentes os constrangimentos financeiros e sociais que o país atualmente atravessa, o que acaba, na minha perspetiva, por influenciar negativamente o conceito de UA, tal como ele foi inicialmente planeado e pensado, com uma evidente escassez de recursos humanos a nível de toda a equipa multidisciplinar e gestão de vagas para idades inferiores a 10 anos a aumentar, o que acaba inevitavelmente por influenciar negativamente o atendimento ao adolescente.

#### Referências Bibliográficas:

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

Dodds, H. (2010). Meeting the needs of young people in hospital. *Pediatric Nursing*, 22(9),14-18.

### **5. Reflexão sobre o Estágio realizado no Centro de Desenvolvimento da Criança**

O presente texto pretende refletir acerca da experiência em estágio num Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) realizado durante o período de 6 a 10 de janeiro de 2014.

O CDC onde estagiei entrou em funcionamento em 2007 sendo o único existente na região Sul do País inserido no Serviço Nacional de Saúde. Tem como objetivos prestar apoio clínico e psicossocial às famílias, bem como promover a ligação à comunidade, incentivando a continuidade de ação, privilegiando a ligação com os cuidados de saúde primários e promovendo a cooperação institucional.

Assim, o CDC presta serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de todo o tipo de doenças neurológicas e perturbações do desenvolvimento psicomotor, procurando proporcionar uma assistência eficaz e eficiente às crianças e jovens e famílias com patologias neurológicas e do desenvolvimento, residentes na área de influência do Hospital onde se insere.<sup>12</sup> Nele trabalham vários profissionais das mais diversas áreas do desenvolvimento: pediatras, neuropediatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e assistentes sociais. Há ainda o apoio dos administrativos e assistentes operacionais.

Por ser um centro de referência e dos poucos existentes no país que se dedica a esta área, considerei que estagiar neste, ainda que por um curto período de tempo, seria certamente benéfico para a minha formação no âmbito da especialidade e para a minha prática profissional, uma vez que muitas destas crianças e jovens seguidos no CDC são igualmente conhecidos no serviço de internamento onde trabalho.

Tal como acima descrito o CDC é um edifício relativamente recente e foi projetado com a colaboração dos profissionais que lá trabalham atualmente. Como tal, tem particularidades físicas e estruturais que procuram facilitar o trabalho em equipa, a observação e trabalho multidisciplinar das crianças e jovens e promover a satisfação destes e suas famílias. É um ambiente acolhedor e, a meu ver, bastante funcional. O seu circuito inicia-se na receção onde as famílias são recebidas por duas administrativas, de acordo com as marcações e agendamento dos respetivos profissionais. Em frente existe uma pequena sala de espera com algumas cadeiras e um pequeno espaço lúdico para as crianças com alguns brinquedos e jogos. De acordo com a enfermeira orientadora esta sala é propositadamente pequena pois, por um lado, procura-se que as famílias estejam o menos tempo possível à espera, e portanto não seria necessário um grande espaço, e, por outro lado, as perturbações de desenvolvimento da maior parte das crianças não permitem que estas recebam muitos estímulos ou que estejam muito tempo à espera, o que poderia levar a uma excessiva distração e excitabilidade antes das consultas e das observações. De um lado do edifício realiza-se o atendimento aos utentes. Os corredores, instalações sanitárias e salas são adaptados a pessoas com necessidades especiais, sendo igualmente

---

<sup>12</sup> Disponível em: <http://www.█.pt/Servicos/CDC.aspx>

espaçosos e luminosos. Existem vários gabinetes para consultas, que podem ser ocupados pelos diferentes profissionais de acordo com as suas necessidades; salas de trabalho e observação das crianças, com espelhos que permitem a avaliação conjunta dos diferentes profissionais sem perturbar a dinâmica da criança em análise; salas direcionadas à terapia ocupacional; sala de tecnologias e uma sala de tratamentos. Do outro lado do edifício encontra-se um espaço dedicado aos profissionais, incluindo, nomeadamente, uma biblioteca e uma sala de reuniões.

O CDC está sobretudo direcionado para uma população infantil, apesar de acompanhar igualmente adolescentes com patologia crónica, e isto é visível ao analisarmos o espaço físico destinado aos jovens que pode ser considerado, na minha perspetiva e com base na literatura e observações anteriormente efetuadas, pouco adequado. A sala de espera é partilhada. A decoração é bastante infantil, com bonecos na parede e com jogos e brinquedos sobretudo dirigidos aos mais pequenos, não existindo material particularmente dirigido aos jovens ou informação promotora da saúde exposta. No entanto, aspetos como a garantia da privacidade podem ser facilmente acautelados dentro da instituição, uma vez que os gabinetes de consulta permitem manter a mesma, bem como a sala de tratamentos.

O horário de atendimento é das 8h às 18h, no entanto há o cuidado, como observei, de agilizar este atendimento com os pais, crianças e jovens, do modo mais conveniente possível. Em relação ao pagamento das taxas moderadoras este é efetuado a partir dos 13 anos de idade, de acordo com a legislação em vigor.

Durante o estágio tive a oportunidade de observar algumas atividades levadas a cabo pela equipa de enfermagem e pela restante equipa multidisciplinar. A equipa de enfermagem é relativamente pequena, sendo constituída por três enfermeiras. Estas são coordenadas pela Enf<sup>a</sup> Chefe, mas por esta gerir igualmente outros serviços, a EEESCJ assume, neste local, um cargo de maior relevo, sendo responsável pela organização e gestão do trabalho de enfermagem e dos assistentes operacionais.

Considero que este estágio permitiu-me, pela sua dinâmica de organização, observar, mais do que em provavelmente qualquer outro, até à data, o desenvolvimento desta competência de trabalho do enfermeiro especialista. Senti que a especialista assumia um papel de liderança e organização muito importante naquela estrutura, que permitia não só organizar eficazmente os cuidados a programar e a realizar dentro da sua equipa

mas também, tal como preconiza o Regulamento dos Padrões de Qualidade do EEESCJ (OE, 2011:12) utilizar “ *metodologias de organização (...) promotoras da qualidade, das quais as inerentes ao método de trabalho por enfermeiro de referência (gestor de caso)* ”. As enfermeiras estão divididas por patologias e/ou áreas de especialidade - paralisia cerebral, spina bífida e neonatologia- no entanto fazem reuniões pontuais dos casos mais complicados e a enfermeira especialista assume-se como um elemento de suporte e de recurso essencial nestes processos.

Foi possível observar a preparação de todas as consultas de enfermagem das áreas acima mencionadas, no entanto só observei uma consulta de neonatologia. Estas são direcionadas a lactentes com idade gestacional inferior a 32 semanas, com peso de nascença inferior a 1500 gr ou a recém-nascidos a quem foram detetadas situações clínicas transitórias e que farão o seu seguimento nesta consulta até à resolução com alta para o médico assistente ou consulta de pediatria geral/subespecialidades no caso de haver necessidade. A enfermeira apresenta-se aos pais ainda na neonatologia e agenda com estes uma consulta no CDC.

Na consulta presenciada, efetuada a uma criança de 3 anos, ex-prematura, pude observar a avaliação de desenvolvimento da criança, de forma informal, através da aplicação da escala de avaliação de Mary Sheridan, tal como é indicado no PNSIJ - 2013. Assim, neste aspeto, penso que obtive um contributo bastante importante para a minha aprendizagem no âmbito da avaliação do desenvolvimento infantil, já anteriormente praticada no estágio em cuidados comunitários, mas sem os recursos existentes no CDC, que são sem dúvida, mais adequados e facilitadores da avaliação de desenvolvimento. Nesse sentido, tive pena de não ter agendado mais tempo para este campo de estágio, uma vez que agora considero que teria sido um campo de observação mais rico e com uma maior multiplicidade de patologias relacionadas com alterações do desenvolvimento que me poderia ter permitido um maior desenvolvimento e aperfeiçoamento desta competência. Para além de deterem conhecimentos e habilidades nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil, realizando a avaliação do crescimento e desenvolvimento, os enfermeiros necessitam de colocar em prática as suas competências técnicas e relacionais, identificando fatores *stressores*, prevenindo situações problemáticas, referenciando-as a outros profissionais de forma antecipatória (OE, 2011). Pude também observar nesta consulta a dinâmica e a relação estabelecida entre a enfermeira e a mãe da criança. Verifiquei a existência de uma

grande confiança por parte da mãe, que sentia abertura para falar de outros assuntos que não só os relacionados com a criança, sendo aquela consulta (de aproximadamente 1h30!) igualmente uma consulta não só de avaliação mas, sobretudo, de intervenção familiar e de apoio emocional.

A enfermeira referiu que muitas das vezes a enfermagem faz a ponte para outras especialidades, não só de acompanhamento à criança mas também à família, nomeadamente no que concerne ao apoio psicológico que muitos destes pais necessitam.

Relativamente ao atendimento ao adolescente, sobretudo dentro da consulta de spina bífida, atividade que tinha o maior interesse e curiosidade em realizar não foi possível fazê-lo dentro do período preconizado para o estágio pois o adolescente e a família faltaram pelo que tive de ir assisti-la mais tarde, durante o mês de março.

Pude verificar que, tal como outros profissionais me tinham referido, trata-se de uma consulta extremamente bem organizada e eficaz. A enfermeira responsável por esta atua como uma gestora de toda a equipa multidisciplinar e faz a ponte entre esta e a família, sendo sem dúvida um elemento de suporte reconhecido por todos, equipa e famílias. Previamente ao dia das consultas (habitualmente uma vez por mês) a enfermeira faz o levantamento de todos os dados e assuntos pendentes a tratar com a criança/ jovem e família, quer seja em termos de exames e consultas a realizar, quer seja em relação a fatores mais específicos como sejam as atividades de vida diária e a interferência que a patologia tem provocado nestas. Assim, no dia da consulta, sabe todos os passos que deve dar e a quem pode recorrer e as questões que deve colocar. Deste modo, todo o processo é mais célere e eficaz.

Pude assistir a três consultas, sendo duas delas com adolescentes (uma com 13 anos e outra com 17 anos). A enfermeira conhecia-as e a respetiva família desde a primeira infância, pelo que a relação de confiança entre todos era evidente, notando-se grande à vontade e disponibilidade para tratar de vários assuntos, sem no entanto deixar de estar presente a responsabilidade e ética profissional. A comunicação e a linguagem utilizada pela enfermeira foi adequada à faixa etária das adolescentes e estas foram sempre implicadas no seu plano terapêutico. A enfermeira validava os acontecimentos e os objetivos com estas e procurou sempre promover a sua autonomia. Recordo-me por exemplo de uma conversa que tive com a mãe de uma adolescente, a mais velha, no

sentido de a autonomizar mais em casa, dado que, a mãe a “impedia” de fazer certas atividades como por exemplo cozinhar, pois achava que ela se poderia magoar. A privacidade na consulta foi sempre mantida resguardando-se sempre as adolescentes na sala de tratamentos na altura de verificar os esvaziamentos vesicais, por exemplo.

Neste sentido considero que as situações de atendimento ao adolescente que assisti, por parte da enfermeira, foram bastante apropriadas, tendo sido mobilizados não só conhecimentos técnicos e científicos da patologia, mas também psicossociais das mudanças que decorrem nesta faixa etária, havendo uma atitude e postura adequada.

Assisti contudo a um atendimento de enfermagem para colheita de sangue a uma adolescente de 15 anos que gostaria de referir neste documento. A colheita foi efetuada na sala de tratamentos. À entrada a enfermeira disse de imediato aos pais para a acompanharem, não dando a escolher à jovem a possibilidade de realizar a colheita sozinha. A adolescente pediu para realizar a colheita sentada, no entanto a enfermeira “incentivou-a” a realizá-la deitada na maca, justificando o seu pedido com o receio de que ela se sentisse mal e que assim estaria mais confortável. Apesar de informar a jovem dos procedimentos que ia realizar, a linguagem utilizada foi algo infantilizada (“braçinho”, “pica”) e senti que a adolescente estava algo constrangida e pouco à vontade. Esta dinâmica de atendimento está relacionada, na minha perspetiva, com o facto de a enfermeira em causa estar sobretudo direcionada para o atendimento à criança transportando para a adolescente uma linguagem pouco adequada, não estando, talvez, sensibilizada para as particularidades desta faixa etária.

Para além de observar as intervenções de enfermagem no CDC tive a oportunidade de observar outras atividades realizadas em equipa multidisciplinar: reunião da ELI e *Journal Club*. Na primeira, pude assistir a uma reunião da ELI em que foram discutidos entre os diferentes profissionais do CDC e da comunidade (professores, educadores, enfermeiros) os casos que mais os preocupam à data. Já tinha tido uma experiência prévia quanto ao funcionamento desta equipa no estágio decorrido na UCC e portanto já estava algo familiarizada com esta dinâmica e intervenção conjunta multidisciplinar que mais uma vez muito me agradou. A segunda experiência, o *Journal Club* consiste na apresentação semanal de um artigo, um texto, um livro ou qualquer outro material científico que o profissional que trabalha no CDC pretende apresentar e discutir com a restante equipa. Todos os profissionais participam nesta atividade e toda a equipa se

reúne para assistir, partilhar e refletir em conjunto. Trata-se, a meu ver, de uma atividade bastante interessante e benéfica para todos, que permite não só a formação mas a valorização de todos os elementos que trabalham no CDC, qualquer que seja a sua área de intervenção e isso beneficia, sem dúvida, o ambiente de trabalho e motiva os profissionais.

Pelo exposto acredito que a frequência deste campo de estágio, embora curta, tenha sido deveras importante para a minha formação. Pude verificar o empenho de todos os profissionais que, em conjunto, pretendem obter o máximo de qualidade no atendimento às suas crianças/jovens e famílias. Considero que a partilha das observações por mim efetuadas, não só neste campo de estágio como nos anteriores, no que concerne ao adolescente foi apreciada pela equipa de enfermagem que manifestou o seu interesse em mudar alguns aspetos e torná-los mais adequados aos adolescentes, nomeadamente em relação à sala de espera e sua adequabilidade a esta população.

Concluindo, a minha passagem pelo CDC foi particularmente surpreendente. Ia com enormes expectativas para a consulta de spina bífida, mas não ia com grandes expectativas para as restantes atividades, sobretudo porque não as conhecia bem, mas estas revelaram-se igualmente importantes, demonstrando um trabalho de enfermagem muito organizado e de qualidade. Assim, ter efetuado este estágio foi bastante benéfico e constituiu um importante contributo para a minha formação, pelo que se o planeamento dos campos de estágio fosse realizado neste momento, sem dúvida que teria reservado mais tempo para esta experiência.

#### Referências Bibliográficas:

Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. Lisboa. Acedido a 1/7/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## **6. Reflexão sobre o Estágio realizado no Internamento de Pediatria**

O presente documento pretende descrever e refletir acerca do estágio decorrido numa Unidade de Internamento de Pediatria no período de 20 de janeiro a 21 de fevereiro de 2014.

O Serviço de Pediatria tem como missão prestar cuidados de saúde pediátricos à população infanto-juvenil dos 0 aos 15 anos de idade da sua área de abrangência geográfica, assente numa filosofia de Cuidados Centrados na Família<sup>13</sup>. Apesar deste imperativo da idade até aos 15 anos, a unidade de internamento de pediatria recebe há muito jovens que ultrapassam esta idade limite, em particular os adolescentes com patologia crónica; e atualmente, tal como em outras instituições do país, para dar resposta ao Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho, que determinou o alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria até aos 17 anos e 364 dias, encontra-se a preparar a “chegada” deste “novo “utente pediátrico e sua família para meados de maio do presente ano.

Esta unidade é o serviço onde exerço funções há cerca de oito anos. Nela tenho assistido a várias mudanças. Foi para onde vim trabalhar após o término da licenciatura, é o local onde cresci enquanto profissional, em parceria com os colegas e equipa multidisciplinar. É o local onde ainda sinto estímulo para a melhoria do meu desempenho, para a reflexão e para o desenvolvimento e onde pretendo retribuir com as minhas aprendizagens em contexto de mestrado e especialização.

Assim, aquando do desenvolvimento do projeto de estágio, fez-me sentido que o período maior duração em estágio fosse neste contexto e com objetivos muito específicos que se cruzassem não só com os objetivos pessoais mas também com uma problemática importante para o contexto da prática e para o desenvolvimento da equipa e melhoria dos cuidados prestados. A definição dos objetivos específicos e o planeamento das atividades a realizar pretendeu refletir esta mesma necessidade.

No sentido de adequar as minhas atividades e poder alcançá-las atempadamente comecei a trabalhar neste campo de estágio ainda antes das datas previstas, com a realização de duas atividades: pedido de autorização ao conselho de administração e

---

<sup>13</sup> In: Missão e Caracterização do Serviço de Pediatria, 2005

comissão de ética para a realização de entrevistas a adolescentes internados e a realização e aplicação de questionários dirigidos à equipa de enfermagem.

Com esta última atividade pretendia, por um lado, compreender o significado que a equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria atribuía ao atendimento do adolescente, de que modo sentia, ou não, a necessidade de trabalhar esta área a nível profissional e organizacional e, por outro lado, começar a promover a reflexão em equipa e a partilha de ideias, opiniões e sugestões no sentido de melhorar a qualidade de cuidados e a satisfação das necessidades de atendimento dos adolescentes internados no serviço. Na minha perspetiva, pude contar com o envolvimento das minhas colegas no preenchimento do questionário e com as suas opiniões. Através da análise dos dados obtidos no questionário pude constatar que as enfermeiras do serviço têm presente alguns aspetos gerais apontados pela literatura como essenciais no atendimento específico ao adolescente. Não sentem grandes dificuldades em lidar com esta população, mas referem sentir necessidade de formação na área, particularmente em temas como: o impacto do internamento nos adolescentes; a comunicação com o jovem; quais as patologias mais frequentes nesta etapa do desenvolvimento; e atualização de conhecimentos na área da adolescência em termos biológicos e psicossociais.

As enfermeiras consideram ainda, na sua maioria, o serviço de internamento de pediatria inadequado para receber os adolescentes, destacando a estrutura física e as atividades de lazer dirigidas aos jovens como inapropriadas, surgindo daqui a necessidade de implementar mudanças a nível estrutural e organizacional.

Tendo por base os resultados deste questionário ficou planeado em plano de formação em serviço, para o mês de Abril de 2014, a pedido da enfermeira-chefe e da enfermeira responsável pela formação, uma formação que incorpore esta temática da adolescência, com referência aos temas pedidos pela equipa de enfermagem mas também com a análise das atividades por mim realizadas em estágio, nomeadamente a análise das entrevistas efetuadas aos adolescentes, a adequabilidade do serviço a estes e suas famílias e as estratégias promotoras da satisfação das necessidades de atendimento a esta população.

Quanto à reflexão conjunta e às ideias que pretendia que me transmitissem ficou um pouco além das minhas expectativas, sendo que as colegas foram pouco interventivas neste aspeto. Talvez relacionado com as mudanças organizacionais e políticas que

estão a acontecer neste momento em que as pessoas não estão tão disponíveis, quer pelo cansaço físico, quer pelas exigências constantes em termos de auditorias, registos e afins; mas sobretudo, na minha opinião, por uma passividade incutida culturalmente nas organizações em que se fica “à espera” de formação externa. Foi isto mesmo que constatei em conversas posteriores com a equipa em que afirmações como: “mas vais dar formação, certo?”, “Já referi as dificuldades no questionário...ideias para mudar? Agora com os cortes é complicado mudar”.

Gostaria de realçar contudo que, desde o início da construção deste projeto, noto pequenas mudanças na equipa. A linguagem e a atenção estão a mudar, isto é, nas passagens de turno, por exemplo, é muito mais utilizado o termo adolescente em vez de criança e na construção de normas e instruções de serviço e formações em serviço a população- alvo deixou de ser só a “criança” e engloba já a “criança e adolescente/família”, o que me deixa muito satisfeita.

Um dos aspetos referidos pela equipa de enfermagem nos questionários como inapropriado prendeu-se com a estrutura física.

Na minha opinião, o serviço de pediatria é um espaço agradável, luminoso e cuidado. O internamento tem uma lotação de 16 camas (berços ou camas de adulto), sendo 4 destas em quarto individual, e as restantes dispostas em enfermarias de 3 camas. A gestão das unidades e a distribuição dos utentes é realizada pela equipa de enfermagem utilizando como critérios a idade, género, patologia e risco infeccioso. Esta gestão é cada vez mais complicada dado que nos últimos dois anos aproximadamente, o serviço deixou de receber apenas utentes do foro médico e neurocirúrgico para passar também a receber toda a cirurgia (pediátrica e das especialidades- oftalmologia, otorrinolaringologia e ortopedia) em regime de internamento e ambulatório.

Quer os quartos, quer as enfermarias apresentam unidades compostas pela cama, mesa-de-cabeceira, fraldário e banheira. Todas as unidades têm ainda acesso a um cacifo para guardar os pertences e apresentam uma televisão com os quatro canais da televisão portuguesa (1 por cada enfermaria). As enfermarias têm ainda uma cortina que separa as camas, conferindo alguma privacidade, mas estão “ligadas” entre si por vidros, o que permite a visualização de umas enfermarias para as outras. Os quartos têm vidros nas portas. Para os acompanhantes pernoitarem há um cadeirão por unidade. Há apenas um WC destinado aos utentes, este é pequeno e não adequado a

utentes com necessidades especiais. Está escrito na porta “WC das crianças”, o que na minha opinião, revela igualmente uma preocupação física mais destinada à população infantil, patente nesta unidade. Nas paredes estão desenhadas ilustrações infantis. Fora do serviço existe uma pequena sala identificada como “sala de brincar” onde estão das 9h às 17h, em dias úteis, duas educadoras. Fora deste horário os utentes não têm acesso à sala. Esta sala tem uma pequena mesa com cadeiras igualmente pequenas para os meninos se sentarem. A maioria dos brinquedos, jogos e livros é destinada à população infantil, havendo contudo alguns jogos de tabuleiro para os “mais velhos” bem como livros. Tem um computador com acesso à internet mas com a maioria dos sites de redes sociais bloqueados. Tem também uma *playstation* que vai até às enfermarias e um computador portátil igualmente com as redes sociais bloqueadas. Das entrevistas realizadas aos adolescentes até à data a sala de brincar é a divisão menos adequada às suas necessidades pelos motivos referidos.

Por tudo isto, considero que, no geral, a estrutura física não está adequada aos adolescentes nem às suas particularidades de desenvolvimento.

Durante o estágio tive a oportunidade de desenvolver competências de trabalho em parceria com o adolescente e família, tal como em estágios anteriores, e observar e colaborar com a equipa de enfermagem nos cuidados aos adolescentes. No geral considero que a equipa de enfermagem está atenta ao adolescente e sua família procurando adequar a linguagem desde o acolhimento, dando a informação possível e requerida e dando a conhecer o espaço físico, de modo a que o adolescente e família se familiarizem com o mesmo, facilitando assim o processo de transição situacional. Sempre que possível o adolescente é colocado num quarto individual ou numa enfermaria com outros jovens da sua idade, de modo a promover a privacidade e/ou facilitar as relações sociais. De forma a minimizar o impacto do internamento e a diminuir a sensação de “prisão” que muitos adolescentes referem durante este, são incentivados pequenos passeios, sempre que a situação clínica o permite, com os acompanhantes até outras áreas do hospital.

Observei que, na maioria, as relações sociais externas são interrompidas durante o internamento. O horário de visitas é alargado e, na minha opinião, a equipa incentiva à visita dos pares. Contudo tal não se verifica com muita frequência, talvez relacionado com o facto de a maioria dos internamentos ser de curta duração, tal como justificado

nas entrevistas realizadas até à data. No entanto, na minha opinião particular, do que pude ouvir e observar anteriormente, também justificada pela vulnerabilidade em que o adolescente se encontra, com mudanças a nível físico e psicológico que o afetam indubitavelmente e que ele não permite que os amigos vejam. E é aqui que penso que nós, enfermeiros, podemos e devemos também intervir procurando promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação, através da comunicação expressiva de emoções, da tomada de decisão responsável e no reforço positivo da imagem corporal (OE, 2010b).

Com poucas exceções penso que, no geral, as enfermeiras abordam o adolescente de forma cordial e procuram envolvê-lo a ele e à família nos cuidados, demonstrando interesse verbal e não-verbal. A transição saúde-doença é também observada como uma situação complicada durante a hospitalização, nomeadamente as manifestações da patologia (particularmente a dor e alterações físicas visíveis) e as atitudes terapêuticas que restringem o adolescente. Relativamente às técnicas de enfermagem o adolescente é informado do que irá ser realizado e porquê. Na maioria das observações efetuadas é facultada a opção de se fazer determinado procedimento de uma forma ou outra, de acordo com as preferências dos adolescentes, embora se verifique igualmente que estes, com exceção dos utentes com doença crónica, não são muito interventivos neste aspeto. Por norma não se pergunta ao adolescente se quer fazer determinado procedimento numa sala à parte ou sem a companhia dos pais. A privacidade para com os outros utentes e familiares, sobretudo nas enfermarias, é assegurada.

Assim, na minha opinião, a equipa de enfermagem, apesar da parca formação e experiência na área da adolescência, procura adequar a sua intervenção ao estadio de desenvolvimento e particularidades dos jovens de quem cuida. É no entanto necessário sensibilizar a equipa para aspetos como o reconhecimento da autonomia do adolescente que penso não se encontrar muito presente no que pude observar, envolvendo-se muito os pais ainda em processos como a colheita de dados ou os procedimentos e técnicas a realizar, quando o jovem tem autonomia para tal.

Em relação à realização das entrevistas aos adolescentes estas tem por objetivo: identificar as necessidades de atendimento do adolescente internado no serviço de Pediatria; conhecer o modo como o adolescente percebe o atendimento em saúde; recolher sugestões no que concerne a eventuais mudanças a implementar no

atendimento ao adolescente; e analisar o grau de satisfação geral do adolescente em relação ao atendimento no serviço de internamento. Esta atividade está ainda a decorrer mesmo após o término da realização do estágio dado que a frequência de adolescentes internados no serviço, que preenchem os critérios pré-estabelecidos é escassa e portanto a amostra que tenho é ainda muito reduzida o que limita, de alguma forma, a análise dos dados que vão sendo recolhidos. No entanto tem sido até à data um exercício importante que tem ido de encontro, no geral, aos objetivos traçados.

Durante a realização do estágio pude igualmente observar e efetuar atividades que não estavam inicialmente programadas em documento orientador mas que me proporcionaram conhecimento em áreas igualmente importantes e da responsabilidade do EE relacionadas com a gestão de cuidados. Tal como indica a OE (2010b) independentemente da sua área de especialidade, o EE deve demonstrar competências na área da gestão e supervisão de cuidados no âmbito da formação, investigação e assessoria. Foi nesse sentido que participei em atividades como: a gestão e organização do armazém avançado, onde fui corresponsável por controlar os níveis de material gasto e efetuar os respetivos pedidos diários ao armazém hospitalar; o pedido de arranjo de materiais e equipamentos ao serviço de instalações e equipamentos hospitalar; a gestão e organização dos recursos humanos, nomeadamente no que concerne à organização e planeamento das ponderações dos planos de férias das equipas de enfermagem e assistentes operacionais; e, no âmbito da formação e melhoria de cuidados participei brevemente nos critérios para implementação do método de enfermeiro responsável, deveras aconselhado em todas as áreas de intervenção em enfermagem pela OE, mas particularmente em pediatria. Tal como nos indica Mendes (2012) no método de trabalho de enfermeiro responsável o cuidado é mais personalizado, pela relação de menor número de enfermeiros que cuidam da criança/adolescente e família, o que promove a comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar e o desenvolvimento de relações de confiança, servindo assim algumas das vantagens do trabalho em parceria.

Por todas as atividades desenvolvidas considero que a frequência deste estágio foi benéfica para a construção do meu relatório de estágio e para o desenvolvimento dos objetivos a que me propus alcançar.

Sinto no entanto que devido às particularidades dos objetivos traçados e às circunstâncias pessoais e permitidas pelo serviço em si neste período de tempo, não consegui realizar em tempo útil tudo o que me tinha proposto fazer e, portanto, ficou um pouco aquém do que já contava ter alcançado neste momento. Espero que a continuação do trabalho proposto continue a dar os frutos desejados e me permita desenvolver e enriquecer ainda mais o relatório de estágio e assim desenvolver competências e contributos para a prática do exercício profissional, particularmente junto dos adolescentes

#### Referências Bibliográficas:

Mendes, M. G. (2012) - A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria. In *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*, Porto, Maio de 2012. Consultado a 27/01/2014. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20e%20a%20parceria%20com%20os%20pais%20em%20pediatria.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## **7. Reflexão sobre a Participação no Workshop “O Consentimento do Adolescente: As escolhas em Saúde”**

O presente texto pretende descrever e refletir acerca de uma atividade realizada no âmbito do relatório de estágio relacionada com a participação em um *workshop* subordinado ao tema: Consentimento do adolescente: escolhas em saúde que ocorreu em dezembro de 2013.

Este *workshop* tinha por objetivo reunir os profissionais de saúde, particularmente os que trabalham em pediatria, em torno da temática da adolescência e sensibilizar para o direito do adolescente ao consentimento informado nos procedimentos que lhe são efetuados em saúde.

Houve a apresentação de três oradores. Uma primeira (neuropediatra) pronunciou-se acerca do desenvolvimento cognitivo e cerebral e da sua influência na capacidade de tomar decisões na adolescência. Foi uma apresentação muito interessante em que se concluiu que cognitivamente o lobo frontal não está formado antes dos 21 anos, em média, e portanto a capacidade de tomar decisões, contemplando de forma clara os riscos, é reduzida. No entanto a preletora afirmou que, opinião com a qual concordo, esta capacidade, tal como as outras tarefas de desenvolvimento, tem de ser treinada e estimulada, pelo que faz todo o sentido ouvir os adolescente e pedir o seu consentimento e opinião. Aliás tal como afirmam Sprinthall e Collins (2008) citando Piaget os adolescentes são muito mais competentes do que as crianças para considerar os aspetos mais complexos envolvidos nas decisões, no entanto, como o pensamento formal é adquirido de forma gradual há que ter em atenção que o processo de tomada de decisão também se modifica nesta fase ao longo da adolescência. A segunda apresentação esteve relacionada com a vertente ética e deontológica da questão, havendo referência aos valores e princípios éticos do atendimento, que regem as profissões de saúde, em particular de enfermagem, e a terceira com a questão jurídica do consentimento sendo evidente o *gap* legislativo neste âmbito, com exceção das leis que regem a interrupção voluntária da gravidez, a frequência de consultas de planeamento familiar e as consultas nos centros de atendimento à toxicod dependência.

A presença e participação neste *workshop* foram importantes para a minha prática não só pelas apresentações mas sobretudo pela partilha e discussão de casos entre os

profissionais. Houve situações que ainda não vivenciei e para as quais não estava sensibilizada, e agora que vou começar a atender adolescentes no internamento onde trabalho, faz-me todo o sentido refletir acerca delas. De entre as várias partilhas, houve uma situação particular comentada, sobre a qual ainda não tinha pensado, e que uma equipa de um serviço de atendimento estava a vivenciar: um jovem de 16 anos pretendia que o deixassem ir à rua fumar. Esta situação estava a causar um dilema e uma divisão na equipa de saúde que tinha opiniões contrárias. Os outros profissionais partilharam as suas experiências e atitudes em situações semelhantes. Numa unidade de internamento de adolescentes, por exemplo, esta situação era negociada com o adolescente, sendo autorizado a ir uma vez, nos turnos da manhã e da tarde fumar, acompanhado por um elemento da equipa de saúde. A justificação dada, que me parece coerente, está relacionada com o facto de ser um hábito prévio, que muito provavelmente não iria ser alterado durante o internamento, e que podia prejudicar a relação que era estabelecida entre o adolescente e a equipa de saúde, para além de provocar ansiedade e revolta no adolescente.

Gostei de participar neste pequeno *workshop* e penso que foi benéfico para a minha aprendizagem. Foi uma atividade não planeada no projeto de estágio mas que quando tive conhecimento dela achei que fazia todo o sentido integrá-la neste, uma vez que pretendo desenvolver competências inerentes ao EEESCJ e promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento ao adolescente. Assim, tal como regulamenta a OE (2011) é determinante a existência de uma formação contínua com vista à prestação de cuidados de qualidade, e o conhecimento e sensibilização dos profissionais nesta área é essencial para prestar cuidados de qualidade e que respeitam e promovam os direitos dos adolescentes.

#### Referências Bibliográficas:

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa.
- Sprinthall, N.A. & Collins, W.A. (2008). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

**Apêndice IV – Avaliação do Desenvolvimento Infantil**  
*(Adaptado Avaliação Desenvolvimento Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*  
*2013)*

## AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

### FOLHA DE REGISTO 0-12M

NCC 2EIXYT

NOTA: Nos primeiros 2 anos de vida há que atender à idade gestacional da criança

Nome: _____	Sexo: M    F	Data de Nascimento: ___/___/_____
_____		
_____		

Idade	4-6 s	3m	6m	9m	12m
Data e Local da avaliação					
Comentários Gerais Desenvolvimento					
Data Próxima Avaliação					

*Adaptado Avaliação Desenvolvimento PNSIJ 2013*

**PMG-** Postura e Motricidade Global    **VMF-** Visão e Motricidade Fina

## FOLHA DE REGISTO 18M-6A

NOTA: Nos primeiros 2 anos de vida há que atender à idade gestacional da criança

Nome: _____	Sexo: M    F	Data de Nascimento: ____/____/____
Morada: _____		
.. . . . . - . . . . .		

Idade	18m	2a	3a	4a	5-6a
Data e Local da avaliação					
Comentários Gerais Desenvolvimento					
Data Próxima Avaliação					

*Adaptado Avaliação Desenvolvimento PNSII 2013*

**PMG**- Postura e Motricidade Global    **VMF**- Visão e Motricidade Fina

**Apêndice V – Avaliação do Risco de Queda em contexto de Urgência Pediátrica**

# Avaliação do Risco de Queda

Contributos para a Implementação de um Plano de Ação

2013



Documento elaborado por: Sara Jacinto Senhorães



## **ÍNDICE**

### INTRODUÇÃO

0. FACTORES DE RISCO, PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE QUEDAS
1. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA QUEDA
2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
3. INTERVENÇÃO APÓS A QUEDA
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## **INTRODUÇÃO**

As quedas fazem parte do desenvolvimento e crescimento normal de qualquer criança. No entanto algumas quedas vão para além de consequências menores e podem trazer graves custos físicos, psicológicos e sociais para estas e para as suas famílias, sendo inclusive uma das principais causas de recorrência aos serviços de urgência pediátrica (McWilliams, 2011; OMS, 2008).

Embora em ambiente hospitalar as crianças/adolescentes não sofram quedas tão frequentemente quanto os adultos, de um modo geral, devido a múltiplos fatores, a hospitalização aumenta o risco de queda dos utentes o que interfere diretamente com a sua segurança (Bordalo e Caldeira, 2013; Kissinger e Marin, 2010). Assim, torna-se necessário um diferencial técnico e social onde a segurança dos cuidados assume um dos aspetos mais importantes na qualidade em saúde (Tronchin, Melleiro & Mota, 2006).

Deste modo é essencial que as organizações e os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, estejam despertos para esta problemática e saibam actuar perante a mesma, criando um ambiente hospitalar seguro propício à recuperação das crianças/adolescente que recorrem aos seus serviços. Assim, torna-se indispensável saber identificar precocemente as crianças/adolescentes em risco de queda e implementar intervenções gerais ou específicas a fim de minimizar este risco, através do controlo das causas intrínsecas e extrínsecas.

## 1. FACTORES DE RISCO, PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE QUEDAS

As quedas de crianças/ adolescentes no hospital resultam de uma variedade de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, nomeadamente:

- **Género** – sexo masculino;
- **Ambiente envolvente** – relacionado com o equipamento envolvente (piso molhado, equipamentos, iluminação débil);
- **Idade** – as quedas ocorrem mais frequentemente em crianças com menos de três anos, toddlers (25%), seguido pelos adolescentes (23%) e crianças em idade escolar (19%). No que respeita aos recém-nascidos, as quedas acontecem mais durante o ato de os adultos não segurarem convenientemente os mesmos;
- **Presença parental** – não é dissuasora de quedas, pois a maioria ocorre quando os pais estão presentes. Tal facto pode-se explicar porque as crianças se sentem mais seguras com estes e são mais aventureiras.
- **Medicação** – anestesia e fármacos que atuem ao nível do Sistema Nervoso Central;
- **Características da criança/adolescente** – neste âmbito os riscos de queda mais comuns em internamento incluem alteração da mobilidade e do estado mental, história de quedas anteriores:
  - Mobilidade: astenia, desequilíbrio, défices motores;
  - Estado mental: confusão, desorientação, depressão, défices/anomalia cognitiva;
  - História de quedas: as quedas são recorrentes em 16-52% dos doentes com história de quedas;
- **Duração do internamento**: quanto mais prolongado for o internamento, maior o risco de queda.
- **Insuficiência e Inadequação de recursos humanos.**

(Bordalo e Caldeira, 2013; Kissinger & Marin, 2010)

## 2. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA QUEDA

Um programa de prevenção de quedas começa com a sensibilização/formação dos profissionais e a criação de um ambiente seguro para a criança/adolescente.

A avaliação das condições físicas e ambientais da unidade deve ser realizada pontualmente, pela Gestão de Risco. Estes devem ainda providenciar a manutenção periódica dos equipamentos (camas, berços e cadeiras, carrinhos de bebé, etc.). A **avaliação do risco de queda** é essencial para determinar o risco de determinada criança/adolescente, alertar e orientar os profissionais de saúde nas medidas a implementar para garantir a sua segurança, sendo portanto um critério de qualidade em saúde. Deve-se aplicar a escala de avaliação do risco de queda preconizada pela instituição hospitalar, preenchendo corretamente os seus critérios de avaliação.

**Sugestão:** Esta avaliação deve ser aplicada no momento da admissão da criança em SO e sempre que seja identificada alteração significativa do estado clínico da criança/jovem;

## 3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

No que respeita às intervenções no âmbito da queda, a equipa de saúde, em particular a equipa de enfermagem, deve planear e implementar medidas de carácter preventivo com base na avaliação do risco de queda anteriormente descrita, que têm por objetivo melhorar a segurança da criança/adolescente, e consciencializar todos os profissionais e familiares para essa problemática. Tendo em conta vários autores (Abike *et al*, 2010; Danbury Hospital, 2007; Hill-Rodriguez *et al*, 2009;) a prevenção referida consiste na adoção de medidas como:

- Colocar na enfermaria/quarto aviso informativo sobre elevação de grades da cama, para lembrar pais e prestadores de cuidados desta intervenção;
- Colocar a cama na posição mais baixa e com grades elevadas a menos que esteja a ser sujeito a procedimentos ou observação;
- Avaliar o risco da criança/jovem se encaixar entre os intervalos das grades e as extremidades da cama;
- Promover espaço envolvente à unidade da criança/jovem livre de aparelhos não utilizados (diminuição de perigo);

- Verificar se os dispositivos de segurança são usados corretamente e fixados conforme necessário;
- Prender a criança com o cinto de segurança sempre que esta estiver sentada num carrinho ou cadeira infantil;
- Avaliar qual a luz adequada e permitir a luz de presença durante a noite;
- Manter o chão junto à da banheira seco, aquando do banho;
- Providenciar um ambiente de trabalho seguro, durante a realização de determinados procedimentos/intervenções fora da cama (ex: procedimentos invasivos ou muda da fralda na bancada de trabalho);
- Avaliar a condição física e emocional dos pais/ cuidadores para rastrear qualquer problema (ex.: dor, hipotensão, alteração do estado de consciência pelo efeito de medicação sedativa, antidepressiva ou analgésica), que os possa impedir de cuidar da criança/jovem;
- Elevação de grades das camas, obrigatória, sempre que houver um transporte para o exterior.

Caso seja necessário, de acordo com a avaliação realizada, para os mesmos autores pode ser necessário **medidas específicas** que vão para além das medidas preventivas gerais anteriormente referidas:

- Identificar a criança/jovem, com o alerta de risco de queda na sua unidade (mediante simbologia) e no processo;
- Vigiar o estado da criança/jovem de 1/1 hora;
- Avaliar a administração de medicamentos que predispõem a criança às quedas (medicação que altera o sistema nervoso central);
- Realizar contenção física e/ou administrar medicação prescrita para contenção química das crianças/adolescentes de acordo com a avaliação e prescrição médica;

Note-se que esta última intervenção está relacionada com a utilização de medidas de contenção (imobilizadores). Deve-se ter em conta que a utilização de contenção são incidentes para a segurança do doente e **antes da sua aplicação devem esgotar-se as outras medidas**. Se for impreterível esta medida deve-se sempre especificar onde e porque foi utilizada, a informação que foi dada à família sobre a adoção das mesmas, bem como avaliar efeitos adversos relacionadas com a respetiva contenção (lesões, sinais de compromisso neurocirculatório, etc.)

**Sugestão:** Consultar Orientação da DGS nº021/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente.

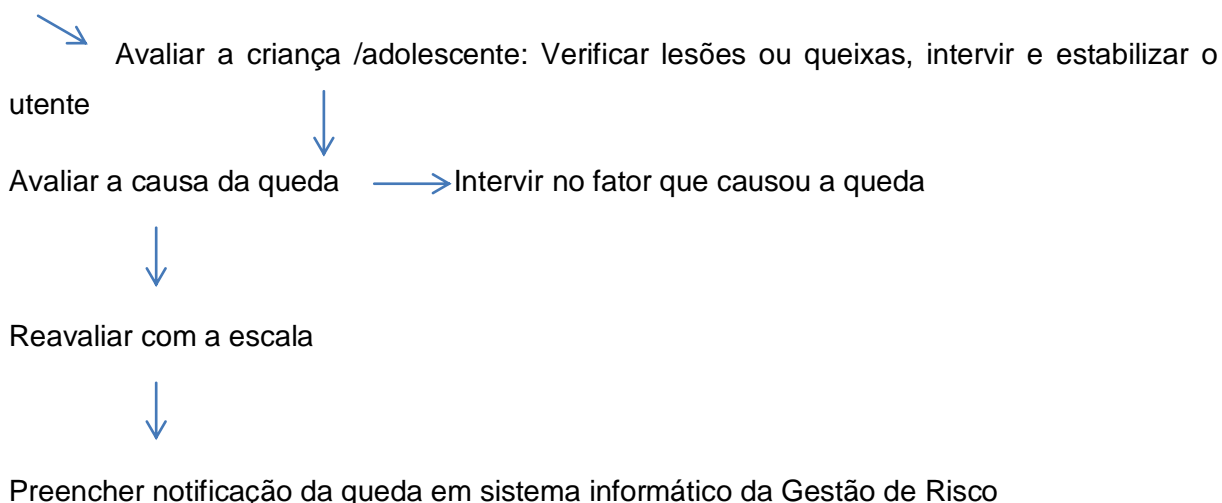
Os familiares são importantes parceiros nos cuidados à criança/adolescente pelo que o enfermeiro deve incluí-los nas medidas de prevenção da queda. Assim o enfermeiro deve informar o prestador de cuidados sobre preventivas da queda, que consistem em:

- Informar sobre as medidas gerais de prevenção de quedas;
- Informar o motivo da adoção das medidas específicas quando se verificar essa necessidade;
- Informar a necessidade de transmitir ao Enfermeiro qualquer alteração que se verifique na criança/jovem na presença dos pais ou necessidades especiais ou outras necessidades especiais.
- Informar a necessidade de avisar o Enfermeiro sempre que necessite de se ausentar junto da criança/ jovem.

#### 4. INTERVENÇÃO APÓS A QUEDA

**Sugestão de procedimentos após a queda, caso esta aconteça:**

**QUEDA:** Identificar a queda



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

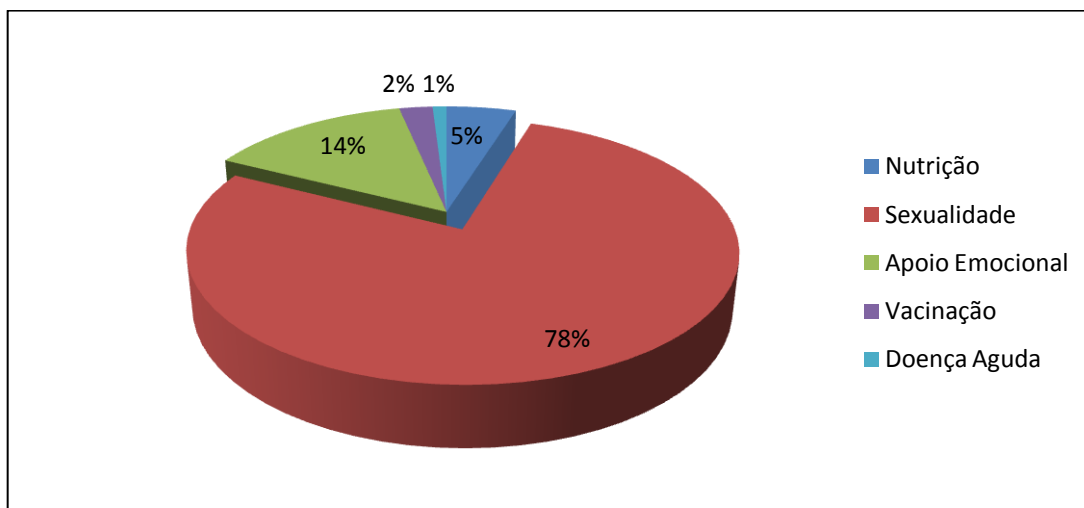
- Abike, F.; Tiras, S.; Dündar, I.; Bahtiyar, A.; Uzun, O. e Demircan, O. (2010). A new scale for evaluating the risks for in-hospital falls of newborn infants: A failure modes and effects analysis study. *International Journal of Pediatrics*; 1-9. DOI: 10.1155/2010/547528.
- Bordalo, I. e Caldeira, N. (2013). Implementação de um Programa de Gestão de Quedas em Contexto Pediátrico. Lisboa: Gabinete de Gestão do Risco do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Acedido a 20/09/2013. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/1275>.
- Danbury Hospital (2007). *Folha de informação às famílias sobre segurança e como evitar quedas de pacientes infantis*. Brasil: Danbury Hospital.
- Direção-Geral da Saúde (2011). Orientação da Direção Geral da Saúde: Prevenção de Comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Nº 021/2011. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- Hill-Rodriguez, D.; Messmer, P.; Williams, P.; Cle: A case-control study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*; 14(1): 22-32.
- Kissinger, E. e Marin, A. (2010). *Pediatric falls risk assessment in the hospitalized child*. Sacramento, Califórnia: California State University.
- McWilliams, J.R. (2011). An Evidence-Based Pediatric Fall Risk Assessment Tool for Home Health Practice. *Home Healthcare Nurse*. 29(2): 98-105.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Relatório Mundial sobre a Prevenção de Acidentes nas Crianças*. World Health Organization. Acedido a 10/09/2013. Disponível em: [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/Falls\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf).
- Tronchin, D; Melleiro, M. e Mota, N. (2006). Indicadores de qualidade em enfermagem: Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do “Programa de Qualidade Hospitalar”. *O Mundo da Saúde*; 30(2): 300-305. Disponível em: [http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/35/indicadores\\_qualidade.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/35/indicadores_qualidade.pdf)

**Apêndice VI-** Dados estatísticos relativos ao atendimento do adolescente em Saúde nos diferentes Contextos de Estágio

1. Dados e Principais Motivos de Procura do gabinete de Atendimento ao Adolescente nos Agrupamentos Escolares da Unidade de Cuidados na Comunidade (Ano Letivo 2012/2013)
2. Motivos de procura da Urgência Pediátrica (Ano de 2013 - dados de janeiro a novembro)
3. Internamento de adolescentes na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: caracterização por idades (Ano de 2013- dados de janeiro a novembro)
4. Principais Motivos de Internamento dos adolescentes na Unidade de Adolescentes (Ano de 2013)
5. Internamento de adolescentes no Internamento de Pediatria: caracterização por idade, sexo e motivos de internamento (Ano de 2013)

**1. Dados e Principais Motivos de Procura do gabinete de Atendimento ao Adolescente nos Agrupamentos Escolares da Unidade de Cuidados na Comunidade (Ano Letivo 2012/2013)**

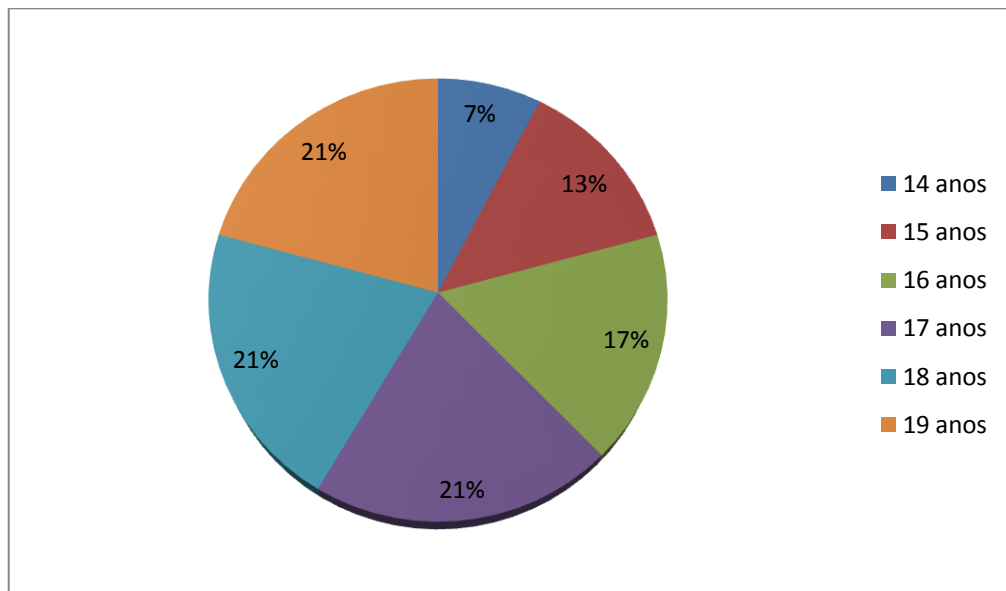
**Gráfico 1:** Principais motivos de procura do gabinete de Atendimento ao Adolescente



**Tabela 1:** Principais motivos de procura do gabinete de Atendimento ao Adolescente por sexo

	Nutrição	Sexualidade	Apoio Emocional	Vacinação	Doença Aguda
<b>Masculino</b>	6	60	17	1	4
<b>Feminino</b>	19	337	56	11	1
<b>Total</b>	25	397	73	12	5
<b>Total Atendimentos a Adolescentes: 512</b>					

**Gráfico 2:** Atendimento ao Adolescente nos Agrupamentos Escolares da Unidade de Cuidados na Comunidade por idade



**Análise Geral dos Dados:**

As adolescentes são quem mais acede e procura o Atendimento ao Adolescente, particularmente a partir dos 17 anos de idade. O principal motivo de procura está amplamente relacionado com a sexualidade (78%), seguido do denominado apoio emocional, que leva muitas vezes à referenciação a outros profissionais de saúde.

## **2. Motivos de procura da Urgência Pediátrica (Ano de 2013 - dados de janeiro a novembro)**

**Tabela 2:** Motivos de procura da Urgência Pediátrica por parte dos adolescentes (a)

<b>Motivo de procura da UP</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
<b>Doença</b>	10541	73%
<b>Acidente Escolar/Queda</b>	1284	9%
<b>Acidente Pessoal/Outro</b>	1256	9%
<b>Acidente Pessoal/Queda</b>	704	5%
<b>Acidente Escolar/Outro</b>	327	2%
<b>Acidente Pessoal/Intoxicação</b>	119	0,8%
<b>Acidente Desportivo</b>	63	0,4%
<b>Agressão</b>	57	0,4%
<b>Acidente Pessoal/Queimadura</b>	32	0,2%
<b>Acidente de Viação</b>	29	0,2%
<b>Acidente de Trabalho</b>	2	0,01%
<b>Violência Doméstica</b>	1	0.007%
	14415	100%

(a) Adolescentes entre os 10 e os 17 anos e 364 dias

### **Análise Geral dos Dados:**

Verifica-se que o principal motivo de procura da Urgência Pediátrica pelos adolescentes está relacionado com a situação de doença (n: 10 541), seguido de acidentes de diferentes tipos, onde predominam os acidentes na escola, motivados frequentemente por quedas. As intoxicações prendem-se sobretudo com consumos de álcool.

**3. Internamento de adolescentes na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: caracterização por idades (Ano de 2013- dados de janeiro a novembro)**

**Tabela 3:** Frequência de adolescentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos por idades

<b>Idades</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
10	0	0
11	2	11%
12	4	22%
13	2	11%
14	4	22%
15	3	17%
16	2	11%
17	1	6%
	18	100%

**4. Principais Motivos de Internamento dos adolescentes na Unidade de Adolescentes (Ano de 2013)**

**Tabela 4:** Principais motivos de internamento na Unidade de Adolescentes

<b>Patologia</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
<b><u>Médica</u></b> (pielonefrites, celulites, diabetes descompensadas, convulsões, dor abdominal)	198	62%
<b><u>Cirúrgica</u></b> (apendicites, cirurgia de ORL e Ortopedia)	106	33%

<b>Psiquiátrica</b>		
(anorexia, depressão, agressividade, psicose)	18	5%
	322	100%

##### **5. Internamento de adolescentes no Internamento de Pediatria: caracterização por idade, sexo e motivos de internamento (Ano de 2013)**

O Internamento de Pediatria inclui dois serviços com centros de custo diferentes e portanto com registos estatísticos diferentes: o Internamento de Pediatria Médica e o Internamento de Cirurgia Pediátrica.

No serviço de **Internamento de Pediatria Médica** houve, em 2013, um total de 447 internamentos, desses 138 (31%) foram referentes a adolescentes com idade superior a 10 anos e inclusive com idade superior a 18 anos, como podemos constatar na tabela abaixo:

**Tabela 5:** Distribuição dos adolescentes por grupo etário no Internamento de Pediatria Médica

<b>Idade (anos)</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
10 -12	57	43%
13- 14	31	23%
15- 18	43	33%
>18	7	1%
	138	100%

Em relação ao género este é relativamente semelhante em termos de proporção, correspondendo 51% a elementos do sexo masculino e 49% a elementos do sexo feminino.

Em relação às patologias encontradas estas estão distribuídas da seguinte forma:

**Tabela 6:** Distribuição dos adolescentes por patologias mais frequentes no Internamento de Pediatria Médica

Patologia	Freq.	%
Cirurgia Especialidades (ORL, OFT, ORT)	44	32%
Médica	33	24%
Acidente	22	16%
Neurocirurgia	20	14%
Hematologia	12	9%
Apendicite	4	3%
Psiquiátrica	3	2%
	138	100%

No que diz respeito ao serviço de **Internamento de Cirurgia Pediátrica** houve em 2013 um total de 207 internamentos, desses 101 (49%) foram referentes a adolescentes com idade superior a 10 anos e até aos 18 anos, como podemos constatar na tabela abaixo:

**Tabela 7:** Distribuição dos adolescentes por grupo etário no Internamento de Cirurgia Pediátrica

Idade (anos)	Freq.	%
10 -12	53	52%
13- 14	42	42%
15- 18	6	6%
	101	100%

Em relação ao género houve mais internamentos de elementos do sexo masculino (68%) e em menor número de elementos do sexo feminino (32%).

As patologias encontradas são sobretudo referentes ao diagnóstico de Apendicite (81%), como podemos constatar na tabela abaixo:

**Tabela 8:** Distribuição dos adolescentes relativamente às patologias mais frequentes no Internamento de Cirurgia Pediátrica

<b>Patologia</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
Apendicite	82	81%
Torção do Testículo	6	6%
Hipospádias	5	5%
Plástica	3	3%
Invaginação Intestinal	2	2%
Quisto Sacrococcígeo	2	2%
Colonostomia	1	1%
	101	

**Apêndice VII- Breve Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente nos diferentes Contextos de Estágio**

1. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente na Unidade de Cuidados na Comunidade
2. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente na Urgência Pediátrica
3. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
4. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente na Unidade de Adolescentes
5. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente no Centro de Desenvolvimento da Criança
6. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente no Internamento de Pediatria

## **1. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente na Unidade e de Cuidados na Comunidade**

Neste local de estágio e no que concerne ao espaço físico destinado ao adolescente tive a oportunidade de estar em duas escolas secundárias. Estes espaços eram diferentes entre si, dando parcialmente resposta e estando relativamente adequados ao que é preconizado ao nível das organizações, programas e literatura consultada previamente.

Numa das escolas secundárias, denominada daqui em diante escola A, o gabinete de atendimento encontra-se à entrada da escola, ou seja, num local de fácil acesso, visível a todos os alunos. Na porta tem o horário de atendimento mas também o número de telefone da UCC para contatos eventuais que os adolescentes queiram fazer fora deste espaço. Na outra escola, daqui em diante denominada escola B, o gabinete de atendimento encontra-se num dos últimos pavilhões da mesma. Está à entrada do pavilhão, mas num corredor pouco exposto, que dificulta a sua visibilidade. Na porta tem igualmente o horário de atendimento em saúde e o nome da Enf<sup>a</sup> que o realiza, contudo não consta nenhum número de telefone, caso seja necessário.

O gabinete da escola A é iluminado, amplo, acolhedor e limpo, tal como preconiza o Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010c), havendo um separador que possibilita, caso seja necessário, facultar maior privacidade. Apresenta material e literatura de apoio apropriado ao adolescente, nomeadamente, panfletos e pósteres que reportam para problemáticas como os distúrbios alimentares, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, o *bullying*, o *cyberbullying*, as fobias e a alimentação saudável. Na escola B o gabinete é amplo e luminoso havendo no entanto uma mesa grande que, na minha perspetiva afasta o Enf<sup>o</sup> do adolescente, caso estes se coloquem frente a frente. Não há qualquer separador que faculte mais privacidade se for necessário, havendo inclusive uma janela na parte superior da parede que permite ver para dentro do gabinete enquanto os alunos sobem as escadas para as aulas. Existe algum material de literatura, já pouco atual, sobretudo relacionado com a temática

da sexualidade e da alimentação saudável. Não existe sala de espera em nenhuma das escolas.

À partida, de acordo com a literatura consultada e, segundo a minha opinião, a escola A fornece condições físicas mais adequadas para atender os adolescentes, contudo ambas as escolas atendem em proporção o mesmo número de alunos. Do que foi possível observar, esta circunstância talvez esteja relacionada com o facto de a divulgação por parte dos docentes, assistentes operacionais e alunos ser, na minha opinião, mais efetiva na escola B, onde foi evidente o passa-a-palavra entre os vários intervenientes.

## **2. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente na Urgência Pediátrica**

Quanto à estrutura física de atendimento ao adolescente da UP pude observar que o ambiente global é, na minha opinião, pouco direccionado a esta população, sendo a própria estrutura sentida, pelos próprios profissionais, como geradora de vários obstáculos ao bom funcionamento diário, relacionado com o facto de a unidade hospitalar ser bastante antiga e apresentar várias limitações.

A sala de espera é comum a todos os utentes e acompanhantes. Não apresenta nada direccionado especificamente para a população adolescente, nomeadamente livros, revistas ou jogos como tem, por exemplo, para a população infantil. As paredes estão igualmente repletas de informações promotoras da parentalidade e cuidados ao recém-nascido e criança não havendo informação ou divulgação de outras instituições de saúde dirigidas aos adolescentes, não aproveitando desta forma, a meu ver, uma oportunidade de educação para a saúde tal como preconiza o PNSIJ 2013.

Na sala de triagem tenta-se atender o adolescente na área de atendimento mais resguardada, no entanto como observei em dias mais complexos, com uma grande afluência à UP e conseqüentemente com um aumento dos tempos de espera, este

critério não é por vezes exequível e o adolescente é atendido a par com outros utentes.

A sala de tratamentos apenas permite um atendimento de cada vez pelo que a privacidade nesta área é respeitada, fechando-se sempre a porta quando é efetuado um tratamento ao adolescente. As salas adjacentes à sala de tratamentos são, no entanto, partilhadas com os restantes utentes, podendo estar nestas crianças e jovens de diferentes faixas etárias em simultâneo.

Na SO por ser um *open space*, não é permitida a privacidade desejada, no entanto tenta-se resguardar o adolescente com um biombo que é colocado junto à sua cama nas situações mais particulares e que exigem maior discrição.

### **3. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**

A UCIP é um *open space* com capacidade para quatro camas. Como seria de esperar os cuidados prestados implicam uma vigilância rigorosa da condição clínica dos utentes, pelo que a questão da privacidade é notoriamente secundária ao analisar as condições físicas do serviço. No entanto, esta é uma questão considerada pelos profissionais que procuram respeitar a privacidade das crianças e adolescentes, recorrendo a biombo e cortinas nos cuidados mais invasivos ou de maior exposição física.

A sala é clara e sem pinturas ou desenhos na parede. Senti que o ambiente é no geral intimidatório, com aparelhos e tecnologia sofisticada que monitorizam e alarmam quase que constantemente, o que, na minha opinião, inibe não só os adolescentes mas igualmente os pais, sendo um entrave à integração destes nos cuidados aos filhos, apesar de existir um claro incentivo por parte dos enfermeiros a que os pais possam realizar os cuidados possíveis e estes gradualmente vão-se integrando.

Não existem grandes recursos de entretenimento, havendo apenas uma TV. No entanto, quando é possível, de acordo com o que fui informada, os pais podem trazer livros ou jogos ou é realizada a articulação com a equipa das educadoras para providenciar material lúdico.

#### **4. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente na Unidade de Adolescentes**

O serviço e o espaço físico destinado ao adolescente é constituído por quatro enfermarias e um quarto de isolamento, com capacidade para onze camas (se for necessário, este último quarto pode ainda levar outra cama). As enfermarias são ocupadas pelos adolescentes de acordo com o seu género, no sentido de manter a privacidade.

Apresenta sanitários com três áreas distintas – uma para raparigas, outra para rapazes e ainda outra para jovens com necessidades especiais, totalmente adaptada.

Quanto à sala de atividades trata-se de um espaço amplo e agradável, que procura ir de encontro aos critérios estabelecidos no atendimento ao adolescente. Esta sala possui variadíssimo material lúdico e didático direcionado à população adolescente, como: um computador ligado à internet, TV, playstation®, livros, revistas e jogos.

A sala de trabalho de enfermagem que é simultaneamente uma sala de tratamentos, com uma área resguardada e protegida com um biombo para procedimentos de maior exposição, de forma a assegurar a privacidade do utente.

No corredor existem ainda dois pequenos sofás onde os jovens recebem por vezes as suas visitas, junto a revistas e pósteres direcionados a questões de saúde (escala de dor, comunicação com adolescente, recursos da comunidade para jovens, entre outros), aproveitando assim o internamento para a promoção de saúde junto desta população.

## **5. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente no Centro de Desenvolvimento da Criança**

No CDC o ambiente é acolhedor e, a meu ver, bastante funcional. No entanto apresenta várias lacunas quando o observamos do ponto de vista do que é emanado pelas políticas de saúde relativamente ao atendimento ao adolescente.

O CDC está sobretudo direcionado para uma população infantil, apesar de acompanhar igualmente adolescentes com patologia crónica, e isto é visível ao analisarmos o espaço físico destinado aos jovens. A sala de espera é partilhada. A decoração é bastante infantil, com bonecos na parede e com jogos e brinquedos sobretudo dirigidos aos mais pequenos, não existindo material particularmente dirigido aos jovens ou informação promotora da saúde exposta.

No entanto, aspetos como a garantia da privacidade podem ser facilmente acautelados dentro da instituição, uma vez que os gabinetes de consulta permitem manter a mesma, bem como a sala de tratamentos.

## **6. Caracterização do Espaço Físico destinado ao adolescente no Internamento de Pediatria**

Na minha opinião, o serviço de pediatria é um espaço agradável, luminoso e cuidado.

O internamento tem uma lotação de 16 camas (berços ou camas de adulto), sendo 4 destas em quarto individual, e as restantes dispostas em enfermarias de 3 camas.

Quer os quartos, quer as enfermarias apresentam unidades compostas pela cama, mesa-de-cabeceira, fraldário e banheira. Todas as unidades têm ainda acesso a um cacifo para guardar os pertences e apresentam uma televisão com os quatro canais da televisão portuguesa (1 por cada enfermaria). As enfermarias têm ainda uma cortina que separa as camas, conferindo alguma privacidade, mas estão “ligadas” entre si por vidros, o que permite a visualização de umas enfermarias para as

outras. Os quartos têm vidros nas portas. Para os acompanhantes pernoitarem há um cadeirão por unidade.

Há apenas um WC destinado aos utentes, este é pequeno e não adequado a utentes com necessidades especiais. Está escrito na porta “WC das crianças”, o que na minha opinião, revela igualmente uma preocupação física mais destinada à população infantil, patente nesta unidade.

Nas paredes estão desenhadas ilustrações infantis.

Fora do serviço existe uma pequena sala identificada como “sala de brincar” onde estão das 9h às 17h, em dias úteis, duas educadoras. Fora deste horário os utentes não têm acesso à sala. Esta sala tem uma pequena mesa com cadeiras igualmente pequenas para os meninos se sentarem. A maioria dos brinquedos, jogos e livros é destinada à população infantil, havendo contudo alguns jogos de tabuleiro para os “mais velhos” bem como livros. Tem um computador com acesso à internet mas com a maioria dos *sites* de redes sociais bloqueados. Tem também uma *playstation* que vai até às enfermarias e um computador portátil igualmente com as redes sociais bloqueadas.

Por tudo isto, considero que, no geral, a estrutura física não está adequada aos adolescentes nem às suas particularidades de desenvolvimento.

**Apêndice VIII-** Requerimentos para pedido de autorização de realização de entrevistas aos adolescentes no Internamento de Pediatria e respectiva autorização

**Assunto:** Pedido de Autorização

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

Eu, Sara Isabel Paulo Jacinto Senhorães, enfermeira na Unidade de Internamento de Pediatria deste hospital, encontro-me a frequentar o 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento estou a desenvolver um projeto de estágio, com posterior relatório, orientado pela Srª Professora Maria da Graça Vinagre, intitulado **“O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos enfermeiros na satisfação das necessidades de atendimento”** que tem como objetivos gerais:

- Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista e ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem;
- Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento em saúde do adolescente.

No âmbito do estágio a realizar no serviço onde exerço funções, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para realizar entrevistas semiestruturadas aos adolescentes internados, visando conhecer os seus sentimentos e algumas experiências vividas durante a hospitalização e identificar as principais necessidades sentidas, nomeadamente no que concerne ao atendimento por parte dos profissionais de enfermagem neste serviço.

Trata-se de um trabalho descritivo, de natureza qualitativa, perspetivando-se que os participantes sejam adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, de ambos os sexos, sem défice de desenvolvimento cognitivo ou outra

situação de saúde considerada crítica, e com um período de internamento superior a 48h. O período de tempo de recolha decorrerá durante os meses de janeiro e fevereiro de 2014.

As entrevistas serão conduzidas presencialmente e o estudo será efetuado respeitando a confidencialidade e o sigilo de toda a informação obtida nas mesmas, sendo o entrevistado informado sobre o trabalho em causa e questionado sobre a sua disponibilidade e interesse em participar. Antes de realizar a entrevista será solicitado ao adolescente e a um dos pais ou representante legal uma declaração em como a autoriza através de consentimento informado.

Gostaria de realçar que me comprometo a transmitir os resultados do estudo ao Centro Garcia de Orta, após a realização do relatório final de estágio.

Junto anexa-se uma breve fundamentação do projeto, a autorização do Diretor de Serviço e da Enfermeira Chefe, o consentimento informado para os participantes e o meu *curriculum vitae*, conforme solicitado.

Agradecendo desde já a sua consideração.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Jacinto Senhorães

**Assunto:** Pedido de Parecer

Exmos. Srs. da Comissão de Ética

Eu, Sara Isabel Paulo Jacinto Senhorães, enfermeira na Unidade de Internamento de Pediatria deste hospital, encontro-me a frequentar o 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento estou a desenvolver um projeto de estágio, com posterior relatório, orientado pela Srª Professora Maria da Graça Vinagre, intitulado “**O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos enfermeiros na satisfação das necessidades de atendimento**” que tem como objetivos gerais:

- Desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista e ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem;
- Promover estratégias de intervenção em enfermagem facilitadoras da satisfação das necessidades de atendimento em saúde do adolescente.

No âmbito do estágio a realizar no serviço onde exerço funções, venho por este meio solicitar a Vossas Excelências autorização para realizar entrevistas semiestruturadas aos adolescentes internados, visando conhecer os seus sentimentos e algumas experiências vividas durante a hospitalização e identificar as principais necessidades sentidas, nomeadamente no que concerne ao atendimento por parte dos profissionais de enfermagem neste serviço.

Trata-se de um trabalho descritivo, de natureza qualitativa, perspetivando-se que os participantes sejam adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 17

anos, de ambos os sexos, sem défice de desenvolvimento cognitivo ou outra situação de saúde considerada crítica, e com um período de internamento superior a 48h. O período de tempo de recolha decorrerá durante os meses de janeiro e fevereiro de 2014.

As entrevistas serão conduzidas presencialmente e o estudo será efetuado respeitando a confidencialidade e o sigilo de toda a informação obtida nas mesmas, sendo o entrevistado informado sobre o trabalho em causa e questionado sobre a sua disponibilidade e interesse em participar. Antes de realizar a entrevista será solicitado ao adolescente e a um dos pais ou representante legal uma declaração em como a autoriza através de consentimento informado.

Gostaria de realçar que me comprometo a transmitir os resultados do estudo ao Centro [REDACTED], após a realização do relatório final de estágio.

Junto anexa-se uma breve fundamentação do projeto, a autorização do Diretor de Serviço e da Enfermeira Chefe, o consentimento informado para os participantes e o meu *curriculum vitae*, conforme solicitado.

Agradecendo desde já a vossa consideração.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Jacinto Senhorães

## **“O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos Enfermeiros na Satisfação das Necessidades de Atendimento”**

**Assunto:** Fundamentação para o trabalho

Em Portugal o atendimento hospitalar a adolescentes é uma área que vem sendo progressivamente desenvolvida embora de uma forma lenta e gradual. A idade pediátrica foi inicialmente estabelecida em 1987, pela Direcção-Geral dos Hospitais, até aos 14 anos e 364 dias. Atualmente encontra-se em vigor o Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho, com vista à plena realização da Convenção dos Direitos da Criança e da Carta da Criança Hospitalizada, que veio determinar a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento, até aos 17 anos e 364 dias. Esta realidade, relativamente recente, conduz a que as instituições de saúde no geral e os profissionais de pediatria em particular, estejam perante um novo desafio e problemática à qual devem dar resposta, necessitando de reestruturar a sua atuação, criando um atendimento e programas que englobem a saúde integral dos adolescentes (Ordem Enfermeiros, 2010).

A adolescência é um período de transição marcado por mudanças diversas. O hospital é um cenário complexo, onde se conjugam pessoas, tecnologias e emoções. Para o adolescente o internamento pode significar um ambiente hostil, de risco e morbidade, que pode conduzir a modificações e necessidades complexas e a alterações na qualidade de vida (Maas e Zagonel, 2005; Tavares e Fonseca, 2009). As políticas e os profissionais de saúde procuram atualmente conjugar esforços que minimizem esta problemática, considerando-se que todas as situações de saúde/ doença, inclusive o internamento, são oportunidades para a promoção do desenvolvimento do adolescente bem como para a promoção de atitudes e comportamentos individuais de saúde. Cabe aos profissionais abordar o adolescente de forma adequada, de acordo com as suas necessidades e singularidades, de modo a tornar a relação eficaz, com vista à obtenção de ganhos em saúde (Abreu e Azevedo, 2012; Aquino, 2009; Cruz, 2007; Organização Mundial de Saúde, 2002).

Torna-se assim pertinente aprofundar conhecimentos sobre o adolescente em contexto de internamento, suas particularidades e necessidades de atendimento, identificando os diversos níveis de intervenção da enfermagem, de forma a atuar adequadamente perante estes clientes, com vista à satisfação das suas necessidades e respetiva obtenção de ganhos em saúde, como referido.

Através da elaboração do projeto e da sua operacionalização no decurso dos estágios pretendo contribuir para o reconhecimento dos processos de transição e das necessidades de atendimento em saúde dos adolescentes, em contexto de internamento, de forma a promover estratégias que possam facilitar e adequar o atendimento por parte da equipa de saúde, particularmente de enfermagem. Neste sentido, a realização de entrevistas aos adolescentes podem dar contributos relevantes na obtenção de dados que permitam um melhor conhecimento das necessidades, opiniões e sugestões dos jovens que recorrem ao X que favoreçam o aumento da qualidade dos cuidados e da satisfação do cliente (adolescente/família).

### **Referências Bibliográficas:**

- Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: Como facilitar a transição? *Adolescência e Saúde*. 9 (3). 21-28. Acedido 27/10/2012. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com).
- Aquino, J. (2009). Unidade de Internação Hospitalar Específicas para adolescentes: vale a pena? *Adolescência & Saúde*. 6 (2). 47-50.
- Cruz, T (2007). Adolescente, família e o profissional de saúde. *Adolescência & Saúde*. 4 (3). 45-50.
- Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Definição da idade pediátrica em Portugal. Diário da República II Série, N.º 112 (11-01-2010) 32123.
- Instituto de Apoio à Criança (1998). Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa: IAC.

- Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de Saúde- Doença do Ser Adolescente Hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*. 10 (2). 68-75. Acedido a 14/03/2013. Disponível em: [http://o/s.c3sl.ufpr.br/o/s-2.2.4/index\\_php/cogitare/article/viewfile/501413790](http://o/s.c3sl.ufpr.br/o/s-2.2.4/index_php/cogitare/article/viewfile/501413790).
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Acedido 21/11/2012. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_02\\_14/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html)
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Acedido 27/10/2012. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- Tavares, H. B & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 40 (4). 154-159. DOI: 0873 9781/09/40-4/154. Acedido 12-11-2012.

**Autorização para a realização das Entrevistas aos adolescentes no Internamento de Pediatria**



Data - 20-02-2014

Pres.º 200  
13-03-2014

CA  
Autorizado  
2014.07.13

Odília Nave  
Enfermeira Diretora

Ao Conselho de Administração

João António Mendes  
Vogal do Conselho de Administração

Dra. Paula Breis  
Diretora Clínica

Assunto: Pedido de autorização para a realização de uma Tese de Mestrado denominada: "O adolescente em internamento pediátrico: Contributos dos enfermeiros na satisfação das necessidades de atendimento".

Foi aprovado pela Comissão de Ética em 19 de Fevereiro de 2014.

Está em condições de ser autorizado.

P<sup>o</sup>Presidente do CGO

**Apêndice IX-** O Atendimento ao adolescente num Serviço de Internamento  
Pediátrico: Opiniões e Sugestões de uma Equipe de Enfermagem

(Apresentação dos Resultados de um Questionário realizado à equipa de  
Enfermagem)

**O ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE NUM  
SERVIÇO DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO:  
OPINIÕES E SUGESTÕES DE UMA EQUIPA DE ENFERMAGEM**

Questionário efetuado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem da ESEL  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Realizado por:

Sara Jacinto Senhorães  
Enfermeira – Internamento de Pediatria

Sob a orientação de:

Profª Maria da Graça Vinagre  
Enfª Ana Luísa Francisco

Janeiro de 2014

## **ÍNDICE**

Introdução

1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes
2. Apresentação dos Dados Recolhidos
3. Breve Análise dos Resultados
4. Considerações Finais

Referências Bibliográficas

## **APÊNDICES**

Apêndice 1. Questionário aplicado à equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos participantes

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Distribuição dos participantes por Idade

Gráfico 2. Distribuição dos participantes por Formação Académica

Gráfico 3. Distribuição dos participantes por Tempo de Exercício Profissional no Serviço

Gráfico 4. Distribuição dos participantes relativamente à opinião sobre adequabilidade do serviço à população adolescente

Gráfico 5. Distribuição dos participantes relativamente à necessidade de formação no âmbito do atendimento ao adolescente

## INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição marcado por mudanças diversas. O hospital é um cenário complexo, onde se conjugam pessoas, tecnologia e emoções. Para o adolescente o internamento pode significar um ambiente hostil, de risco e morbidade, que leva a modificações e necessidades complexas e a alterações na qualidade de vida (Maas e Zagonel, 2005; Tavares e Fonseca, 2009). As políticas e os profissionais de saúde procuram atualmente conjugar esforços que minimizem esta problemática, considerando que todas as situações de saúde/ doença, inclusive o internamento, são oportunidades para a promoção do desenvolvimento do adolescente bem como para a promoção de atitudes e comportamentos individuais de saúde. Cabe aos profissionais abordar o adolescente de forma adequada, de acordo com as suas necessidades e singularidades, de forma a tornar a relação eficaz (Abreu e Azevedo, 2012; Aquino, 2009; Cruz, 2007; Organização Mundial de Saúde, 2002k).

De forma a compreender o significado que a equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria atribui ao atendimento do adolescente e de que modo sente, ou não, necessidade de trabalhar esta área a nível profissional e organizacional, foi elaborado um questionário, com perguntas abertas e fechadas, que facilitasse este entendimento e fornecesse dados e opiniões no sentido de melhorar a qualidade de cuidados e a satisfação das necessidades de atendimento dos adolescentes internados neste serviço.

O questionário foi aplicado durante o período de 14 de Novembro a 6 de Dezembro de 2013.

O presente documento apresenta uma síntese e breve análise dos principais resultados obtidos.

## 1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

A equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria é constituída por 16 elementos.

Neste questionário participaram 13 elementos da equipa, que incluem a amostra à qual se referem os resultados apresentados.

A presente descrição, acompanhada das tabelas e gráficos seguintes, pretende caracterizar sucintamente a amostra de participantes em relação ao sexo, idade, formação académica, tempo de exercício profissional em geral e o tempo de exercício profissional neste serviço de internamento de pediatria.

Na Tabela 1 apresentam-se os dados gerais de caracterização sociodemográfica da amostra.

**Tabela 1.** Caracterização Sociodemográfica dos participantes

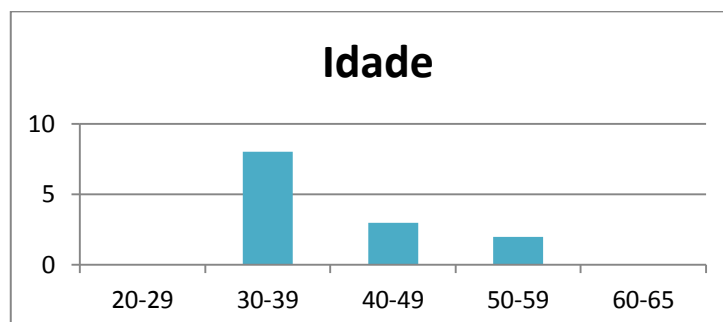
Enfermeiro	Sexo	Idade	Formação Académica	Tempo de Profissão	Tempo de Profissão no Internamento de Pediatria
E1	F	35	Licenciatura	14	2
E2	F	32	Licenciatura	12	5
E3	F	53	Licenciatura	30	22
E4	F	55	Pós- Licenciatura de Especialização	32	10
E5	F	40	Licenciatura	19	19
E6	F	41	Licenciatura	20	20
E7	F	38	Licenciatura	13	1
E8	F	39	Licenciatura	17	5
E9	F	32	Licenciatura	9	9

<b>E10</b>	F	30	Licenciatura	8	8
<b>E11</b>	F	39	Pós- Licenciatura de Especialização	16	6
<b>E12</b>	F	48	Bacharelato	22	14
<b>E13</b>	F	37	Pós- Graduação	16	9

A totalidade dos participantes são enfermeiras, com uma média de idades de 39,9 anos. Como se verifica na Tabela 1 e Gráfico 1, mais de metade (n=8; 61,5%) encontra-se na faixa etária dos 30 aos 39 anos, seguindo-se a faixa etária dos 40 aos 49 anos, com 23,1% e, por último, 15,4% possuem mais de 50 anos.

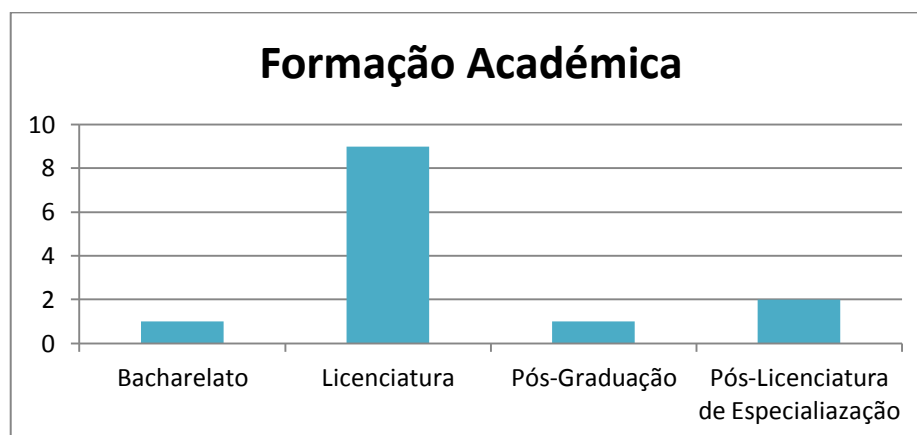
O intervalo de idades situa-se entre um mínimo de 30 e um máximo de 55 anos.

**Gráfico 1.** Distribuição dos participantes por Idade



Quanto à formação académica (Gráfico 2) apenas um elemento tem bacharelato. A maioria (n=9; 69,2%) possui licenciatura. Um dos elementos tem uma pós-graduação e dois (15,4%) possuem uma pós-licenciatura de especialização.

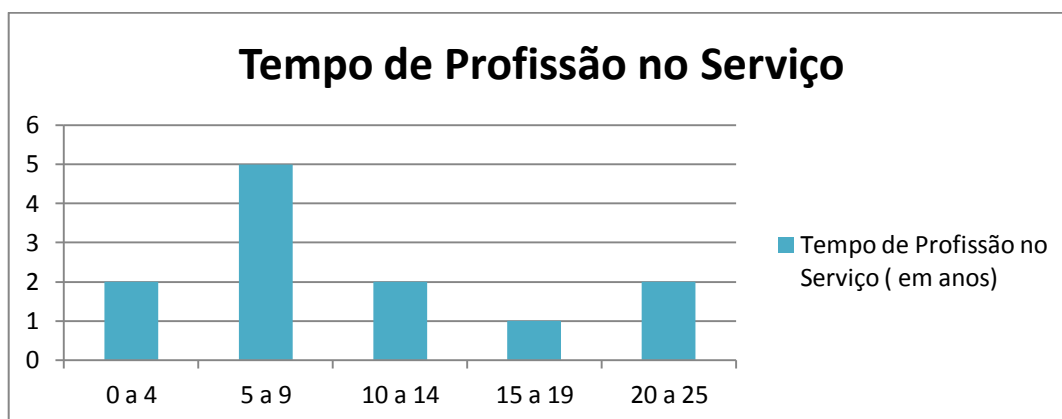
**Gráfico 2.** Distribuição dos participantes por Formação Acadêmica



Relativamente ao tempo de exercício da profissão, os elementos têm no mínimo 8 anos de profissão.

No Internamento de Pediatria especificamente (Gráfico 3) existem duas enfermeiras que trabalham há menos de quatro anos (15,4%) enquanto cinco (38,5%) trabalham entre 5 a 9 anos, duas entre 10 a 14 anos, e ainda duas que exercem funções neste serviço há mais de 20 anos.

**Gráfico 3.** Distribuição dos participantes por Tempo de Exercício Profissional no Serviço



## 2. APRESENTAÇÃO DOS DADOS RECOLHIDOS

Tal como referido este questionário pretende compreender o significado que a equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria atribui ao atendimento ao adolescente. Nesse sentido foram elaboradas questões fechadas e abertas que facilitassem este entendimento. Em seguida são apresentadas as questões efetuadas e uma breve descrição da análise temática realizada aos dados recolhidos.

**Na sua opinião os adolescentes devem estar internados em serviços diferentes dos das crianças? Sim ou Não. Justifique.**

A maioria das enfermeiras (69%) considera que os adolescentes devem estar nos serviços de pediatria e não em serviços distintos.

Apresentam como justificação o facto de a adolescência ser um período de transição com características de desenvolvimento próprias, sendo dado maior apoio na pediatria do que nos serviços para adultos (44%); o facto de ser possível a presença dos pais (33%); e o espaço físico da pediatria ser mais adequado (22%).

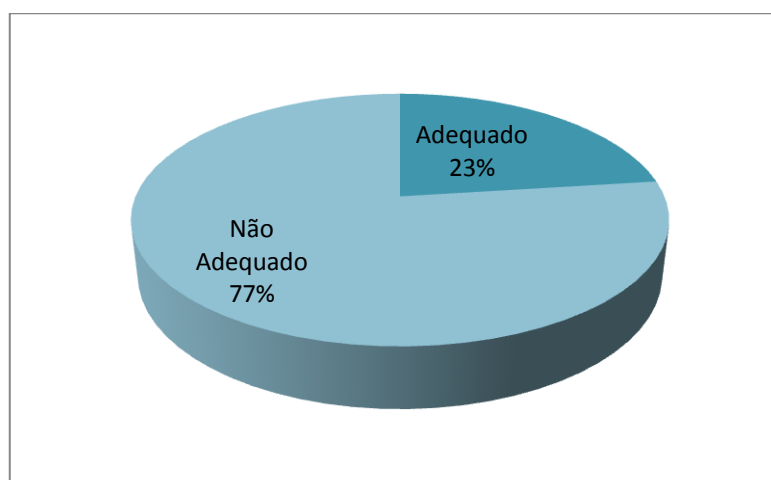
Um elemento faz referência ao facto de ser preferível os adolescentes ficarem num internamento de pediatria uma vez que não existe um serviço de internamento específico para adolescentes.

Os restantes quatro elementos (31%) que responderam afirmativamente, todos eles consideram que os serviços de pediatria são ambientes inadequados para o internamento dos adolescentes, afirmando ainda três destes que a diferença de idades e de interesses é muito grande.

**Considera que o serviço onde exerce funções está adequado para receber adolescentes até aos 17 anos e 364 dias? Sim ou Não. O que melhorar?**

Em relação a esta questão 77% da amostra considera que o serviço não apresenta condições adequadas para receber os adolescentes enquanto 23% considera que o serviço tem as condições necessárias, tal como se observa no Gráfico 4.

**Gráfico 4.** Distribuição dos participantes relativamente à opinião sobre adequabilidade do serviço à população adolescente



Quanto à necessidade de melhorar todas as profissionais sugerem alterações de melhoria e, por vezes a mesma profissional aponta mais do que uma sugestão.

A maioria considera que as condições físicas, nomeadamente os **quartos individuais e o WC deveriam ser melhoradas** (n:7; 54%). Em seguida as enfermeiras apontam a necessidade de **melhoria das atividades de lazer**, que consideram inadequadas (46%), e 15 % referem a **necessidade de formação dos profissionais**, em particular no âmbito da comunicação com os adolescentes. Um dos elementos refere também que se deve **melhorar o apoio e a comunicação entre a equipa multidisciplinar**, dando a entender que esta interligação não é eficaz.

**Sente mais dificuldade em atender os adolescentes que são internados no serviço do que as crianças? Sim ou Não. Aponte as principais dificuldades.**

Nesta questão apenas um elemento (7,7%) referiu ter mais dificuldade em atender os adolescentes, apontando como principal dificuldade a abordagem ao adolescente em particular no que concerne à comunicação.

**Quais os aspetos que considera essenciais no atendimento ao adolescente?**

Em relação a esta questão a equipa de enfermagem apontou vários aspetos que considera essenciais no atendimento ao adolescente, que se apresentam em seguida por ordem decrescente de importância, tendo em conta que, por vezes, a mesma enfermeira referiu diferentes aspetos em simultâneo.

Cerca de 25% considera que o respeito pela **privacidade** é essencial. De seguida, cerca de 20% das enfermeiras apontam o **estabelecimento de uma comunicação adequada** com os adolescentes como sendo primordial, bem como o **respeito pela individualidade** de cada jovem (15%); Aproximadamente 10% (n=3) da amostra apontam como necessário o **estímulo da presença dos pares**, no sentido de manter a socialização do jovem e evitar o isolamento; outros 10% referem que o **profissional de saúde deve demonstrar disponibilidade**; a mesma percentagem (10%) considera que as **atividades lúdicas e o espaço lúdico devem ser adequados**; uma das enfermeiras considera essencial aproveitar o internamento para **capacitar o adolescente** e uma outra refere ser primordial **melhorar o conhecimento sobre a etapa da adolescência**, quer em termos biológicos, quer psicossociais.

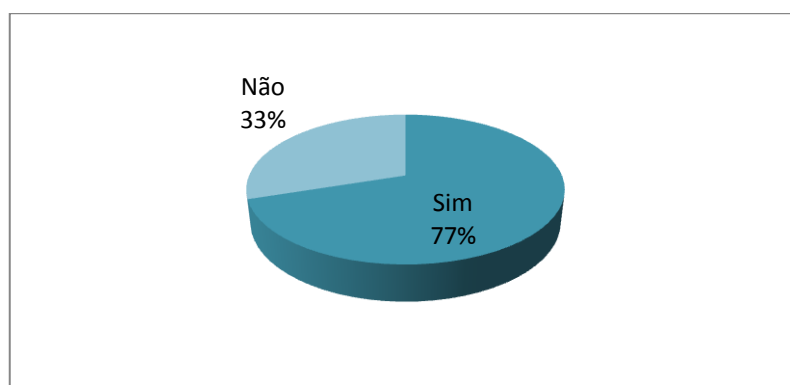
**Teve formação na área da adolescência, especificamente no âmbito do atendimento ao adolescente?**

Em relação a este aspeto oito enfermeiras (62%) afirmaram não ter formação na área da adolescência enquanto cinco (38%) responderam afirmativamente.

**Sente necessidade de formação nesta área? Quais as áreas de formação que pretende trabalhar?**

**A maioria dos elementos (77%) considera que necessita de formação na área da adolescência;** enquanto três elementos afirmam não necessitar.

**Gráfico 5.** Distribuição dos participantes relativamente à necessidade formação no âmbito do atendimento ao adolescente



Entre as enfermeiras que afirmaram necessitar de formação foram referidas as seguintes áreas de formação enquanto necessidade, por ordem decrescente de referências:

- **Impacto do internamento no adolescente (50%);**
- **Aspetos relativos à comunicação com o adolescente (30%);**
- **Patologias mais frequentes na adolescência (30%);**
- **Atualização de conhecimentos na área da adolescência** no âmbito dos aspetos biológicos e psicossociais (20%).

### **3. BREVE ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Como referido inicialmente a adolescência representa uma etapa de múltiplas mudanças e importantes transformações a nível biológico e psicossocial.

Os resultados encontrados neste questionário parecem indicar que a maioria das enfermeiras do serviço de pediatria tem consciência deste período de transição e das necessidades específicas que este implica. Contudo as crenças e significados atribuídos a esta fase parecem não ser uniformes, o que pode justificar a diferença de respostas dadas em relação à adequabilidade dos internamentos dos adolescentes nos serviços de pediatria ou de adultos. Destaca-se que a maioria dos elementos concorda com a integração dos adolescentes nos serviços de pediatria, em geral, por considerar que existe um maior apoio.

Realça-se que as respostas dadas parecem associadas na maioria das justificações a partir da comparação com o serviço de adultos, sem se colocar a possibilidade da existência de um serviço específico de internamento para adolescentes, a não ser por uma das enfermeiras, que coloca essa circunstância, ao referir que, face à inexistência de este tipo de serviços a sua preferência recai sobre os serviços de internamento pediátrico.

Apesar das respostas anteriores cabe destacar que as enfermeiras consideram, na sua maioria, o serviço de internamento de pediatria onde exercem funções inadequado para receber adolescentes, destacando a estrutura física a as atividades de lazer dirigidas aos jovens como inapropriadas, a falta de materiais educativos, lúdicos e técnicos apropriados, surgindo daqui a necessidade de implementar mudanças a nível estrutural e organizacional.

Quer a nível internacional, quer a nível nacional são reconhecidas diretrizes e políticas que fundamentam e defendem práticas de saúde diferenciadas particularmente dirigidas aos adolescentes. Os enfermeiros enquanto profissionais de saúde, dotados de competências específicas que atuam junto das populações, são fundamentais na definição e implementação de cuidados de saúde personalizados que satisfaçam as reais necessidades dos adolescentes, contribuindo assim para que o seu pleno desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

De acordo com Almeida, Rodrigues e Simões (2007) a capacitação das equipas de saúde que atendem os adolescentes internados é fundamental pois, só ao ter um conhecimento profundo das transformações subsequentes ao desenvolvimento desta faixa etária e das alterações decorrentes do próprio internamento e processo de doença é que os profissionais podem desenvolver um atendimento direcionado às reais necessidades dessa população.

Os resultados revelam que mais de metade da equipa não teve formação específica na área da adolescência, em particular no atendimento ao adolescente em pediatria. A maioria da amostra refere sentir necessidade de formação na área, destacando como temáticas: o impacto do internamento nos adolescentes, dando assim ênfase, aos efeitos adversos que este pode desencadear no adolescente e como os minimizar; a comunicação com o jovem, o que poderá demonstrar uma preocupação em procurar adequar a linguagem ao estadio de desenvolvimento dos adolescentes; quais as patologias mais frequentes nesta etapa; e por último solicitam uma atualização de conhecimentos na área da adolescência em termos biológicos e psicossociais, dando mais uma vez realce às mudanças e transformações que ocorrem nesta fase.

Contudo, a grande maioria das enfermeiras considera não sentir dificuldades em se relacionar com a população adolescente.

Aliás são apontados como critérios essenciais de atendimento ao adolescente alguns dos aspetos encontrados na literatura para atender adequadamente os adolescentes, realçando-se, por ordem decrescente de referências, a necessidade de privacidade, a necessidade de estabelecer uma comunicação adequada e a necessidade de respeito, o que evidencia que apesar da escassa formação nesta área, as enfermeiras demonstram alguma sensibilidade e conhecimento nesta área, procurando integrar estes valores nas suas práticas. Em número mais reduzido é efetuada referência à necessidade da presença dos pares no internamento, à adequabilidade das atividades lúdicas e à capacitação do adolescente.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Perante o exposto e face ao objetivo inicial da realização do questionário os dados sugerem que as enfermeiras reconhecem que a adolescência é um período de transições variadas que necessita de particular atenção nos seus cuidados e forma de atendimento.

Verifica-se que as enfermeiras deste serviço de internamento de pediatria têm presente alguns aspetos gerais apontados pela literatura como essenciais no atendimento específico ao adolescente, provavelmente não só pela sua divulgação mas porque os sentem como primordiais na sua prática. No entanto revelam nos dados colhidos uma “barreira” associada ao conhecimento para além destes, facto talvez explicado pela maioria da equipa apresentar carência de formação e aprofundamento da temática da adolescência, quer na formação-base, quer a nível da organização onde trabalham.

Concluindo é imprescindível ressaltar a necessidade de formação e reflexão em equipa acerca destes aspetos de atendimento específico ao adolescente de forma a poder (re) pensar as práticas e os valores capazes de beneficiar a saúde e bem-estar dos jovens e suas famílias internados neste serviço, incrementando assim a qualidade dos cuidados e a satisfação desta população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: Como facilitar a transição? *Adolescência e Saúde*. 9 (3). 21-28. Acedido a 27/10/2012. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com).
- Almeida, I., Rodrigues, B, & Simões, S. (2007). Hospitalização do adolescente. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 7(1). 33-39.
- Aquino, J. (2009). Unidade de Internação Hospitalar Específicas para adolescentes: vale a pena? *Adolescência & Saúde*. 6 (2). 47-50.
- Cruz, T (2007). Adolescente, família e o profissional de saúde. *Adolescência & Saúde*. 4 (3). 45-50.
- Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de Saúde- Doença do Ser Adolescente Hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*. 10 (2). 68-75. Acedido a 14/03/2013. Disponível em: [http://o/s.c3sl.ufpr.br/o/s-2.2.4/index\\_php/cogitare/article/viewfile/501413790](http://o/s.c3sl.ufpr.br/o/s-2.2.4/index_php/cogitare/article/viewfile/501413790).
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services –An Agenda for Change*. Acedido 21/11/2012. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_02\\_14/en/index.htm](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.htm)
- Tavares, H. B & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 40 (4). 154-159. DOI: 08739781/09/40-4/154. Acedido 12-11-2012.

**Apêndice 1. Questionário aplicado à equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Encontro-me a realizar um projeto de estágio subordinado ao tema: *“O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos Enfermeiros na Satisfação das Necessidades de Atendimento”*.

Gostaria de identificar as áreas que os enfermeiros a exercer funções no Internamento de Pediatria do HGO,EPE, consideram importantes no atendimento em saúde ao adolescente neste serviço, e se existem necessidades de formação neste âmbito.

Assim, peço que responda a este breve questionário.

O questionário é confidencial. O tratamento dos dados será efetuado de forma global e serão apenas utilizados para a realização deste trabalho. O conjunto dos resultados será disponibilizado ao serviço igualmente, caso seja do interesse deste.

Muito obrigada pela sua participação!

Sara Jacinto

(██████████@campus.esel.pt)

## Breve Questionário

**Sexo :** M \_\_\_ F \_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ (anos)

### Formação Académica:

Bacharelato \_\_\_ Pós- Licenciatura de Especialização \_\_\_

Licenciatura \_\_\_ Mestrado \_\_\_

Pós-Graduação \_\_\_ Doutoramento \_\_\_

**Tempo de exercício da profissão:** \_\_\_\_\_ (anos)

**Tempo de exercício da profissão neste serviço de Internamento de Pediatria:** \_\_\_\_\_  
(anos)

---

Recentemente a idade pediátrica foi alargada até aos 17 anos e 364 dias nos serviços de pediatria, o que coloca os serviços e os profissionais perante novos desafios.

Na sua opinião, os adolescentes devem estar internados em serviços diferentes dos das crianças? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Por favor, justifique:

---

---

---

Considera que o serviço onde exerce funções está adequado para receber adolescentes até aos 17 anos e 364 dias? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Quais os aspetos que, na sua opinião se podem melhorar? \_\_\_\_\_

---

---

Sente mais dificuldade em atender os adolescentes que são internados no serviço do que as crianças? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Se sim, refira quais as principais dificuldades que sente? \_\_\_\_\_

---

---

Quais os aspetos que considera essenciais no atendimento específico ao adolescente? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Teve formação na área da adolescência, especificamente no âmbito do atendimento ao adolescente?

Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Sente necessidade de formação nesta área? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se sim, quais as áreas de interesse relacionadas com o adolescente que gostaria que fossem abordadas em futuras formações?

---

---

---

---

---

Agradeço mais uma vez a sua participação

**Apêndice X-** Sessão de Formação em Serviço a realizar no Internamento de

Pediatria:

Plano da Sessão de Formação em Serviço

Apresentação da Sessão Formativa em *Power Point*

**PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO:**  
**O Adolescente em Internamento Pediátrico: Satisfação das Necessidades de Atendimento**

**Data:** ...      **Horário:** ...

**Local da Sessão:** ....

**Objetivos da Sessão**

- Rever alguns conceitos relacionados com a adolescência;
- Analisar os critérios de atendimento ao adolescente propostos por várias entidades;
- Dar a conhecer as necessidades de atendimento dos adolescentes internados;
- Refletir em equipa sobre a necessidade de um atendimento específico ao adolescente
- Equacionar o planeamento e eventual implementação de intervenções que aumentem a satisfação dos adolescentes/ famílias internados

<b>Público a que se destina</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Material</b>	<b>Duração</b>
Enfermeiros do Serviço de internamento de pediatria e restante equipa multidisciplinar	Identificação e Justificação da Problemática	Expositiva e Participativa	Computador Data Show	1 min
	Apresentação dos objetivos da Sessão			1 min
	Adolescência e adolescentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>Breve revisão de conceitos</li> <li>Principais mudanças no desenvolvimento durante a adolescência</li> </ul>			5 min
	O Adolescente nos Serviços de Saúde: que atendimento?			10 min
	O Adolescente internado no serviço de Pediatria: realidade estatística em 2013			5 min
	Apresentação dos dados das Entrevistas realizadas aos adolescentes			10 min
	Reflexão e discussão em equipa com planeamento de eventuais mudanças a face ao atendimento do adolescente			20 min
	Notas Conclusivas			2 min

## Apresentação da Sessão Formativa em Power Point

Logotipo da Instituição

**O ADOLESCENTE EM INTERNAMENTO PEDIÁTRICO:  
SATISFAÇÃO DAS SUAS NECESSIDADES DE  
ATENDIMENTO**

INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Almada  
Abril 2014

**PLANO DA SESSÃO**

1. **Identificação e Justificação** da Problemática
2. Apresentação dos **Objetivos da Sessão**
3. A Adolescência e os Adolescentes:
  - 4.1. **Breve revisão de conceitos**
  - 4.2. **Principais mudanças no desenvolvimento** durante a adolescência
5. O Adolescente nos Serviços de Saúde: **que atendimento?**
6. O Adolescente internado no Serviço de Pediatria : **realidade estatística** em 2013
7. **Apresentação dos dados** das **Entrevistas** realizadas aos adolescentes
8. **Reflexão e discussão** em Equipa com planeamento de eventuais mudanças face ao atendimento ao adolescente;
9. **Notas Conclusivas**
10. **Referências Bibliográficas**





# O ADOLESCENTE

## Principais Mudanças no Desenvolvimento

### ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL ERIKSON

7-11 anos Indústria vs. Inferioridade

12-19 anos Identidade vs. Confusão de Papéis

### ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE PIAGET

7-11anos **Operações Concretas**

11-15 anos **Operações Formais**

Opperman, C. e Cassandra, K. (2001)

# O ADOLESCENTE

## Clarificação de Conceitos

### ETAPAS DA ADOLESCÊNCIA

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

(OMS, 2002)

## O ADOLESCENTE EM SAÚDE

- **Medicina do Adolescente** : EUA, Austrália e Canadá (anos 50)



Unidades de Internamento de Adolescentes

- **Portugal** cuidados efetuados nesta faixa etária, no âmbito do SNS, prestados **genericamente** de forma semelhante aos prestados à população em geral

(Abreu e Azevedo, 2012; Aquino, 2009; Castanheira, 2006)

## O ADOLESCENTE EM SAÚDE

- **1987** - Direcção-Geral dos Hospitais estabelece a prestação de cuidados nas pediatrias até aos **15 anos de idade** menos um dia
- **1989** - Carta da Criança Hospitalizada (European Association for Children in Hospital)



**Artigo 6º** - *As crianças não devem ser admitidos em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança.*

**Artigo 7º** - *O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e segurança.*

# O ADOLESCENTE EM SAÚDE

- **1990 - Direitos da Criança** (Convenção das Nações Unidas)

- Espaços próprios, **zonas de brincar para as crianças e salas de estar para os adolescentes.**
- Condições para a permanência de um **acompanhante durante 24h.**
- **Refeições com menus agradáveis e adequados aos diferentes grupos etários.**
- **Educador de infância/animador permanente**, envolvido também na informação às crianças e acompanhantes no âmbito do trabalho de equipa multidisciplinar.
- **Professor do ensino básico em tempo parcial.**
- **Relatório na alta que deve ser discutido e entregue aos pais e adolescente e enviado a todos os profissionais continuadores dos cuidados de saúde.**
- **Apoio de outros técnicos** nomeadamente Serviço Social, Psicologia e Nutrição.

Adaptado de CNSCA, 2008, p. 36

serviço de adultos”

Condições de internamento adequadas às crianças e adolescentes

# O ADOLESCENTE EM SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete da Ministra

Despacho n.º 9871/2010

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança é o mais amplamente ratificado instrumento internacional de direitos humanos. A Convenção sobre os direitos das crianças foi adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

A criança é definida no artigo 1.º da Convenção como todo o ser humano com menos de 18 anos, excepto se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo. De acordo com o artigo 24.º da Convenção a criança tem direito a gozar do mais alto padrão de saúde possível a ser assegurado pelo Estado. Com vista à realização plena destes objectivos, as políticas em saúde e as medidas tomadas nos últimos 20 anos tornaram Portugal uma referência na promoção da saúde da criança e do adolescente.

A idade pediátrica em Portugal foi inicialmente estabelecida por despacho da Direcção-Geral dos Hospitais, em 24 de Fevereiro de 1987, até aos 14 anos e 364 dias nas consultas, urgência e internamento. Na sequência da aprovação da Convenção sobre os direitos das crianças, e da consequente evolução da prática internacional, em Portugal, quando as crianças necessitam de cuidados hospitalares são frequentemente seguidas nos serviços de pediatria, até que seja feita a transição para a idade adulta, o que sucede em idades variáveis, de acordo com a patologia em questão e os protocolos aplicáveis no caso concreto.

Estudos realizados pela Direcção-Geral de Saúde e pelo Instituto de Apoio à Criança — Sector Humanização revelam que hoje o atendimento estabelecido nos serviços de pediatria em todos os hospitais varia entre os 12 e os 18 anos. Nesta medida, o âmbito subjectivo do Programa Tipo Saúde Infantil e Juvenil da Direcção-Geral de Saúde aprovado em 2005 e que revogou a circular normativa n.º 9/DSI, de 6 de Outubro de 1992, e que consistia a orientação técnica dada ao Sistema Nacional de Saúde em matéria de avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças abrange crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos.

“Nova” realidade e novo desafio para a equipa

Maio de 2014



**O ADOLESCENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:  
QUE ATENDIMENTO?**

- ✓ Ambiente **acolhedor** e **seguro** que assegure a **privacidade**
- ✓ Demonstrar **disponibilidade**
- ✓ **Escutar, ouvir opinião, envolver**
- ✓ **Respeitar**, não estabelecer juízos de valor
- ✓ Assegurar a **privacidade**

Profissionais de  
Saúde

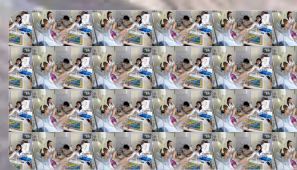
Confiança

**O ADOLESCENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:  
QUE ATENDIMENTO?**

- ✓ **Informação** em **linguagem clara, simples e realista** (não usar termos técnicos complexos nem *calão* juvenil)
- ✓ **Reforço de competências**, comportamentos positivos e **autoestima**
- ✓ Promoção da **independência**

**O ADOLESCENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:  
QUE ATENDIMENTO?**

- ✓ Promoção **relações sociais** (promover encontro com amigos e/ou pares no internamento)
- ✓ **Atividades de lazer atrativas e adequadas** à idade e estadio de desenvolvimento



<http://www.emglobo.com.br/health/noticia/ua/ado/2012/atividades-ludicas-com-criancas-e-adolescentes-com-cancer/atividades-ludicas-com-criancas-e-adolescentes-com-cancer-102174.jpg>

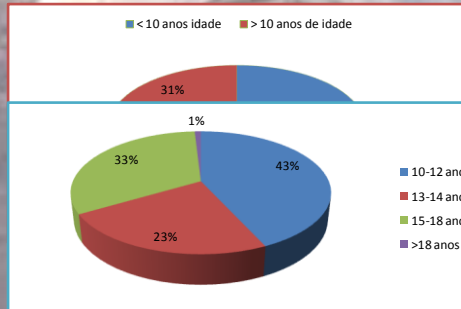
**O ADOLESCENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:  
QUE REALIDADES?**

A “Nossa” realidade...

## O ADOLESCENTE INTERNADO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA: REALIDADE ESTATÍSTICA EM 2013

### Pediatria Médica

- Total de **447** internamentos
- **> 10 anos** : **138** internamentos

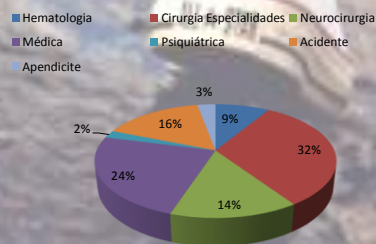


Idade (anos)	Total
10 -12	57
13- 14	31
15- 18	43
>18	7
<b>Total</b>	<b>138</b>

Gênero	Total
Masculino	71
Feminino	67
<b>Total</b>	<b>138</b>

## O ADOLESCENTE INTERNADO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA: REALIDADE ESTATÍSTICA EM 2013

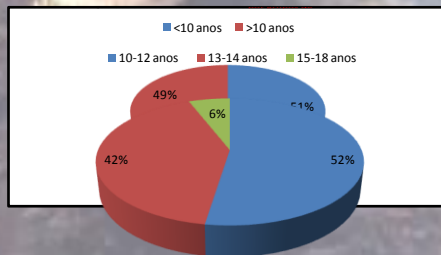
Patologia	Total
Hematologia	12
Cirurgia Especialidades (ORL, OFT, ORT)	44
Neurocirurgia	20
Médica	33
Psiquiátrica	3
Acidente	22
Apendicite	4
<b>Total</b>	<b>138</b>



**O ADOLESCENTE INTERNADO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA:  
REALIDADE ESTATÍSTICA EM 2013**

Cirurgia Pediátrica

- Total de **207** internamentos
- **> 10 anos** : **101** internamentos

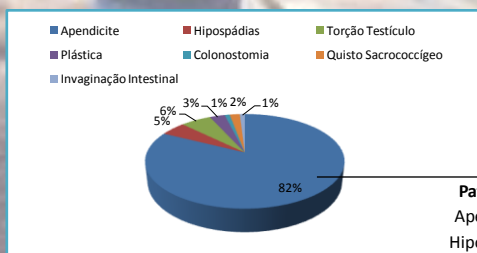


Idade (anos)	Total
10 -12	53
13- 14	42
15-18	6
	101

Gênero	Total
Masculino	69
Feminino	32
	101

**O ADOLESCENTE INTERNADO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA:  
REALIDADE ESTATÍSTICA EM 2013**

Cirurgia Pediátrica



Patologia	Total
Apendicite	82
Hipopspádias	5
Torção testículo	6
Plástica	3
Colonostomia	1
Invaginação Intestinal	2
Quisto Sacrococcígeo	2
	101

# ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

	a1	a2	a3	a4	a5
Idade	14	15	16	14	15
Sexo	M	M	M	F	M
Ano de Escolaridade	8º	10º	10º	9º	10º
Escola	Pública	Privada	Privada (CTP)	Pública	Privada
Agregado familiar	Mãe e irmão	Pais e irmãos	Pais e irmã	Pais e irmã	Custódia Partilhada
Escolaridade Pais	3º ciclo	Licenciatura	3º ciclo	2º e 3º ciclo	3º ciclo
Nacionalidade	Portuguesa	Angolana	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Atividades Extracurriculares	Não	Não	Não	Não	Sim
Expetativas Futuras	Não	Não	Não	Bióloga/ analista	Militar Marinha
Classificação Saúde	Razoável	Razoável	Boa	Boa	Boa +
Internamentos Anteriores	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Contato com Instituições/ Profissionais de Saúde	Sim (Psicólogo)	Não	Não	Sim (CS)	Não

# ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

## SENTIMENTOS ASSOCIADOS AO INTERNAMENTO

**Agradável, bem atendidos**

**Programado:**  
Medo, tristeza

Inicialmente

**Urgência:**  
ansiedade, alívio, bem-estar

*"eu por acaso senti-me bem (...) senti que me iam tratar" A2;*  
*"queria que as dores acabassem por isso...[foi bom]" A4*

# ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

## SENTIMENTOS ASSOCIADOS AO INTERNAMENTO

### Aspetos negativos

Doença/ Presença de dores  
Falta de liberdade  
Tempo passa devagar  
Alteração imagem corporal  
Alimentação

*"o tempo passa devagar, devagar (...)'tou sempre no mesmo espaço, é como se estivesse fechado, não tenho muita liberdade" A2*  
*"Às vezes digo ao meu pai (...) Oh pai deixa-me ir contigo apanhar ar! Mas sei que não posso" A4*

# ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

### Aspetos Positivos

Bem "tratados"  
Atenção/ Suporte  
"Amadurecimento"/  
Aprendizagem  
Estar com crianças

*"boa atenção por parte do pessoal que trabalha cá, quando se precisa de alguma coisa (...) tem suporte" (A2)*

O internamento pode significar também uma **experiência positiva** em que o adolescente constrói **estratégias de coping** para lidar com a situação de transição que vivencia, ajudando-o a construir uma **identidade positiva, noção de controlo e independência**

(Dodds, 2010)

# ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

Comparação  
Pediatria vs.  
Adultos

*“Por enquanto estou bem aqui (...) Acho que se calhar está mais adequado e há mais cuidado”, A2; por mais golfinhos que hajam nas paredes...aqui ainda é melhor!”, A5*

Preferência Pediatria

Presença Pais

A presença da mãe/ pessoas significativas é essencial pois representa a sua **ligação à vida familiar anterior e ameniza os sentimentos negativos** gerados pelo internamento, favorecendo a **aceitação do adolescente ao regime terapêutico e cuidados.**

*“se não tivesse aqui a minha mãe se calhar sentia-me mais sozinho” A3*

Almeida, Rodrigues e Simões (2007)

# ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

## Condições Físicas do Serviço

Razoável, boas

Não adequadas a adolescentes

### SALA DE BRINCAR

área reduzida e mobiliário inadequado

pouca adequabilidade das atividades e materiais lúdicos disponíveis

não haver computador com ligação à internet

*“[não é adequado] para a minha idade (...) porque para a minha idade só há aquele bocadinho ao computador, de resto não há nada”; “cadeiras e mesas (...) são um bocado rodas baixas” (A3)*

*“muito criança é só brinquedos...devia haver mais atividades para a minha idade”; “atividades como eles fizeram agora [referindo-se à madscience] mas talvez mais para a nossa idade, mais avançado” (A4)*

# ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

## Atitudes/comportamentos dos Profissionais de Saúde

- ✓ **Acolhimento** : enfermeiras  
espaço físico apresentado
- ✓ **Linguagem** clara e perçetível “ Sim, falam com uma linguagem bastante clara e isso é um aspeto a valorizar”, A5
- ✓ **Informação** dada (diagnósticos, exames e procedimentos)
- ✓ Respeitam a **privacidade**
- ✓ **Simpatia e Disponibilidade**
- ✓ **Parceria de Cuidados** → Não perguntam a opinião

# ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

## Necessidades de Atendimento

Presença dos Amigos /Socialização

Atividades Lúdicas e Materiais Adequados

Privacidade

Profissionais de Saúde

*“Sinto falta dos meus colegas. Porque eu até gosto da escola e de estar com os meus colegas, e não os ver para mim tem sido um bocado complicado” A5*

Sendo a adolescência uma fase de exploração, de busca de liberdade e autonomia, todas estas restrições e constrangimentos, associados a um internamento, podem **afetar negativamente os adolescentes e ser uma condição inibidora de transição e de desenvolvimento**. A ausência e distância dos amigos determina igualmente uma **rutura brusca do ponto de vista social**, tão importante nesta fase, que **pode interferir negativamente e favorecer a diminuição da autoestima**

(Almeida, Rodrigues e Simões, 2007)

# ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

Necessidades de Atendimento

CARACTERÍSTICAS E ATITUDES PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os adolescentes sentem a necessidade de contarem com **profissionais competentes não só tecnicamente, mas que apresentem também competências relacionais de comunicação e honestidade**

(Dodds, 2010; OE, 2010b; Staa, Jedeloo e Stege, 2011)

- Compreender os adolescentes e de os respeitar
- Informação clara e segura
- Conhecimentos e competência: detetar atempadamente problemas com qualidade e de forma atenta e vigilante ;
- Simpáticos e disponíveis

# ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

## Sugestões de Melhoria

- ✓ Camas maiores
- ✓ Canais de televisão
- ✓ Internet
- ✓ Restruturação do WC
- ✓ Sala de Brincar → necessidade de ter um espaço para convívio

(“acho bem uma sala mais para...”) (“punha casas-de-bani...”)

Cadeiras e mesas maiores  
Jogos mais adequados  
Televisão com mais canais

Atividades  
Jornais e livros  
Playstation e computador com ligação à internet

### Organização dos Quartos

Preferem estar sozinhos no quarto

Na companhia de adolescentes da mesma idade

Rapariga : prefere estar com crianças do que com rapazes da mesma idade

# ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

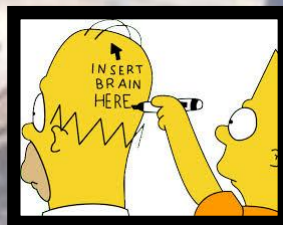
SATISFAÇÃO GLOBAL

BOM



<http://4ep.com.br/noticias/wp-content/uploads/2012/07/28-548px-que-doutor-faca-ii.png>

# REFLEXÃO E DISCUSSÃO



<http://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSg2iLNEca7yWdYtEhKakaoCul8ZK7o224Qg5am>

O que podemos e vamos mudar? ....

## NOTAS CONCLUSIVAS

- Quer a nível internacional, quer a nível nacional são **reconhecidas diretrizes e políticas** que fundamentam e defendem a **práticas de saúde diferenciadas particularmente dirigidas aos adolescentes**.
- Os **enfermeiros** enquanto profissionais de saúde, dotados de competências específicas que atuam junto das populações, são fundamentais na definição e implementação de **cuidados de saúde personalizados que satisfaçam as reais necessidades dos adolescentes**, contribuindo assim para que o seu **pleno desenvolvimento**, apesar das diferentes transições que atravessam.
- **Serviço de Pediatria pouco adequado**, mas considerado **BOM**
- **Repensar as práticas e atitudes** → desenvolvimento na área dos cuidados ao adolescente

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: Como facilitar a transição? *Adolescência e Saúde*. 9 (3). 21-28. Acedido: 27/10/2012. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com)
- Almeida, I. S., Rodrigues, B. M. R. & Simões, S. M. F. (2007). Hospitalização do Adolescente. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 7(1). 33-39. Acedido em 14/03/2013. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/14-hospitalizacao-do-adolescente.html>
- Aquino, J. H. W. (2009). Unidades de internação hospitalar específicas para adolescentes: vale a pena? *Adolescência & Saúde*. 6(2). 47-50.
- Carta da criança hospitalizada / Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança. - Lisboa : IAC, 1998.
- Castanheira, J. (2006). Adolescentes: que respostas? In Santos, L. (coord.). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. (pp.44-46). Lisboa: IAC.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2008). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Despacho nº 8/89 de 17 de Março.
- Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Definição da idade pediátrica em Portugal. Diário da República II Série, N.º 112 (11-01-2010) 32123.
- Doods, H. (2010). Meeting the Needs of Young People in Hospital. *Pediatric Nursing*, 22 (9). 14-18. Acedido a 19/02/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21140889>
- Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov\\_ aprovadoAG\\_20\\_Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20_Nov2010.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Acedido 21/11/2012. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_02\\_14/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html).
- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, S. W. (2001). *O mundo da criança*. (8ªed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Staa, A. L.; Jedeloo, S. & Stege, H. (2011). "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Preference and Adherence*. Dove Medical Press, Ltd. 291-305. Acedido a 15/15/2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140311/pdf/ppa-5291.pdf>
- Tavares, H. B & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 40 (4). 154-159. DOI:08739781/09/40-4/154. Acedido 12-11-2012.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Acedido 27/10/2012. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- Viner, R. M. (2007)- Do Adolescent Inpatient Wards Make a Difference? Findings From a National Young Patient Survey. *Pediatrics*.20(4). 749-755.

**Apêndice XI-** As Necessidades de Atendimento dos Adolescentes num Serviço de  
Pediatría: Estudo de base ao artigo em elaboração para submeter a publicação



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**AS NECESSIDADES DE ATENDIMENTO DOS  
ADOLESCENTES NUM SERVIÇO DE PEDIATRIA**

Realizado por:

Sara Jacinto Senhorães

Nº 4797

Sob a orientação de:

Profª Maria da Graça Vinagre

Março de 2014

# ÍNDICE

Introdução

1. Metodologia

1.1. Caracterização dos Participantes

2. Apresentação e análise dos dados

3. Considerações Finais

Referências Bibliográficas

## APÊNDICES

Apêndice 1. Guião da Entrevista Semiestruturada efetuada aos adolescentes

Apêndice 2. Pedido de Consentimento Informado efetuado aos adolescentes e pais/  
substitutos legais

Apêndice 3. Matriz de Categorização do Conteúdo das Entrevistas realizadas aos  
adolescentes

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define a adolescência como correspondendo à faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, sendo um período do desenvolvimento marcado por transformações a nível biológico, psicossocial, cognitivo, emocional e cultural.

O adolescente deve ser encarado como um cidadão pleno de direitos e o principal ator na promoção e construção da sua saúde, devendo os serviços de saúde dar ênfase a um atendimento específico que abarque todas as mudanças e necessidades específicas do adolescente de forma integrada, num ambiente adequado (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010; Rojas, [s.d.]; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009; Taquette, 2010; Tavares e Fonseca, 2009). Assim, a necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade adequados aos adolescentes tem sido colocada como um desafio para alcançar condições melhores e mais adequadas aos jovens.

O Serviço de Pediatria onde foi realizado o estudo apresentado tem como missão prestar cuidados de saúde pediátricos à população infanto-juvenil dos 0 aos 15 anos de idade da sua área de abrangência geográfica, assente numa filosofia de Cuidados Centrados na Família<sup>14</sup>. Apesar deste imperativo da idade até aos 15 anos, a unidade de internamento recebe jovens que ultrapassam este limite, em particular os adolescentes com patologia crónica. Atualmente, tal como em outras instituições do país, para dar resposta ao Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho, que determinou o alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria até aos 17 anos e 364 dias, encontra-se a preparar a “chegada” deste “novo” utente pediátrico e sua família para meados de Maio do presente ano pelo que sente igualmente necessidade de compreender os adolescentes e adaptar-se às suas necessidades para melhorar a qualidade de cuidados, particularmente adequados a este grupo etário mais alargado.

Tal como afirmam Anderson, Lampropoulos, Clarke e Kohn (s.d.) o nível de satisfação com os cuidados de saúde influenciam fortemente a procura dos mesmos, o nível de

---

<sup>14</sup> In: Missão e Caracterização do Serviço de Pediatria, 2005

adesão ao regime terapêutico e a relação que se estabelece com os profissionais de saúde. A OE (2010) descreve que compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e, nesse sentido, este deve procurar conhecer essas mesmas necessidades.

Assim, para melhor compreender as perspectivas dos adolescentes internados no serviço de pediatria sobre o atendimento definiram-se como objetivos:

- Identificar os sentimentos e as necessidades de atendimento do adolescente internado no serviço de Pediatria;
- Recolher sugestões dos adolescentes no que concerne a eventuais mudanças a implementar no atendimento ao adolescente;
- Analisar o grau de satisfação geral do adolescente em relação ao atendimento no serviço de internamento de pediatria.

## **1. METODOLOGIA**

Face ao reduzido número de estudos nesta área, particularmente em Portugal, desconhecem-se instrumentos de colheita de dados que possibilitassem atingir os objetivos propostos. Como afirmam Fortin, Grenier e Nadeau (2003) na ausência de instrumentos de medida apropriados estes devem ser construídos.

A entrevista é uma forma particular de comunicação verbal intencional que se estabelece entre o entrevistador e os entrevistados com o objetivo de colher dados e informações relativas às questões de investigação/ objetivos formulados (Fortin, Grenier e Nadeau, 2003). Nesse sentido, face aos objetivos definidos, optou-se pela entrevista semiestruturada. Assim foi construído um guião de entrevista que procurava conduzir a recolha da informação pretendida, considerando ainda que o mesmo permitia uma certa organização flexível das questões que melhor se adequassem à amostra.

Este guião encontra-se organizado por blocos temáticos, cujos objetivos específicos pretendem auxiliar o alcance dos objetivos gerais propostos (Apêndice 1).

Foram definidos alguns critérios para a seleção dos participantes como: serem adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, de ambos os sexos, sem défice de desenvolvimento cognitivo ou outra situação de saúde considerada crítica, e com um período de internamento superior a 48h.

Previamente à realização da entrevista, os adolescentes foram abordados no sentido de se apresentar e de os informar da realização da mesma no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização, do tema e dos respetivos objetivos. Foram convidados a participar e em caso de resposta afirmativa (todos responderam afirmativamente) foram esclarecidas dúvidas, realçando a importância da sua participação e opinião, foi fornecido o consentimento informado (Apêndice 2) pedindo a respetiva autorização do adolescente e representante legal, de acordo com os preceitos éticos estabelecidos.

As entrevistas foram realizadas durante os meses de fevereiro e março. Procedeu-se à gravação das mesmas e respetiva transcrição, sendo assegurada a confidencialidade

dos participantes. Foi solicitada a autorização, através de consentimento informado, dos adolescentes e respetivos responsáveis legais (Apêndice 2).

### **1.1. Caracterização dos Participantes**

Nas entrevistas participaram 5 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos de idade.

Relativamente à escolaridade todos os participantes estudavam, 2 em escolas públicas e 3 em escolas privadas. Apenas um pratica uma atividade extracurricular, embora dois tivessem abandonado atividades desportivas há pouco tempo, um devido à situação de doença, outro por opção. A maioria não sabe o que fazer no futuro em específico, no entanto os mais velhos já selecionaram áreas de preferência para eventuais profissões, havendo inclusive um adolescente que frequenta um curso técnico-profissional.

A composição do agregado familiar variava entre 3 a 5 elementos. A maioria vive com os pais e irmãos, 2 adolescentes são filhos de pais separados, sendo que um vive com a mãe e o irmão e o outro, por ter custódia partilhada, vive com ambos durante a semana. O papel do representante legal foi assumido quase na totalidade pelas mães para a participação neste estudo. Todos os pais dos jovens internados encontravam-se a trabalhar, variando a escolaridade destes entre o 2º ciclo e a licenciatura.

Em relação a experiências anteriores em serviços de saúde 3 dos participantes já tinham estado internados ao passo que para 2 este foi o primeiro internamento. Referem não ter contato regular com outras instituições ou profissionais de saúde, com exceção de uma adolescente que frequenta as consultas de rotina no centro de saúde e de um adolescente que vai ao psicólogo.

Classificaram a sua saúde como: razoável (2 adolescentes) e boa (3 adolescentes).

**Tabela 1.** Caracterização Sócio- Demográfica dos Participantes

	A1	A2	A3	A4	A5
<b>Idade</b>	14	15	16	14	15
<b>Sexo</b>	Masc.	Masc.	Masc.	Fem.	Masc.
<b>Ano de Escolaridade</b>	8 <sup>o</sup>	10 <sup>o</sup>	10 <sup>o</sup> (CTP) <sup>15</sup>	9 <sup>o</sup>	10 <sup>o</sup>
<b>Escola</b>	Pública	Privada	Privada	Pública	Privada
<b>Agregado familiar</b>	Mãe e irmão mais novo	Pais e dois irmãos mais novos	Pais e irmã mais velha	Pais e irmã mais velha	Custódia partilhada
<b>Escolaridade Pais</b>	3 <sup>o</sup> Ciclo	Licenciatura	3 <sup>o</sup> Ciclo	2 <sup>o</sup> e 3 <sup>o</sup> Ciclo	3 <sup>o</sup> Ciclo
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	Angolana	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
<b>Atividades Extracurriculares</b>	Não	Não	Não	Não	Não
<b>Expetativas Futuras</b>	Não	Não	Não	Bióloga Marinha; Agente de Laboratório	Marinha
<b>Classificação Saúde</b>	Razoável	Razoável	Boa	Boa	Boa
<b>Internamentos Anteriores</b>	Sim	Sim	Não	Não	Sim
<b>Contato com Instituições</b>	Sim. Psicólogo	Não	Não	Sim (Centro de Saúde)	Não

<sup>15</sup> CTP: Curso Técnico-Profissional

## 2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados dos dados recolhidos e simultaneamente analisados e discutidos de acordo com as categorias emergentes da análise de conteúdo realizada aos discursos dos adolescentes.

A análise de conteúdo procura classificar numa série de categorias o conteúdo expresso através dos mais diversos tipos de comunicação (Berelson, 1954 cit. por Amado, 2000); sendo consensualmente aceite como uma técnica adequada à análise de dados qualitativos, como os do presente trabalho.

Assim, após uma cuidada leitura das entrevistas, dos objetivos das mesmas e dos blocos temáticos do guião que as conduziu e que estiveram na base da formulação das categorias, emergiram algumas subcategorias e respetivos indicadores que se apresentam em seguida.

**Tabela 1.** Categoria 1: SENTIMENTOS FACE À NOTÍCIA DE INTERNAMENTO

Subcategorias	Indicadores
Negativos	Medo Tristeza
Positivos	Alívio/ Bem-estar

Todos os participantes afirmaram que de um modo geral a experiência de internamento no serviço de pediatria estava a decorrer de modo agradável e sentiam-se bem atendidos.

Dos adolescentes entrevistados apenas um tinha o internamento previamente programado, os restantes encontravam-se em situação de doença aguda sendo transferidos após recorrerem aos serviços de urgência. Talvez por esse motivo refiram sentimentos díspares no que se refere ao que experienciaram quando souberam que iam ficar internados. O adolescente com internamento programado referiu sentimentos como o **medo** (*hum...fiquei um bocadinho, um bocado...ah, com medo, era uma coisa*

nova”, A1) e a **tristeza** ao passo que os restantes, apesar de um adolescente referir **ansiedade**, revelam sobretudo sentimentos como o **alívio** e o **bem-estar** (“*eu por acaso senti-me bem (...) senti que me iam tratar*” A2; “*queria que as dores acabassem por isso... não quero estar cheia de dores em casa por isso vou ficar aqui*” A4; “*sabia que ao ficar internada ia ficar bem, mais rápido resolvia isto, mais rápido ia para casa*” A5).

**Tabela 2.** Categoria 2: PARTICULARIDADES ASSOCIADAS AO INTERNAMENTO

Subcategorias	Indicadores
<b>Aspetos Negativos</b>	Estar doente/ Ter dores Falta de Liberdade O Tempo passar devagar Alteração imagem corporal Alimentação
<b>Aspetos Positivos</b>	Suporte/Atenção Maturação / Aprendizagem Ambiente Agradável

Quando questionados sobre os **aspetos negativos** de estarem internados mencionaram na sua totalidade e em primeiro lugar a **doença** em si (“*o pior foi a doença*”, A5) em particular a presença de **dores** (“*ter as dores que tive*”;A1; “*Já não aguentava as dores de cabeça...*”, A3).

Referem igualmente na sua totalidade a sensação de **falta de liberdade**, de **não ter nada para fazer** e de o **tempo passar devagar** (“*Ficar aqui o tempo todo...o dia todo, uma “seca”,* A1; “*o tempo passa devagar, devagar (...)* ‘*tu sempre no mesmo espaço, é como se estivesse fechado, não tenho muita liberdade*”, A2; “*Às vezes digo ao meu pai (...)* *Oh pai deixa-me ir contigo apanhar ar! Mas sei que não posso*”, A4; “*O tempo passa devagar.*”; A5). Estes dados são também evidenciados na literatura como particularidades aos quais os profissionais de saúde devem estar atentos. De facto, tal como nos alertam Abreu e Azevedo (2012:25): “*sentir que não fazem nada e sentirem-se presos é tendencialmente negativo para os adolescentes*”. Sendo a adolescência uma fase de exploração, de busca de liberdade e autonomia, todas estas restrições e constrangimentos, associados a um internamento, podem afetar negativamente os adolescentes e ser uma condição inibidora de transição e de desenvolvimento.

Quando internados os adolescentes preocupam-se com o facto de poderem ter uma aparência diferente e questionam indubitavelmente o que os outros pensam desta sua **alteração da imagem corporal**, podendo este ser um fator que aumente o risco de perda de autoestima e mais uma condição inibidora de transição e de desenvolvimento (Anderson, Lampropoulos, Clarke e Kohn [s.d.]; Center for Pediatric Traumatic Stress, [s.d.]). Esta subcategoria emergiu igualmente nas entrevistas revelando alguns dos adolescentes certa preocupação neste aspeto (*“não me sinto confortável que me vejam apenas com 58kg (...) tipo com a sonda no nariz...tinha receio que alguém olhasse para mim e desmaiasse”*, A5) o que condiciona algumas das suas atividades e por exemplo a visita dos pares, como iremos analisar adiante.

A **alimentação** é referida igualmente como um aspeto menos bom do internamento por dois jovens embora tivessem referido compreender que assim seja.

Barros (2003) afirma para algumas crianças e adolescentes o facto de entrarem num hospital pode ser vivido como uma situação de *stress*, ao passo que para outras pode ser uma experiência de exploração ativa, em que fazem questões, e procuram apoio emocional e conforto junto dos cuidadores. Assim, o internamento pode significar também uma experiência positiva em que o adolescente constrói estratégias de *coping* para lidar com a situação de transição que vivencia, ajudando-o a construir uma identidade positiva, noção de controlo e independência (Dodds,2010).

Quanto aos **aspetos positivos do internamento** os adolescentes responderam que sentiam que o **ambiente da pediatria era no geral bastante agradável** (*“É [um serviço agradável],”*, A4; *“É um ambiente muito mais, aqui na pediatria, muito mais relaxado”*, A5) apreciavam o facto de se sentirem **bem tratados** (*“Trataram-me bem...”*, A1) e de receberam **atenção** por parte dos profissionais, afirmando que estes são simpáticos, e ressaltando uma noção de **suporte** (*“boa atenção por parte do pessoal que trabalha cá, quando se precisa de alguma coisa (...) tem suporte”*, A2; *“Tenho tido um bom acompanhamento, que possibilitou uma evolução bastante satisfatória da doença...”*, A5). Quatro adolescentes afirmaram um sentimento de **amadurecimento** (*“(...) me senti uma pessoa nova, maior”*, A1; *Sim, ajudou-me a perceber que não damos valor à normalidade...no entanto estar doente (...) aprendi a dar um valor completamente diferente ao estado físico normal, saudável...agora vejo de uma forma completamente diferente”*, A5) e de **aprendizagem** com a situação de doença ( *“tentei estar mais*

*calmo*”, A1; “*aprendi o que devo comer*”, A4). Por último um adolescente, curiosamente o mais velho, refere que o aspeto mais positivo do internamento é “**estar com crianças**” (A3).

**Tabela 3.** Categoria 3: PREFERÊNCIAS EM RELAÇÃO AO INTERNAMENTO

Subcategorias	Indicadores
Locais de Internamento	Opção pela Pediatria
Presença dos Pais	Ajuda e Apoio

Relativamente às diferenças encontradas entre os **serviços de pediatria e os serviços de adultos** os adolescentes com mais de 15 anos referiram na sua totalidade **preferir ficar num serviço de pediatria** comparativamente aos serviços para adultos (“*Por enquanto estou bem aqui (...) Acho que se calhar está mais adequado e há mais cuidado*”, A2; “*(...) até gosto de crianças, é tranquilo ‘tar aqui*”, A3; *por mais golfinhos que hajam nas paredes...aqui ainda é melhor!*”, A5) considerando que este é mais adequado, com um ambiente mais agradável e onde se sentem “melhor tratados”. Nesta subcategoria emerge igualmente a **presença dos pais** que é na sua maioria importante para os jovens exceto para um que prefere que estes não estejam no internamento, embora não especifique porquê. Os restantes afirmam que a presença dos pais os ajuda a passar o tempo e a diminuir a solidão (“*se não tivesse aqui a minha mãe se calhar sentia-me mais sozinho*” A3; “*Eu sou racional mas quando estou internado começa a instalar-se o pânico e os pais dão apoio*”, A5), apesar de mencionarem que também ficavam bem se estes se ausentassem, tentando passar uma mensagem de autonomia e independência (“*é importante (...) mas se forem para casa eu fico bem*” A4). Tal como refere Dodds (2010) a importância dos pais é muito importante nesta faixa etária tendo maior ênfase do que a família. Contudo, para Almeida, Rodrigues e Simões (2007) a presença da mãe/ pessoas significativas é essencial pois representa a sua ligação à vida familiar anterior e ameniza os sentimentos negativos gerados pelo internamento, favorecendo a aceitação do adolescente ao regime terapêutico e cuidados.

**Tabela 4.** Categoria 4: NECESSIDADES DE ATENDIMENTO

Subcategorias	Indicadores
<b>Presença Amigos / Socialização</b>	Visita dos Amigos Convívio com os Pares
<b>Atividades Lúdicas Adequadas</b>	Computador com internet, jogos, pintura, artes, entre outros
<b>Ambiente adequado à faixa etária</b>	Decoração menos “infantil” Camas de maior dimensão e conforto Maior diversidade de canais de TV Cadeiras e mesas da sala de brincar com dimensão adequada
<b>Privacidade</b>	WC por género Enfermaria por género Quarto individual
<b>Atitudes e Características desejáveis nos Profissionais de Saúde</b>	Informação e Explicação Clara Conhecimento e Competência Compreensão e Respeito Simpatia e Disponibilidade Promoção na Participação dos Cuidados

Um dos aspetos mais comentados pelos adolescentes prendeu-se com a necessidade de **manter o contato com os amigos** durante o internamento (“[os amigos] Podem vir, para mim era melhor...ajudava a passar o tempo, A2; “Sinto falta dos meus colegas. Porque eu até gosto da escola e de estar com os meus colegas, e não os ver para mim tem sido um bocado complicado”, A5).

A ausência e distância dos amigos determina igualmente uma rutura brusca do ponto de vista social, tão importante nesta fase, que pode interferir negativamente e favorecer a diminuição da autoestima (Almeida, Rodrigues e Simões, 2007).

Contudo, apesar de referirem a falta dos amigos e, de acordo com os participantes, estes saberem do internamento, apenas uma adolescente teve a visita dos pares, manifestando grande contentamento com a mesma, referindo que se sentiu acarinhada. Os demais relataram que comunicavam com os amigos através de telemóvel, com exceção de um que afirmou que não voltou a contactar os amigos desde o internamento. Afirmaram como obstáculos para a sua vinda: a longitude, a frequência da escola, não terem transporte adequado e só poderem entrar quatro pessoas no serviço de cada vez. Note-se contudo que apesar das justificações dadas, estas podem relacionar-se com

uma diminuição da autoestima do adolescente, como vimos anteriormente. Para Almeida, Rodrigues e Simões (2007) os pares que anteriormente transmitem segurança e sentimento de identidade e pertença a um grupo, no momento da doença podem conferir insegurança ao trocar com a situação e o adolescente passa a ter medo de ser alvo de comentários e risos favorecendo a baixa de autoestima. Tal pode ser confirmado com as declarações de um adolescente que afirmou: *“Mas eu prefiro que não me venham visitar (...)...não me sinto confortável que me vejam apenas com 58kg. Gosto de manter o número de pessoas que me vêm visitar ao mínimo (...) mas isto é um bocado por mim”* (A5).

A necessidade de **socializar e conviver** dentro do internamento é deveras presente na análise das entrevistas afirmando os jovens que gostam de conviver com outros jovens internados da sua idade e que seria importante ter um espaço que promova esse convívio e ocupação dos tempos livres (*“ [sala] para convívio também”*, A1; *“naquele sítio [sala de convívio] (...) podíamos ter uma televisão com todos os canais”*, A3; *“ Acho bem que haja uma sala de brincar, mas também acho bem que haja uma sala mais para a nossa idade”*, A4).

*“As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança.”*

Carta da Criança Hospitalizada, 1998

A necessidade de realizar **atividades lúdicas adequadas** ao seu estadió de desenvolvimento está igualmente presente. Os adolescentes afirmam que este é um aspeto a melhorar no internamento e apontam a necessidade **de atividades de lazer mais adequadas**, como a **pintura e outras artes**, existência de **jogos** mais adequados, como os jogos de tabuleiro *“para adultos”* (A3) ou mais técnicos como os legos ou outros mais complexos, referindo que existe sobretudo brinquedos para crianças até aos 6- 8 anos; a existência **de jornais e livros apropriados ao seu desenvolvimento** (*“Podia haver DVD´s para ver, atividades”*, A2; *Punha atividades para adolescentes (...) atividades como eles fizeram agora [referindo-se à madscience] mas talvez mais para a nossa idade, mais avançado*, A4); **playstation e computador com ligação à internet**. Tal vai de encontro ao descrito na literatura em que os jovens afirmam ter a necessidade

de frequentar espaços de convívio que estimulem a socialização e momentos de lazer e ter acesso a entretenimento e atividades divertidas e pedagógicas (Almeida, Rodrigues e Simões, 2007; Anderson, Lampropoulos, Clarke e Kohn, s.d.).

Relativamente às **condições físicas e ambiente** oferecido pelo serviço de pediatria onde se realizaram as entrevistas os adolescentes consideraram que estas se encontravam entre o **razoável** e o **bom**. Todos concordaram no entanto, que este **não se encontra adequado a adolescentes**.

No geral consideram que o serviço se encontra algo **infantilizado**, nomeadamente em relação à decoração (*“ a decoração das paredes (...) sim, acho que ainda está um pouco infantilizado”, A2; “Este é um serviço focado em crianças e há adolescentes que se podem sentir mal”, A5*); referem a necessidade de aumentar o **tamanho das camas**, referindo 3 dos adolescentes que estas são **pequenas e pouco confortáveis**. A diminuição de conforto é igualmente referida em aspetos como **presença de poucos canais de televisão** que não lhes permite passar melhor o tempo.

Quanto à **sala de brincar** os dois adolescentes que já tinham sido previamente internados no serviço afirmaram que não frequentaram **o espaço por não o considerarem adequado** (*“eu já não ligo muito aquelas coisas (...) é muito para meninos”, A1*). Os outros tinham-na visitado porém também não consideravam o espaço adequado (*“Muito criança”; A4*), focando aspetos como a área **reduzida e mobiliário inadequado** (*“[não é adequado] para a minha idade (...) porque para a minha idade só há aquele bocadinho com o computador. De resto não há nada(...) e como a sala também é muito pequenina, não dava para fazer quase nada”; “cadeiras e mesas (...) são um bocado rodas baixas”, A3*), sugerindo que se coloque mesas e cadeiras adequadas ao seu tamanho.

A questão da **privacidade** emerge igualmente como uma necessidade sentida para os jovens. Tal vai de encontro ao estudo levado a cabo por Dodds (2010) que refere a privacidade como uma necessidade sentida pelos adolescentes e cuja diminuição nas atividades de vida diária vão aumentar os níveis de ansiedade. Desta subcategoria surgem apenas sugestões de alterar algumas características físicas do serviço, como o **WC** (*“Punha casas de banho, uma para rapazes, outra para as raparigas (...) Porque aqui tenho de estar sempre preocupada com as cortinas (...). Porque gosto muito mais*

daquele lado [serviço de cirurgia pediátrica]. Há muito mais privacidade”, A4); e de **gestão e organização das unidades**, referindo os adolescentes que preferiam estar sozinhos num quarto. Caso não seja possível **sugerem que os coloquem na companhia de outros jovens da mesma idade** de modo a poderem partilhar os mesmos gostos e terem com quem conversar (“ou pelo menos com pessoas da minha idade na minha sala”, A2; “Do outro lado também tive uma rapariga da minha idade e gostei de partilhar o quarto com ela”, A4). Ressalve-se porém que a jovem do sexo feminino referiu preferir estar com jovens da mesma idade numa enfermaria desde que sejam igualmente raparigas, ressalvando que prefere estar com crianças ou bebés em vez de estar com rapazes, o que revela mais uma vez algum pudor e necessidade de privacidade característico destas idades (“mais vale bebé do que com rapazes da nossa idade”, A4).

Para Almeida, Rodrigues e Simões (2007) a capacitação das equipas que cuidam de adolescentes internados no hospital é fundamental.

Relativamente aos **profissionais de saúde** os adolescentes referem a necessidade de determinadas **características e atitudes** que promovam a segurança e a confiança nos seus cuidados, ajudando à construção de uma relação terapêutica.

Das entrevistas emergem aspetos como: a **necessidade de profissionais que os compreendam e respeitem** (“Pessoas que nos entendem, A1; Tem (...) compreender o que nós queremos dizer, mesmo quando não sabemos usar as palavras certas”, A3; “respeitar (...) a privacidade (...) Na minha opinião um enfermeiro tem de interagir bem com pessoas”, A5); **necessidade de informações e explicações claras** que os ajudem a entender os cuidados em causa, mas que também lhes transmita **segurança, confiança e esperança** ([pessoas que] explicam bem”, A1; “[Dar informação] para eu perceber o que é que está a fazer”, A4; “linguagem bastante clara e isso é um aspeto a valorizar (...) com a convicção que aquilo vai passar e isso ajuda a subir a moral de um doente...e é...e é criar essa abertura que facilita e promove uma melhor boa disposição no doente”, A5); necessidade de que os profissionais demonstrem **conhecimentos e competência**, detetando **atempadamente eventuais problemas**, cumprindo as suas funções com **qualidade** e de forma **atenta e vigilante** (“ tenta solucionar o problema do doente da melhor forma possível (...) tem de saber fazer o que faz”, A2; Têm de estar atentos. Têm de estar sempre a vigiar-nos”, A4; “precisa de alguns conhecimentos, não

só científicos e medicinais como também psicológicos e sociais”, A5); e de sentirem a **necessidade** de estes serem **simpáticos** e **disponíveis** (“ [pessoas que] são simpáticas, coisas assim”, A1; “ Seja prestável (...) não quer despachar as coisas muito depressa para sair”, A3; Até aprecio bastante a disponibilidade (...) criar essa abertura que facilita e promove uma melhor boa disposição no doente (...) conseguir valorizar o bem-estar do doente mais do que tudo...aumentar o bem-estar (...) ter uma disponibilidade calorosa...isso é necessário para criar boas relações e melhorar a disposição do doente. Isso para mim e um bom profissional de saúde”, A5).

Os aspetos referidos vão de encontro ao que é mencionado em outros estudos, sentindo os adolescentes a necessidade de contarem com profissionais competentes não só tecnicamente, mas que apresentem também competências relacionais de comunicação e honestidade (Dodds, 2010; OE, 2010b; Staa, Jedeloo e Stege, 2011).

Durante o internamento, de forma a facilitar o processo de transição, de *coping*, e promover a independência e a autonomia tão importantes para o pleno desenvolvimento nesta faixa etária é indispensável que o adolescente se sinta escutado e tenha a perceção que mantém o controlo da sua vida (Dodds, 2010; OE,2010). Nesse sentido, ouvir os adolescentes e escutar as suas opiniões relativamente aos procedimentos e cuidados a realizar torna-se fulcral para a relação e adesão terapêutica, numa filosofia de **parceria de cuidados**, essencial em pediatria e esta é igualmente uma necessidade sentida pelos adolescentes que referem necessitar que os profissionais os **incluam nos cuidados e promovam a sua participação nestes** “ (...) [os profissionais dizem] Vai tomar banho” (...) E às vezes o Ben-U-Ron® não faz efeito, e eles davam-me na mesma, e eu dizia “não faz efeito”, mas davam-me na mesma (...) Não [combinam os procedimentos],”, A4).

Apesar das várias sugestões de melhoria e das condições consideradas inadequadas os adolescentes entrevistados avaliaram a condição global do serviço como **Boa**, numa escala de Muito Má a Excelente, ressaltando sobretudo aspetos relacionados com as atitudes dos profissionais que consideraram ser **prestáveis** (“Prestáveis (...) ...as senhoras são simpáticas (...) Vocês aqui são simpáticos, A3; “com a disponibilidade e os conhecimentos do pessoal (...) Tem pessoal bastante atencioso,

*disponível...hã...sempre pronto a ajudar”*, A5) e sentindo igualmente, na totalidade, que estes **respeitam a sua privacidade**.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O internamento pode significar um processo de transição, não-normativo, e os indivíduos em transição tendem a ser mais suscetíveis aos riscos e conseqüentemente o seu estado de saúde pode agravar-se (Abreu e Azevedo, 2012; Dodds, 2010).

A capacitação das equipas que cuidam dos adolescentes internados, adquirida não só através do conhecimento científico mas também do conhecimento dos sentimentos e das necessidades destes, é essencial para que o profissional de saúde possa estar apto a compreender as atitudes e respostas dos jovens, com sensibilidade e empatia, dando-lhes atenção e apoio, ajudando assim a minimizar os riscos inerentes a uma hospitalização. Deste modo, a realização destas entrevistas aos adolescentes, ainda que com uma amostra reduzida, que não permite retirar conclusões muito abrangentes, possibilita o acesso a alguns dados e apreciações bastantes interessantes que consideramos poderem promover a reflexão e discussão em equipa e planear eventuais mudanças face ao internamento do adolescente no serviço de pediatria.

Os dados recolhidos sugerem que os adolescentes estão em geral satisfeitos com os cuidados prestados e sentem-se relativamente bem atendidos neste serviço de internamento de pediatria.

Apontam como sentimentos inerentes ao internamento sentimentos díspares como o medo, ansiedade e tristeza, mas também o alívio e sensação de bem-estar, vendo neste e nos seus profissionais uma solução para os seus problemas de saúde.

Do ponto de vista negativo acresce a presença da doença em si, com grande enfoque nas queixas álgicas, a falta de liberdade e privacidade, o sentimento de “não ter nada para fazer” e a alteração da imagem corporal. Estes aspetos estão relatados na literatura, tal como foi descrito na análise dos dados, como condições inibidoras de transição e desenvolvimento, podendo assim prejudicar o adolescente internado.

Como características positivas do internamento os entrevistados apontam, mais uma vez, o facto de serem bem atendidos e de receberem atenção e suporte por parte dos profissionais. Para alguns há também um sentimento de maturação e aprendizagem com esta experiência.

A presença dos pais durante o internamento é igualmente referida como importante, sendo esta uma vantagem em relação ao serviço de internamento para adultos, que os jovens entrevistados com idade superior a 15 anos referem também não ser adequados para eles, elegendo a pediatria como serviço preferencial.

Relativamente à estrutura física do serviço são igualmente apontados alguns aspetos que não se encontram adequados a esta faixa etária, dos quais ressalvamos os aspetos mais mencionados como alvos prioritários de melhoria: as camas, que os adolescentes consideram pequenas e desconfortáveis, a presença de poucos canais de televisão, WC pouco adequado, que não permite a privacidade, e sala de brincar pouco adaptada aos jovens, com limitações várias a nível do mobiliário, espaço e material lúdico e de entretenimento.

No momento que o país atravessa com evidentes constrangimentos financeiros e sociais, ao qual a instituição de saúde onde foram realizadas as entrevistas não é alheia, particularmente o serviço de pediatria, consideramos ser necessário avaliar bem quais os aspetos que poderiam ser melhorados com recurso a poucos gastos financeiros. No entanto, pensamos igualmente que as mudanças a este nível são necessárias, sendo essencial criar condições mínimas para receber adequadamente os jovens e as suas famílias, centrando-nos, tal como afirma Aquino (2009), no indivíduo e nas suas especificidades e não somente e sobretudo na doença.

As necessidades relatadas prendem-se sobretudo com a necessidade de manter o contato com os pares, a necessidade de conviver e socializar, de a enfermaria e particularmente a sala de brincar ter atividades lúdicas e materiais adequados e adaptados ao seu desenvolvimento e faixa etária e a necessidade de ser mantida a sua privacidade, dentro do possível. Assim, consideramos que poderiam ser revistas algumas normas da instituição, características do serviço e da equipa relativamente a estes aspetos e qual a melhor forma de os contornar, sem prejudicar o bom funcionamento do serviço, promovendo a privacidade e estimulando a independência dos jovens e as relações sociais entre si.

De referir que todos os jovens afirmaram preferir estar num quarto sozinhos, mas se tal não fosse possível optavam por estar com jovens da sua idade, exceto o elemento do sexo feminino que preferia estar com crianças se a opção fosse estar com rapazes da

sua idade, revelando aqui um certo pudor característico desta faixa etária que se encontra numa fase de múltiplas mudanças e que deve ser alvo de atenção na gestão e organização do serviço, em particular pela equipa de enfermagem, o que consideramos já acontecer.

Relativamente às necessidades manifestadas quanto aos profissionais de saúde os adolescentes referem que estes devem ser competentes, interessados e atentos às suas necessidades. Pretendem que estes estejam disponíveis, que os tratam com simpatia, que os compreendam e respeitem e que cuidem deles com conhecimento e gosto pelo trabalho. Foi contudo evidente nas entrevistas que a sua opinião é muito pouco validada durante a prestação de cuidados pela equipa multidisciplinar. Assim ressalva-se que apesar de, no geral, os adolescentes estarem satisfeitos com a equipa de saúde, existe a necessidade de (re) pensar as práticas e atitudes dos profissionais que cuidam dos jovens e famílias internados neste serviço, nomeadamente no que se refere à parceria de cuidados e à integração dos adolescentes no seu próprio plano terapêutico que, como analisado revela algumas lacunas, passando assim do discurso à ação, pois tal como afirmam Staa, Jedeloo e Stege (2011) a construção de relações positivas e de confiança entre os profissionais de saúde incrementa a coresponsabilização pelo tratamento e aumenta a autoestima e independência dos adolescentes.

Ao terminar este trabalho gostaríamos de realçar a excelente oportunidade que a sua realização nos proporcionou ao ter contribuído para compreender e conhecer *in loco* as tendências e particularidades de alguns adolescentes em situação de internamento.

Existiram algumas dificuldades associadas à realização das entrevistas relacionadas sobretudo com a falta de experiência do investigador e com o facto de trabalhar no local onde foram realizadas as mesmas, o que pode constituir uma limitação deste trabalho, apesar do investigador não ter prestado cuidados aos adolescentes que incluíram a amostra na tentativa de minimizar esta possível limitação. Também a reduzida dimensão da amostra, bastante menor do que o inicialmente expectável, não permite que os dados recolhidos sejam generalizados. No entanto consideramos que o conjunto de resultados fornece informações preambulares muito interessantes acerca de alguns aspetos que

podem contribuir para a melhoria das práticas ao adolescente e família neste serviço de pediatria e que beneficiariam de um estudo mais alargado e aprofundado no futuro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: Como facilitar a transição? *Adolescência e Saúde*. 9 (3). 21-28. Acedido: 27/10/2012. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com).

Almeida, I. S., Rodrigues, B. M. R. & Simões, S. M. F. (2007). Hospitalização do Adolescente. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 7(1). 33-39. Acedido em 14/03/2013. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/14-hospitalizacao-do-adolescente.html>

Amado, J. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Revista Referência*. 5. pp. 53-63.

Anderson, G., Lampropoulos, B., Clarke, S. & Kohn, M. (s.d.). Perceived Needs and Patient Satisfaction in Relation to Adolescent Health Care. Acedido em 10/09/2013. Disponível em: [http://www.awch.org.au/pdfs/conferences/1999/Adolescent\\_Health\\_Care.pdf](http://www.awch.org.au/pdfs/conferences/1999/Adolescent_Health_Care.pdf)

Aquino, J. H. W. (2009). Unidades de internação hospitalar específicas para adolescentes: vale a pena? *Adolescência & Saúde*. 6(2). 47-50.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica- Perspectiva Desenvolvimentista*. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores;

Carta da criança hospitalizada / Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança. - Lisboa : IAC, 1998.

Center for Pediatric Traumatic Stress – At the Hospital: Helping My tenn Cope With Illness. What parents and caregivers can do. The Children’s Hospital of Philadelphia for the health care. Disponível em: [www.healthcaretoolbox.org](http://www.healthcaretoolbox.org)

Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Definição da idade pediátrica em Portugal. Diário da República II Série, N.º 112 (11-01-2010) 32123.

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

Fortin, M.; Grenier, R. & Nadeau, M. (2003). Métodos de Colheita de Dados. In M. Fortin. (2003). *O Processo de Investigação: da conceção à realização* (p. 239-265). Camarate: Lusociência;

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov\\_ aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Acedido 21/11/2012. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_02\\_14/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html).

Rojas, J. R. (s.d.). *La importancia de la promoción de la salud durante de la Adolescencia*. Acedido 18/03/2013. Disponível em: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/La%20importancia%20de%20la%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20durante%20de%20la%20Adolescencia-Dra.%20Julieta%20Rodr%C3%ADguez%20Rojas.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2009). *Requisitos Para o Atendimento ao Adolescente. Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Acedido 25/02/2013. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao\\_Medicina\\_Adolescente/requisitos\\_atend\\_adolescente\\_spa-spp.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Medicina_Adolescente/requisitos_atend_adolescente_spa-spp.pdf)

- Staa, A. L.; Jedeloo, S. & Stege, H. (2011). "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Preference and Adherence*. Dove Medical Press, Ltd. 291-305. Acedido a 15/15/2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140311/pdf/ppa-5291.pdf>
- Taquette, S. R. (2010). Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Adolescência & Saúde*. 7 (1) 6-11. Acedido 25/02/2013. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=174](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=174)
- Tavares, H. B & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 40 (4). 154-159. DOI: 08739781/09/40-4/154. Acedido 12-11-2012.

## ***Apêndice 1. Guião da Entrevista Semiestruturada efetuada aos adolescentes***

<p><b>Guião de Entrevistas aos adolescentes internados num Serviço de Internamento de Pediatria</b></p>
---

### **Objetivos Gerais**

- Identificar os sentimentos e as necessidades de atendimento do adolescente internado no serviço de Pediatria;
- Recolher sugestões dos adolescentes no que concerne a eventuais mudanças a implementar no atendimento ao adolescente;
- Analisar o grau de satisfação geral do adolescente em relação ao atendimento no serviço de internamento de pediatria.

## Instrumento de colheita de dados – Entrevista semiestruturada

Blocos temáticos	Objetivos Específicos	Questões Orientadoras
<p><b>Legitimação da Entrevista</b></p>	<p>- Motivar o adolescente para participar na entrevista, ajudando-o a entender os objetivos do estudo;</p>	<p>- Informar que se trata de uma entrevista de breve, sem respostas certas ou erradas;                      - Reforçar a importância da sua colaboração e opinião sincera;                      - Explicitar os objetivos da entrevista;                      - Assegurar a privacidade e a confidencialidade na recolha e tratamento dos dados;                      - Solicitar preenchimento do consentimento informado.</p>
<p><b>Caracterização Sociodemográfica do adolescente</b></p>	<p>- Caracterizar os adolescentes quanto à idade, escolaridade, naturalidade, hábitos de vida, contexto familiar e habitacional;</p>	<p>- Que idade tens?                      - Estudas? Em que ano? Numa escola pública ou privada?                      - Trabalhas?                      - Vives com quem? Os teus pais trabalham?                      - Nascestes em Portugal? Se não, onde nascestes?                      - Vives em Portugal há quanto tempo?                      - Tens alguma atividade extra-curricular? Praticas algum desporto? Música?                      - Já sabes o que queres fazer no futuro?                      - Costumas sair com os teus amigos? O que costumam fazer juntos?</p>
<p><b>Experiência de saúde do</b></p>	<p>- Conhecer a perceção subjetiva do adolescente acerca da saúde</p>	<p>- És saudável? Se Para além da tua patologia crónica tens mais algum problema de saúde?                      - É a primeira vez que estás internado/a? Neste serviço ou em outro? Quantas vezes já estiveste internado/a? (Lembras-te com que idade estiveste internado/a?)</p>

<p><b>adolescente e percepção subjetiva da sua situação de saúde</b></p>	<p>- Caracterizar a experiência de saúde do adolescente</p>	<p>És seguido em centro de saúde? Ou em alguma consulta privada? Vais a que profissional de saúde habitualmente? - Consultas outro profissional de saúde habitualmente, como um psicólogo? Onde?</p>
<p><b>Sentimentos e necessidades dos adolescentes durante o período de internamento/hospitalização</b></p>	<p>- Conhecer a representação e a percepção do adolescente sobre o acolhimento no serviço;</p> <p>- Identificar os sentimentos experienciados pelos adolescentes durante o internamento;</p> <p>- Identificar as necessidades de atendimento sentidas durante o internamento (condições físicas)</p>	<p>- O que sentiste quando te informaram que tinhas de ficar internado? Quem te informou? - Sabes porque estás internado? Quem te deu essa explicação?</p> <p>- (se tiver idade &gt; 15 anos) Perguntaram-te se querias vir para o serviço de pediatria ou ir para um serviço de adultos? O que preferias? Porquê?</p> <p>- Quando vieste para este serviço recordas quem te recebeu? Conta-me como foi. (Quando chegaste deram-te algumas informações sobre o funcionamento do serviço e mostraram-te as instalações? Apresentaram-te alguns profissionais? Como te sentiste?)</p> <p>-</p> <p>- E sobre o serviço? O que achas das suas condições físicas no geral? (É agradável?...ou não?); - - Achas que este espaço está adequado à tua idade? O que mudavas? No quarto, na enfermaria? - Já foste à sala de actividades lúdicas? O que achaste? - Tem actividades adequadas para ti? Que sugestões dás para melhorar? (O que achas que faz falta para os jovens?)</p> <p>- É importante para ti poderes ter aqui os teus pais/pessoa significativa?</p>

	<p>- Identificar as necessidades de atendimento sentidas durante o internamento (atitudes relacionais e comportamentos dos profissionais)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De que é que sentes mais a falta? E de quem sentes mais a falta?</li> <li>- Os teus amigos sabem que estás internado? Como reagiram?</li> <li>- Tens falado com eles? Eles têm vindo visitar-te? Se não, porquê?</li> </ul> <p>O que achas que está a ser menos bom no internamento?</p> <p>( Como ultrapassaste essa situação? Falaste com alguém acerca disso? Alguém percebeu que estavas triste/zangado/revoltado/ com dor? Quem?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- E agora podes falar um pouco sobre o que gostaste mais, ou o que achas que foi mais positivo para ti, durante este tempo em que tens estado no hospital?</li> </ul> <p>(Sentes que “cresceste” durante este processo de doença? Como? Queres falar um pouco sobre isso?)</p> <p>Gostava que me falasses também em relação aos <b>profissionais</b> que aqui trabalham: Como é que os descreves?</p> <p>(Os profissionais apresentam-se quando falam contigo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falam contigo com uma linguagem clara? Consegues compreender as informações que te dão?</li> <li>- Sentes que os profissionais ouvem a tua opinião? Perguntam-te como queres fazer determinado procedimento? Pedem a tua colaboração para alguns tratamentos?</li> <li>- Informam-te dos procedimentos que te vão fazer? Combinam alguma coisa contigo?</li> <li>- Consideras que respeitam a tua privacidade?</li> <li>-Sentes que podes confiar neles?</li> </ul>
--	---	--

		- O que é para ti um bom profissional de saúde? (um bom enfermeiro, um bom médico?)
<b>Sugestões de mudança</b>	- Identificar sugestões para melhoria da qualidade dos cuidados ao adolescente	- Gostava que desses algumas sugestões para melhorar o atendimento aos jovens aqui no serviço. O que queres dizer? <ul style="list-style-type: none"> <li>• por ex. Em relação aos espaços físicos?</li> </ul> por ex. Em relação aos profissionais de saúde, o que gostarias que fosse diferente?
<b>Satisfação com o atendimento em geral</b>	- Avaliar o grau de satisfação do adolescente com o atendimento em geral	- Se te pedisse para fazeres uma avaliação no geral em relação à forma como foste atendido no serviço, o que dirias? [por ex. numa escala de 1 (Muito mau) a 5 pontos (Muitíssimo bom)]

## **Apêndice 2. Pedido de Consentimento Informado efetuado aos adolescentes e pais/substitutos legais**

### **Consentimento Informado Livre e Esclarecido**

Sou enfermeira e estou a fazer um estudo sobre o atendimento aos adolescentes nos serviços de saúde, em particular nos serviços de internamento dos hospitais para conhecer as principais necessidades dos jovens quando estão internados e saber a sua opinião sobre as coisas boas e menos boas durante o período em que estão no hospital.

Por isso venho pedir a tua colaboração para uma breve entrevista pois considero que as tuas ideias, opiniões e sugestões são fundamentais para podermos melhorar os cuidados de saúde aos adolescentes. Não há respostas certas ou erradas, apenas quero a tua opinião pessoal e peço-te que sejas sincero (a). A tua participação é voluntária e podes desistir a qualquer momento.

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

Para não perder informação e facilitar a análise do teu testemunho, pedimos-te consentimento para gravarmos em áudio a nossa conversa. Garantimos que, depois dos dados serem analisados, a gravação será destruída.

Muito obrigada pela tua participação!

Sara Jacinto

([sarajacinto@campus.esel.pt](mailto:sarajacinto@campus.esel.pt))

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Assinatura do Adolescente*

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste termo de consentimento e que autorizo o meu filho(a) a participar nesta entrevista

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Assinatura*

*do*

*pai/mãe/representante*

**Apêndice 3. Matriz Categorização do Conteúdo das Entrevistas realizadas aos adolescentes**

<b>Categorias</b>	<b>Sub-categorias</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Sentimentos face à notícia de internamento</b>	Negativos	Medo	A1: <i>"hum...fiquei um bocadinho, um bocado...ah, com medo, era uma coisa nova".</i>
		Tristeza	A1: <i>"e, um bocado triste..."</i> .
<b>Sentimentos face à notícia de internamento</b>	Positivos	Alívio/ Bem-estar	A2: <i>"eu por acaso senti-me bem (...) senti que me iam tratar";</i> A4: <i>"queria que as dores acabassem por isso... não quero estar cheia de dores em casa por isso vou ficar aqui";</i> A5: <i>"sabia que ao ficar internado ia ficar bem, mais rápido resolvia isto, mais rápido ia para casa".</i>
		Estão doente/ Ter dores	A1: <i>"ter as dores que tive";</i> A2: <i>"(...) as dores";</i> A3: <i>"Já não aguentava as dores de cabeça...";</i> A5: <i>"..o pior foi a doença".</i>
<b>Particularidades associadas ao internamento</b>	Aspetos Negativos	Falta de liberdade	A1: <i>"[Não] Poder sair livremente....";</i> A2: <i>"Oh, 'tou sempre no mesmo espaço, não tenho muita liberdade";</i> A3: <i>"O que eu podia fazer lá fora não posso fazer cá dentro"</i> A4: <i>"Às vezes digo ao meu pai ... Oh pai deixa-me ir contigo apanhar ar! Mas sei que não posso.";</i> A5: <i>"Tenho saudades de estar lá fora, de ar respirável, ar puro..."</i> .
		O Tempo passar devagar	A1: <i>"Ficar aqui o tempo todo...o dia todo, uma "seca";</i> A2: <i>"...o tempo passa devagar, devagar";</i> A5: <i>"O tempo passa devagar."</i> .
		Alteração imagem corporal	A1: <i>"estavam já a dizer que me iam rapar a cabeça, e depois estavam-se a assustar e falaram em buraco e isso tudo";</i> A3: <i>"Mas também não parti nada...só raspei a cabeça";</i> A5: <i>"não me sinto confortável que me vejam apenas com 58kg(...)tipo com a sonda no nariz...tinha receio que alguém</i>

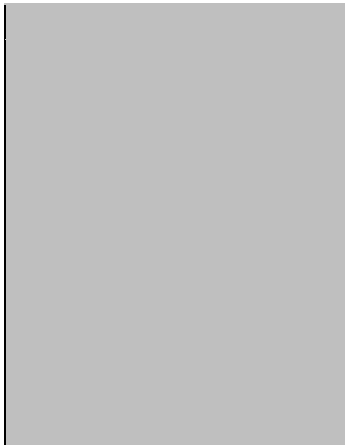
			<i>olhasse para mim e desmaiasse”.</i>
<b>Particularidades associadas ao internamento</b>	<b>Aspetos Positivos</b>	Alimentação	A1: <i>“É por causa do esparregado”</i> A3: <i>“E a comida parece melhor [nos filmes]”</i> A4: <i>“E... E a comida”;</i> A5: <i>“Comer! Comida...”.</i>
		Suporte/ Atenção	A1: <i>“Trataram-me bem...”</i> A2: <i>“Sim, as pessoas sentem-se melhor, que têm suporte (...) Acho que há uma boa atenção por parte do pessoal que trabalha cá”;</i> A5: <i>“Tenho tido um bom acompanhamento, que possibilitou uma evolução bastante satisfatória da doença...”.</i>
		Maturação/ Aprendizagem	A1: <i>“me senti uma pessoa nova, maior”;</i> A3: <i>“E agora já sei controlar a minha alimentação, e o que devo ou não comer.”;</i> A5: <i>“Sim, ajudou-me a perceber que não damos valor à normalidade...no entanto estar doente (...) aprendi a dar um valor completamente diferente ao estado físico normal, saudável...agora vejo de uma forma completamente diferente”.</i>
		Ambiente agradável	A1: <i>“Os profissionais são bons ah, as coisas também...”;</i> A3: <i>“Mas ya acho que gosto de ‘tar aqui (...) estar com crianças”;</i> A4: <i>“É [um serviço agradável]”;</i> A5: <i>“É um ambiente muito mais, aqui na pediatria, muito mais relaxado” (...) eu acho que ‘tivesse noutro sítio que não fosse tão bom acho que era capaz de notar a diferença”.</i>

Preferências em relação ao internamento	Local de Internamento	Opção pela Pediatria	<p>A2: “Por enquanto estou bem aqui [na pediatria](...) Acho que se calhar está mais adequado e há mais cuidado”;</p> <p>A3: “Enfim...Sei lá, nos adultos se calhar tem horários mais estipulados, não sei, nunca fui para outro lado (...) até gosto de crianças, é tranquilo ‘tar aqui’”;</p> <p>A5: “ [Na urgência geral] é bastante pesado. Acho que aí um miúdo de 15 anos não se adaptada lá muito bem (...)Eu penso que preferia na pediatria ainda (...)por mais golfinhos que hajam nas paredes...aqui ainda é melhor!”.</p>
	Presença Pais	Ajuda e Apoio	<p>A1: “A minha mãe ajuda-me porque está sempre aqui”;</p> <p>A2: “Acho que para as pessoas da minha idade (encolhe os ombros) ...não é importante. Acho que até preferem que os pais estejam pouco”;</p> <p>A3: “ se não tivesse aqui a minha mãe se calhar sentia-me mais sozinho”;</p> <p>A4: “é importante (...) mas se forem para casa eu fico bem”;</p> <p>A5: “ Eu sou racional mas quando estou internado começa a instalar-se o pânico e os pais dão apoio”.</p>
	Presença dos Amigos/ Socialização	Visita dos amigos	<p>A2: “ [falta] dos amigos e de casa. (...) [os amigos] Podem vir, para mim era melhor...ajudava a passar o tempo”;</p> <p>A4: [Falta] dos amigos, principalmente (...) Mandaram-me montes de mensagens: “põe-te melhor”, “melhora rápido”(...) Sim [visitaram] Ofereceram-me flores. Foi a primeira vez que recebi flores”;</p> <p>A5: “Sinto falta dos meus colegas. Porque eu até gosto da escola e de estar com os meus colegas, e não os ver para mim tem sido um bocado complicado”.</p>
		Convívio com pares	<p>A1: “ [sala] para convívio também.”;</p> <p>A2: “ pelo menos com pessoal da minha idade, na mesma sala.</p> <p>A3: naquele sítio [sala de convívio] (...) podíamos ter uma televisão com todos os canais (...)”;</p>

<b>Necessidades de Atendimento</b>			<p>A4: “ Acho bem que haja uma sala de brincar, mas também acho bem que haja uma sala mais para a nossa idade”;</p> <p>A5: “Porque estou com os meus colegas de quarto a jogar playstation”.</p>
	Atividades Lúdicas Adequadas	Computador com internet, jogos, pintura, artes, entre outros	<p>A1: “Oh um computador...(..) ...eu gosto de jogar ao monopólio (...) [jogos] mais dos técnicos”;</p> <p>A2: “Podia haver DVD´s para ver, atividades...(..) Eu lembro-me que na E. havia uma sala de atividades grande e fazia-se muita coisa, desde a pintura, as artes, até jogos ou jogos de tabuleiro...havia mais ou menos de tudo e a pessoa fazia o que queria consoante o seu gosto (...) Só quando a pessoa estava mesmo mal e não podia ir até à sala, as enfermeiras traziam até ao quarto ou a playstation ou o jogo de tabuleiro, o quer que seja”;</p> <p>A3: “Ya, jornais”;</p> <p>A4: “Punha atividades para adolescentes (...) atividades como eles fizeram agora [referindo-se à madscience] mas talvez mais para a nossa idade, mais avançado (...) Devia haver computadores também, e internet (...) também podia haver livros, que eu até gosto de ler, gosto de livros mais para a nossa idade”.</p> <p>A5: “Tive lá a ver [na sala de brincar] como aquilo era, não fiz lá nenhuma atividade...não fiz ali nada”.</p>
	Ambiente adequado à	Decoração menos “infantil”	
Camas de maior dimensão e conforto			<p>A1: “As camas maiores [na enfermaria] ”;</p> <p>A2: “tamanho das camas, eu sou pequeno mas uma pessoa normal de 18 anos se calhar não cabe aqui”;</p> <p>A3: “As camas parecem ser mais confortáveis [nos filmes]”.</p>

<b>Necessidades de Atendimento</b>	faixa etária		
		Maior diversidade de canais de TV	A2: "Aqui no quarto vejo TV e isso. Mas também não há muito. Ontem vi a sic"; A3: "Sim, mais um canal [de televisão] ou outro..."; A5: "porque por exemplo os desenhos-animados dão de manhã e depois é só notícias, nem os miúdos veem mais nada...".
	Cadeiras e mesas da sala de brincar com dimensão adequada	A1: "As cadeiras podiam ser maiores"; A3: "Para a minha idade só há aquele bocadinho com o computador. De resto não há nada. É como a sala também é muito pequenina, não dava para fazer quase nada"; A3: " [as cadeiras] são assim um bocado rodas baixas (...) Umhas cadeiras e umas mesas assim um bocadinho maiores [na sala de brincar]".	
	Privacidade	WC por género	A4: Punha casas de banho, uma para rapazes, outra para as raparigas (...) Porque aqui tenho de estar sempre preocupada com as cortinas (...). Porque gosto muito mais daquele lado [serviço de cirurgia pediátrica]. Há muito mais privacidade"; A5: "uma casa de banho, só uma se o hospital tiver muito cheio torna-se complicado".
		Enfermaria por género/ Quarto individual	A4: "quartos serem sempre partilhados com pessoas mais da nossa idade mais vale bebés rapazes do que da nossa idade rapazes. Mas se tivesse de ser é. É melhor rapariga,né? (...)se fosse rapariga bebé ou da minha idade preferia rapariga da minha idade (...) [preferia] um quarto só para mim (...) Do outro lado também tive uma rapariga da minha idade e gostei de partilhar o quarto com ela".
	Informação e Explicação	A1: " [pessoas que] explicam bem"(...) [quem informou do internamento] Foi a minha mãe (...) Oh [fiquei com] algumas [dúvidas] (...) Às vezes não, mas quase sempre sim [informam dos procedimentos] "; A3: " [o médico] Falou com os meus pais, mas eu estava ao lado do meu pai. Eu estava ao lado, logo estava a ouvir"; A4: " [Dar informação] para eu perceber o que é que está a	

<b>Necessidades de Atendimento</b>	Atitudes e Características desejáveis nos Profissionais de Saúde	Clara	<i>fazer”;</i> <i>A5: “Ah...quando tiraram a sonda disseram que iam tirar, não me explicaram como era e eu não sabia que era assim um puxão...” (...) linguagem bastante clara e isso é um aspeto a valorizar. E não é só o vocabulário, falam de uma maneira relaxada, com a convicção que aquilo vai passar e isso ajuda a subir a moral de um doente...e é...e é criar essa abertura que facilita e promove uma melhor boa disposição no doente”.</i>
		Conhecimento e Competência	<i>A2: “ tenta solucionar o problema do doente da melhor forma possível (...)têm de saber fazer o que faz”;</i> <i>A3: “competentes”;</i> <i>A4: “que ajudar a melhorar e não a piorar como já aconteceu, sim porque já aconteceu eu vir aqui e mandarem-me embora (...) Tem de estar atentos. Tem de estar sempre a vigiar-nos”;</i> <i>A5: “precisa de alguns conhecimentos, não só científicos e medicinais como também psicológicos e sociais”.</i>
		Compreensão e Respeito	<i>A1: “Pessoas que nos entendem”;</i> <i>A3: “Tem (...) compreender o que nós queremos dizer, mesmo quando não sabemos usar as palavras certas”;</i> <i>A5: “ respeitar (...) a privacidade (...) Na minha opinião um enfermeiro tem de interagir bem com pessoas, mais do que um médico”.</i>
		Simpatia e Disponibilidade	<i>A1: “[pessoas que] são simpáticas, coisas assim”;</i> <i>A3: “Seja prestável, como eu já disse que eram as pessoas aí (...) não quer despachar as coisas muito depressa para sair”;</i> <i>A4: “Quando nós chamamos deve vir logo”;</i> <i>A5: “Disponível...hã...sempre pronto a ajudar. Até aprecio bastante a disponibilidade (...) criar essa abertura que facilita e promove uma melhor boa disposição no doente (...) conseguir valorizar o bem-estar do doente mais do que tudo...aumentar o bem-estar (...) ter uma disponibilidade calorosa...isso é necessário para criar boas relações e melhorar a disposição do</i>



	<i>doente. Isso para mim e um bom profissional de saúde”.</i>
Promoção na Participação dos Cuidados	<i>A1: “Às vezes não [pedem opinião] (...) Ah...Eu prefiro tomar os remédios em comprimido e davam-me na veia, mas depois é que me ouviram e deram-me em comprimido”;</i> <i>A2: “Não pediram opinião nenhuma”;</i> <i>A3: “Não [pedem opinião] ” (...) Também não sei nada do que vão fazer”;</i> <i>A4 – “Mais ou menos. Ouvem [a opinião] (...) [os profissionais dizem] Vai tomar banho” (...) E às vezes o Ben-U-Ron® não faz efeito, e eles davam-me na mesma, e eu dizia “não faz efeito”, mas davam-me na mesma (...) Não [combinam os procedimentos] ”;</i> <i>A5: “Não, isso não [pedem opinião]”.</i>

**Apêndice XII-** O Atendimento aos Adolescentes em Situação de Internamento:  
Apresentação dos Resultados de Entrevista realizada a um pequeno grupo de  
adolescentes

# **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

## **O ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE INTERNAMENTO**

**Apresentação dos Resultados de uma Entrevista  
realizada a um pequeno grupo de adolescentes**

Realizado por:

Sara Jacinto Senhorães

Nº 4797

Sob a orientação de:

Profª Maria da Graça Vinagre

Fevereiro de 2014

## **ÍNDICE**

Introdução

1. Caracterização das adolescentes
2. Apresentação e Breve análise dos dados recolhidos
3. Considerações Finais

Referências Bibliográficas

## **APÊNDICES**

Apêndice 1. Pedido de Consentimento Informado efetuado aos adolescentes

Apêndice 2. Breve questionário de caracterização a preencher pelos adolescentes

Apêndice 3. Guião da Entrevista Semiestruturada efetuada aos adolescentes

## INTRODUÇÃO

A OMS (2002) define a adolescência como correspondendo à faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, sendo um período do desenvolvimento marcado por transformações a nível biológico, psicossocial, cognitivo, emocional e cultural.

O adolescente deve ser encarado como um cidadão pleno de direitos e o principal ator na promoção e construção da sua saúde, devendo os serviços de saúde dar ênfase a um atendimento específico que abarque todas as mudanças e necessidades específicas do adolescente de forma integrada, num ambiente adequado (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Rojas, [s.d.]; Sociedade Portuguesa de Pediatria, [s.d.]; Taquette, 2010; Tavares e Fonseca, 2009).

Assim, a necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade adequados aos adolescentes tem sido colocada como um desafio para alcançar condições melhores e mais adequadas aos jovens.

A OE (2010) descreve que compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e, nesse sentido, este deve procurar conhecer essas mesmas necessidades. Para tal é essencial conhecer a opinião dos jovens, pois são eles quem melhor podem identificar as suas necessidades e ajudar-nos a implementar mudanças que vão ao encontro de uma atenção integral aos próprios e suas famílias.

Neste sentido foi elaborada uma entrevista a um grupo de adolescentes, no âmbito da realização da UC Estágio com Relatório, como atividade integrante da frequência do estágio numa Unidade de Internamento de Adolescentes.

O objetivo desta entrevista prende-se com a identificação das necessidades de atendimento dos adolescentes internados numa Unidade de Adolescentes (UA), bem como com o conhecimento das suas expectativas, preferências e sugestões para a melhoria destes serviços de saúde.

A entrevista foi realizada a 8 de Janeiro de 2014 numa sala privada da UA. Procedeu-se à gravação da mesma e respetiva transcrição, sendo assegurada a confidencialidade dos participantes. Foi solicitada a autorização, através de consentimento informado, das adolescentes e respetivos responsáveis legais. O facto dos acompanhantes de alguns dos adolescentes internados na unidade estarem ausentes no momento, impediu a participação desses jovens, motivo pelo qual o grupo foi bastante mais reduzido do que o previsto.

Os dados apresentados foram sujeitos a análise qualitativa.

## **1. CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES**

Na entrevista participaram duas adolescentes de 15 e 16 anos de idade respetivamente.

A mais nova frequentava o 7º ano e a mais velha o 10º ano de escolaridade.

Ambas vivem com elementos da família que não os pais, sendo que a adolescente de 15 anos está à responsabilidade de uma avó, ao passo que a adolescente de 16 anos vive com uma irmã mais velha.

Ambas tinham experiências anteriores em serviços de saúde, sendo as duas portadoras de patologia crónica com necessidade de múltiplos internamentos prévios. Classificam a sua saúde global como Boa (numa escala de Muito Má a Excelente).

## 2. APRESENTAÇÃO E BREVE ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS

As duas jovens presentes na entrevista identificaram como serviços de saúde que se recordaram em primeiro lugar os fornecidos pelas instituições escolares onde estudam, seguindo-se o centro de saúde e os centros de acolhimento/atendimento de idosos. Revelam contudo que se dirigiram sobretudo ao hospital e ao centro de saúde quando necessitaram.

Relativamente à **experiência na UA** as adolescentes afirmaram inicialmente que estava a decorrer de forma positiva, referindo, de modo geral, uma das jovens, que neste encontra aspetos como a **simpatia**, o **funcionamento adequado** e as **condições necessárias** (*“a nível de simpatia e do bom funcionamento acho que não podemos pedir mais nada (...) Acho que tem condições”, A2*).

Mencionando, **as condições físicas do serviço**, a outra entrevistada discorda referindo que esta unidade apresenta menos condições comparativamente com outras em que esteve, dando a entender que o ambiente é húmido e com infiltrações, o que a desagrada. A outra adolescente concorda mas volta a referir a sua preferência por este serviço em relação aos outros onde esteve com melhores condições físicas. Evidencia como aspetos positivos da unidade o **bom atendimento**, a **amabilidade**, o **saber ouvir** e a **atenção facultada** que lhe permite sentir *“como se tivéssemos em casa”* (A2), declarando que estes aspetos compensam os menos positivos. Esta última referência valoriza, tal como nos indica a literatura, os aspetos relacionais do atendimento em detrimento dos recursos estruturais dos locais onde os adolescentes são atendidos (Tavares e Fonseca, 2009).

O **acolhimento** é igualmente referido pelas duas como um momento importante, sentindo-se bem acolhidas. Ambas foram recebidas pela equipa de enfermagem. Contudo quando questionadas do porquê de se sentirem bem acolhidas não especificaram.

Em relação aos **aspetos negativos do internamento** evidenciaram dados como a **doença** em si, o não gostarem da comida, o facto de estarem **sem os amigos**, a **redução da privacidade**, a **alteração das rotinas** do dia-a-dia, com horários diferentes,

**não terem atividades para fazer e não poderem sair do hospital**, sendo este último o aspeto mais negativo de todos para uma das adolescentes.

Estes dados são também evidenciados na literatura como particularidades aos quais os profissionais de saúde devem estar atentos. De facto, tal como nos alertam Abreu e Azevedo (2012:25): “*sentir que não fazem nada e sentirem-se presos é tendencialmente negativo para os adolescentes*”. Sendo a adolescência uma fase de exploração, de busca de liberdade e autonomia, todas estas restrições e constrangimentos, associados a um internamento, podem afetar negativamente os adolescentes e ser uma condição inibidora de transição e de desenvolvimento. A ausência e distância dos amigos determina igualmente uma rutura brusca do ponto de vista social, tão importante nesta fase, que pode interferir negativamente e favorecer a diminuição da autoestima (Almeida, Rodrigues e Simões, 2007).

Tal como afirma Barros (2003) para algumas crianças e adolescentes o facto de entrarem num hospital pode ser vivido como uma situação de *stress*, ao passo que para outras pode ser uma experiência de exploração ativa, em que fazem questões, e procuram apoio emocional e conforto junto dos cuidadores. Assim, o internamento pode significar também uma experiência positiva em que o adolescente constrói estratégias de *coping* para lidar com a situação de transição que vivencia, ajudando-o a construir uma identidade positiva, noção de controlo e independência (Dodds,2010).

Como **aspetos positivos do internamento** as adolescentes referiram os seguintes pontos: estarem sujeitas a tratamentos que vão **melhorar a sua saúde, conviverem com outros adolescentes** internados, poderem **manter o contato com a escola** e crescente noção de **autonomia e responsabilização** com a criação de regras no seu dia-a-dia, que por vezes não sentem em casa.

Quando incentivadas a dar **sugestões para melhorar o serviço de internamento**, as adolescentes indicaram: melhorar as condições para os pais poderem pernoitar (“*Cadeiras melhores para os pais dormirem...*”, A1); ter acesso *wi-fi* à internet para poderem aceder no quarto; aumentar o número de computadores; realização de mais atividades, em particular atividades em grupo; e realização de palestras para poderem discutir assuntos em conjunto, o que revela na minha perspetiva, o aumento de oportunidades de interação social, tão importantes nesta fase de desenvolvimento e a necessidade de afirmação e de emitir opinião.

Relativamente ao modo como percecionam os **profissionais de saúde**, começaram por referir que estes se **preocupam** com elas focando novamente aspetos como a **atenção**, a **disponibilidade para as ouvir** e o facto de estarem **atentos às suas necessidades**.

Referindo-se à **equipa de enfermagem** consideram que esta deve estar **atenta à sua saúde e bem-estar**. Um enfermeiro deve ter **conhecimento** sobre as situações e **detetar atempadamente eventuais problemas**, cumprindo as suas funções com **qualidade** e de forma atempada. Referiram ainda como características importantes a **atenção** e a **simpatia** (“ *Ser simpático. A2 (...) É fundamental, pelo menos para nós adolescentes, A1*).

Quanto à **equipa médica** mencionaram que deve apresentar as mesmas qualidades e características que a equipa de enfermagem, mas focam igualmente o aspeto do **diagnóstico** e da **alta**. Acrescentam que o diagnóstico só deve ser informado quando há **segurança** neste, dando a entender que sofrem com a incerteza e se preocupam, por vezes, desnecessariamente: “*devem manter para eles (...) prognósticos e situação, quando não têm a certeza, para não nos ‘tarem a preocupar a nós, porque eles têm o dever de se preocupar e nós temos o dever de ter esperança em alguma coisa*”, A2). Acresce ainda a necessidade de **informação**, embora referissem novamente, a necessidade de esta ser **clara** e **válida**. As adolescentes referiram igualmente que as **informações** e **esclarecimento de dúvidas** devem ser **dados aos próprios e não só aos pais**. Uma das adolescentes referiu ainda a necessidade de sentir que o médico se preocupa com ela e que é seu amigo.

Os aspetos referidos vão de encontro ao que é mencionado em outros estudos, sentindo os adolescentes a necessidade de contarem com profissionais competentes não só tecnicamente, mas que apresentem também competências relacionais de comunicação, honestidade e que os tratem de acordo com a sua idade e sensibilidade, adaptando a informação dada (Dodds, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2010; Staa, Jedeloo e Stege , 2011).

Relativamente ao facto de preferirem estarem internadas em serviços de pediatria ou especificamente direcionados aos adolescentes, uma das jovens revela a sua indiferença, não manifestando preferências, ao passo que a mais velha, revela preferir a unidade de adolescentes, referindo que o ambiente neste é mais calmo e tranquilo.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O internamento pode significar um processo de transição, não-normativo, e os indivíduos em transição tendem a ser mais suscetíveis aos riscos e conseqüentemente podem agravar o seu estado de saúde (Abreu e Azevedo, 2012; Dodds, 2010).

A capacitação das equipas que cuidam dos adolescentes internados, através do conhecimento científico e das necessidades destes, é essencial para que o profissional de saúde possa estar apto a compreender as atitudes e respostas dos adolescentes, com sensibilidade e empatia, dando-lhes atenção e apoio, ajudando a minimizar assim os riscos inerentes a uma hospitalização.

Assim, a realização desta entrevista de grupo, ainda que com uma amostra muito reduzida, embora não permita retirar conclusões muito alargadas, possibilita chegar a alguns dados e apreciações bastantes interessantes.

Os dados recolhidos sugerem que as adolescentes estão em geral satisfeitas com os cuidados prestados e sentem-se relativamente bem na unidade de adolescentes onde estão internadas e onde decorreu a entrevista.

Apontam a redução do contacto com os amigos, a limitação da privacidade e a alteração das rotinas diárias como os principais aspectos negativos do internamento, para além da doença, pelo que poderiam ser revistas algumas normas da instituição e da equipa relativamente a estes aspectos e qual a melhor forma de os contornar, sem prejudicar o bom funcionamento do serviço.

Tal como afirmam Staa, Jedeloo e Stege (2011) a construção de relações positivas e de confiança entre os profissionais de saúde incrementa a coresponsabilização pelo tratamento e aumenta a autoestima e independência dos adolescentes. As adolescentes preferem profissionais competentes, honestos, interessados e atentos às suas necessidades. Pretendem que estes estejam disponíveis, que os tratam com simpatia e que cuidem delas com conhecimento e qualidade, disponibilizando informações claras e válidas. Assim ressalva-se que, apesar de no geral, as adolescentes estarem satisfeitas com a equipa de saúde, existe a necessidade de (re) pensar as práticas e atitudes dos profissionais que cuidam dos jovens e famílias internados neste serviço, nomeadamente

no que se refere à disponibilização da informação dirigida ao adolescente, no esclarecimento de dúvidas e transmissão de segurança e preocupação com estes.

Como acrescentam Papalia, Olds e Feldman (2001) apesar de transculturalmente a fase da adolescência ser surpreendentemente similar em muitos aspectos é preciso ter cuidados com as generalizações. Tal como foi evidente na entrevista, ainda que com uma amostra reduzida, as adolescentes não valorizaram algumas das necessidades da mesma forma. Assim, adolescentes não são um grupo homogêneo pelo que deve evitar-se abordar os jovens com preconceitos e ter consciência de alguns mitos sobre a adolescência.

Ao terminar este trabalho gostaria de realçar a excelente oportunidade que a sua realização me proporcionou ao ter contribuído para compreender e conhecer *in loco* as tendências e particularidades de alguns adolescentes em situação de internamento.

Fica a vontade de explorar ainda mais este tema e continuar o estudo neste âmbito de modo a poder contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem no cuidado ao adolescente e família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: Como facilitar a transição? *Adolescência e Saúde*. 9 (3). 21-28. Acedido 27/10/2012. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com).
- Almeida, I., Rodrigues, B, & Simões, S. (2007). Hospitalização do adolescente. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 7(1). 33-39.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica- Perspectiva Desenvolvimentista*. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%20A7aJov\\_ aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%20A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, S. W. (2001). *O mundo da criança*. (8ªed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Rojas, J. R. (s.d.). *La importancia de la promoción de la salud durante de la Adolescencia*. Acedido 18/03/2013. Disponível em: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/La%20importancia%20de%20la%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20durante%20de%20la%20Adolescencia-Dra.%20Julieta%20Rodr%C3%ADguez%20Rojas.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2009). *Requisitos Para o Atendimento ao Adolescente. Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Acedido 25/02/2013. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao\\_Medicina\\_Adolescente/requisitos\\_atend\\_adolescente\\_spa-spp.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Medicina_Adolescente/requisitos_atend_adolescente_spa-spp.pdf)

Staa, A. L.; Jedeloo, S. & Stege, H. (2011). "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Preference and Adherence*. Dove Medical Press, Ltd. 291-305. Acedido a 15/15/2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140311/pdf/ppa-5291.pdf>

Taquette, S. R. (2010). Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Adolescência & Saúde*. 7 (1) 6-11. Acedido 25/02/2013. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=174](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=174)

Tavares, H. B & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 40 (4). 154-159. DOI: 08739781/09/40-4/154. Acedido 12-11-2012.

**Apêndice1. Pedido de Consentimento Informado efetuado aos  
adolescentes**

Estou a fazer um curso de mestrado em enfermagem e estou a estudar o atendimento ao adolescente nos serviços de saúde, sobretudo em situações de internamento no hospital.

Por isso peço a tua colaboração, pois considero que a tua opinião é fundamental para podermos melhorar os cuidados de saúde aos adolescentes.

Assim peço que respondas a este breve questionário e que participes na entrevista que vamos fazer em grupo.

Não há respostas certas ou erradas. O importante é a tua opinião pessoal por isso peço-te que sejas sincero (a).

A entrevista será gravada de forma a facilitar o tratamento dos dados.

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

Muito obrigada pela tua participação!

Sara Jacinto ([sarajacinto@campus.esel.pt](mailto:sarajacinto@campus.esel.pt))

**Apêndice 2. Breve questionário de caracterização a preencher pelos  
adolescentes**

**Caracterização dos Participantes**

Gostaria de conhecer alguns dados sobre ti:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

Ano escolaridade que estás a frequentar: \_\_\_\_\_

Vives com?

Pais \_\_\_\_

Pais e irmão (s) \_\_\_\_

Só com o pai \_\_\_\_

Só com a mãe \_\_\_\_

Avós \_\_\_\_

Outro \_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Como consideras a tua saúde? (assinala com uma cruz (X) a resposta mais adequada)

\_\_\_\_\_

Muito Má                      Má                      Boa                      Muito Boa                      Excelente

É a primeira vez que estás internado no hospital?

Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se não, quantas vezes já tiveste internado? \_\_\_\_\_

Porque estás no hospital, qual o teu problema de saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Apêndice 3. Guião da Entrevista Semiestruturada efetuada aos adolescentes**

#### Guião da Entrevista de Grupo na UIA

Data:
Hora de início: _____ Hora de término: _____

- I. Apresentação dos elementos da entrevista; apresentação dos objetivos- reforçar a importância da sua opinião e de que não há respostas erradas pelo que é importante que todos participem
  
- II. **Abordagem inicial:** Gostaríamos de começar a nossa conversa sobre os serviços de saúde...qual é a vossa perceção destes...
  1. Que **serviços de saúde conhecem?**
  2. E dos que falaram já recorreram a algum? Qual?
  3. Querem falar um pouco da **vossa experiência** neste serviço?
    - 3.1. Como é que foram **recebidos?**
    - 3.2. **Quais** foram os **profissionais de saúde** que vos receberam?
    - 3.3. Pensem na **experiencia que tem tido aqui**. Sentiram que os profissionais de saúde **se interessaram pelos vossos problemas?** Como? Em que **aspetos** é que eles se interessaram mais?
      - 3.3.1. Consideram o internamento uma **experiencia negativa?** Em que aspeto? O que estar internado tem de mau?
      - 3.3.2. Há **aspetos positivos** de que queiram falar?
  4. O que é que vocês acham de ter um serviço de internamento que recebe adolescentes, como este onde estão? Que características devem ter?
  
  5. Falando nos profissionais...
    - 5.1. O que é para vocês um **bom profissional de saúde?** Como gostariam que eles fossem?
    - 5.2. E um **bom enfermeiro** como deve ser? Para vós como seria um enfermeiro ideal? E o médico?
    - 5.3. Concluindo a nossa conversa, **que conselhos gostariam de dar aos profissionais** de saúde para **melhorarem o atendimento aos jovens da vossa idade, concretamente aqui no hospital?**

**Apêndice XIII-** Documento apresentado à Equipa de Enfermagem do Internamento de Pediatria em substituição da Sessão de Formação:  
“O Adolescente em Internamento Pediátrico”

- Conceitos, Breve Caracterização e Motivos de internamento
- Análise das Necessidades de Satisfação em Internamento

**O ADOLESCENTE NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA  
NECESSIDADES DE ATENDIMENTO**



Realizado por:

Sara Jacinto Senhorães

Nº 4797

Sob a orientação de:

Profª Maria da Graça Vinagre

Abril de 2014

## INTRODUÇÃO

Este pequeno documento pretende resumir sucintamente o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio realizado no Internamento de Pediatria que ficará para consulta de toda a equipa multidisciplinar, subordinado à temática da adolescência.

Pretende-se que este sirva de base para a **reflexão e discussão** em Equipa com planeamento de eventuais mudanças face ao atendimento ao adolescente, para a qual conto com a participação de todos.

### O ADOLESCENTE: BREVES CONCEITOS E CONTEXTUALIZAÇÃO CRONOLÓGICA

- **CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA**

Existem várias definições do conceito de adolescência.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) a **adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos** sendo um período do desenvolvimento marcado por **transformações a nível biológico, psicossocial, cognitivo, emocional e cultural**.

- **PRINCIPAIS MUDANÇAS NO DESENVOLVIMENTO**

A **nível biológico** a maioria dos autores defende que a adolescência começa com a **puberdade**, ou seja, o processo de se tornar fisicamente capaz de se reproduzir, e com o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários (Opperman e Cassandra, 2001; Papalia, Olds e Feldman, 2001; Sprinthall e Collins, 2003).

A **nível do desenvolvimento cognitivo** destaco os estudos e definições de dois autores: Erikson e Piaget.

A teoria de desenvolvimento mais amplamente aceite e aplicada à prática clínica é a **Teoria de Desenvolvimento Psicossocial de Erik Erikson** descrita pela primeira vez em 1963 (Opperman e Cassandra, 2001).

A adolescência tem uma posição de destaque na teoria de Erikson. Entre os **7-11 anos** ocorrem as tarefas de **Indústria vs. Inferioridade**, onde as crianças aprendem com entusiasmo a serem competentes e produtivas em oposição a se sentirem inferiores e incapazes quando não completam ou cumprem adequadamente determinada tarefa. Entre os **12-19 anos** as tarefas apresentadas são **Identidade vs Confusão de Papéis**, durante este período, o indivíduo deve estabelecer um sentido da identidade pessoal, evitar os perigos da confusão de funções e evitar a difusão da identidade. O adolescente procura perceber quem é, definindo identidades sexuais, étnicas e profissionais ou, em oposição sente-se confuso em relação aos papéis futuros a desempenhar.

Na **Teoria de Desenvolvimento Cognitivo de Piaget** a inteligência e a cognição é a força matriz que proporciona o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente.

Para Piaget o adolescente, além de ser capaz de operar sobre conteúdos concretos, é também capaz de o fazer sobre conteúdos enunciados verbalmente, ou seja, desenvolve o **pensamento formal ou abstrato**. Adquirem a capacidade de pensar as possibilidades e hipóteses como forma de resolução de problemas e são capazes de planificar o seu pensamento, ou sejam, passam a pensar e raciocinar “*de uma forma mais abstrata, especulativa e flexível (...) reconhecem que aquilo que apreendem constitui, apenas, uma possibilidade num conjunto de possibilidades; as coisas podem ser diferentes do que parecem*” (Sprinthall e Collins, 2003, p.93).

Agrupando alguns destes aspetos a **OMS (2002)** afirma que a **adolescência encontra-se dividida em três etapas ou períodos**, não sendo portanto uma fase uniforme ao longo do tempo, ocorrendo diferentes transformações ao longo desta:

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

- **ALARGAMENTO DA IDADE PEDIÁTRICA: LEGISLAÇÃO E MOMENTOS DE MUDANÇA**

Existem algumas datas e factos determinantes que influenciaram em Portugal as Políticas de Saúde do Adolescente nos últimos 25 anos das quais destacamos:

- **1989:** Criação da Carta da Criança Hospitalizada, pela European Association for Children in Hospital, onde se distingue:

***Artigo 6º** - As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança.*

***Artigo 7º** - O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e segurança.*

- **1989:** Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, ratificada por Portugal em **1990**, da qual transcrevemos os seguintes artigos:

***Artigo 1º** - Nos termos da presente Convenção, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.*

**2010:** Publicado o **Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho**, que visa assegurar a acessibilidade à rede de cuidados pediátricos em todo o Sistema Nacional de Saúde português a todos os utentes até aos 18 anos menos um dia.



**“Nova” realidade e novo desafio para a equipa**

- **O ADOLESCENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: QUE ATENDIMENTO?**

O **internamento** num hospital pode significar um meio hostil, um momento de **crise**, em que ocorre uma transição para um ambiente pouco familiar, sendo uma fonte de **stress** e **ansiedade** podendo significar mudanças e necessidades complexas (Barros, 2003; Center of Pediatric Traumatic Stress, [s.d]; Jorge, 2004; Maas e Zagonel, 2005; Meleis, 2012). As **atitudes dos profissionais** envolvidos nos cuidados vão ser cruciais para que esta experiência decorra com o menor sofrimento possível, tendo os enfermeiros um papel preponderante na criação de um ambiente promotor da saúde do jovem, que respeite a sua independência e o respetivo desenvolvimento (Barros, 2003; OE, 2011).

A literatura consultada refere que para que os adolescentes possam crescer e se desenvolver de uma forma saudável, as intervenções em saúde devem incluir:

- ✓ AMBIENTE **ACOLHEDOR** E **SEGURO** QUE ASSEGURE A **PRIVACIDADE**
- ✓ **DEMONSTRAR DISPONIBILIDADE**
- ✓ **ESCUTAR, OUVIR OPINIÃO, ENVOLVER**
- ✓ **RESPEITAR**, NÃO ESTABELECEM JUÍZOS DE VALOR
- ✓ ASSEGURAR A **PRIVACIDADE**
- ✓ **INFORMAÇÃO** EM **LINGUAGEM CLARA, SIMPLES E REALISTA** (NÃO USAR TERMOS TÉCNICOS COMPLEXOS NEM **CALÃO JUVENIL**)
- ✓ **REFORÇO DE COMPETÊNCIAS**, COMPORTAMENTOS POSITIVOS E **AUTOESTIMA**  
PROMOÇÃO DA **INDEPENDÊNCIA**.
- ✓ **PROMOÇÃO RELAÇÕES SOCIAIS (PROMOVER ENCONTRO COM AMIGOS E/OU PARES NO INTERNAMENTO)**
- ✓ **ATIVIDADES DE LAZER ATRATIVAS E ADEQUADAS À IDADE E ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO**

(Almeida, Rodrigues e Simões, 2007; Anderson, Lampropoulos, Clarke e Kohn ( s.d) Dodds, 2010; OE, 2010; OMS, 2002, 2012; Prazeres, 2002)

## O ADOLESCENTE NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA: A “NOSSA” REALIDADE

- PEDIATRIA MÉDICA - ANO DE 2013

Na Pediatria Médica houve um total de **447** internamentos. Destes **138** referem-se a adolescentes com idade superior a 10 anos.

**Tabela 1:** Distribuição dos adolescentes por faixa etária

Idade (anos)	Freq.	%
10 -12	57	43%
13- 14	31	23%
15- 18	43	33%
>18	7	1%
	138	100%

Em relação às patologias encontradas estas estão distribuídas da seguinte forma:

**Tabela 2:** Distribuição dos adolescentes por patologias

Patologia	Freq.	%
Cirurgia Especialidades (ORL, OFT, ORT)	44	32%
Médica	33	24%
Acidente	22	16%
Neurocirurgia	20	14%
Hematologia	12	9%
Apendicite	4	3%
Psiquiátrica	3	2%
	138	100%

- CIRURGIA PEDIÁTRICA - ANO DE 2013

Na Cirurgia Pediátrica houve um total de **207** internamentos. Destes **101** referem-se a adolescentes com idade superior a 10 anos.

**Tabela 3:** Distribuição dos adolescentes por faixa etária

Idade (anos)	Total	%
10 -12	53	52%
13- 14	42	42%
15- 18	6	6%
	101	100%

As patologias encontradas são sobretudo referentes ao diagnóstico de Apendicite (82%), como podemos constatar na tabela abaixo:

**Tabela 4:** Distribuição dos adolescentes por patologias

Patologia	Total	%
Apendicite	82	82%
Torção do Testículo	6	6%
Hipospádias	5	5%
Plástica	3	3%
Quisto Sacrococcígeo	2	2%
Invaginação Intestinal	1	1%
Colonostomia	1	1%
	101	100%

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ADOLESCENTES

Para melhor compreender as perspetivas dos adolescentes internados no serviço de pediatria sobre o atendimento foram realizadas de entrevistas aos próprios.

- **CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES**

**Tabela 5:** Caracterização Sócio- Demográfica dos Participantes

	A1	A2	A3	A4	A5
<b>Idade</b>	14	15	16	14	15
<b>Sexo</b>	Masc.	Masc.	Masc.	Fem.	Masc.
<b>Ano de Escolaridade</b>	8º	10º	10º (CTP) <sup>16</sup>	9º	10º
<b>Escola</b>	Pública	Privada	Privada	Pública	Privada
<b>Agregado familiar</b>	Mãe e irmão mais novo	Pais e dois irmãos mais novos	Pais e irmã mais velha	Pais e irmã mais velha	Custódia partilhada
<b>Escolaridade Pais</b>	3º Ciclo	Licenciatura	3º Ciclo	2º e 3º Ciclo	3º Ciclo
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	Angolana	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
<b>Atividades Extracurriculares</b>	Não	Não	Não	Não	Não
<b>Expetativas Futuras</b>	Não	Não	Não	Bióloga Marinha; Agente de Laboratório	Marinha
<b>Classificação Saúde</b>	Razoável	Razoável	Boa	Boa	Boa
<b>Internamentos Anteriores</b>	Sim	Sim	Não	Não	Sim
<b>Contato com Instituições/ Profissionais de Saúde</b>	Sim. Psicólogo	Não	Não	Sim (Centro de Saúde)	Não

<sup>16</sup> CTP: Curso Técnico-Profissional

- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

### SENTIMENTOS FACE À NOTÍCIA DE INTERNAMENTO

Subcategorias	Indicadores
Negativos	Medo Tristeza
Positivos	Alívio/ Bem-estar

*“eu por acaso senti-me bem (...) senti que me iam tratar” A2;*  
*“queria que as dores acabassem por isso... [foi bom]” A4*

### PARTICULARIDADES ASSOCIADAS AO INTERNAMENTO

Subcategorias	Indicadores
Negativos	Estar doente/ Ter dores Falta de Liberdade Tempo passa devagar Alteração imagem corporal Alimentação
Positivos	Suporte/Atenção Amadurecimento/ Aprendizagem Ambiente Agradável

*“boa atenção por parte do pessoal que trabalha cá, quando se precisa de alguma coisa (...) tem suporte” (A2)*

*“o tempo passa devagar, devagar (...) ‘tou sempre no mesmo espaço é como se estivesse fechado, não tenho muita liberdade” A2*  
*“Às vezes digo ao meu pai (...) Oh pai deixa-me ir contigo apanhar ar! Mas sei que não posso” A4*

O internamento pode significar também uma **experiência positiva** em que o adolescente constrói **estratégias de coping** para lidar com a situação de transição que vivencia, ajudando-o a construir uma **identidade positiva, noção de controlo e independência**

(Dodds,2010)

### PREFERÊNCIAS EM RELAÇÃO AO INTERNAMENTO

Subcategorias	Indicadores
Locais de Internamento	Opção pela Pediatria
Presença dos Pais	Ajuda e Apoio



*por mais golfinhos que hajam nas paredes...aqui ainda é melhor!", A5*

*"se não tivesse aqui a minha mãe se calhar sentia-me mais sozinho" A3*

### NECESSIDADES DE ATENDIMENTO

Subcategorias	Indicadores
Presença Amigos / Socialização	Visita dos Amigos Convívio com os Pares
Atividades Lúdicas Adequadas	Computador com internet, jogos, pintura, artes, entre outros
Ambiente adequado à faixa etária	Decoração menos "infantil" Camas de maior dimensão e conforto Maior diversidade de canais de TV Cadeiras e mesas da sala de brincar
Privacidade	WC por género Enfermaria por género
Atitudes e Características desejáveis nos Profissionais de Saúde	Informação e Explicação Clara Conhecimento e Competência Compreensão e Respeito Simpatia e Disponibilidade Promoção na Participação dos Cuidados

Sendo a adolescência uma fase de exploração, de busca de liberdade e autonomia, todas estas restrições e constrangimentos, associados a um internamento, podem **afetar negativamente os adolescentes e ser uma condição inibidora de transição e de desenvolvimento**. A ausência e distância dos amigos determina igualmente uma **ruptura brusca do ponto de vista social, tão importante nesta fase, que pode interferir negativamente e favorecer a diminuição da autoestima**

(Almeida, Rodrigues e Simões, 2007)

## CARACTERÍSTICAS E ATITUDES PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os adolescentes sentem a necessidade de contarem com **profissionais competentes não só tecnicamente, mas que apresentem também competências relacionais de comunicação e honestidade**.

(Dodds, 2010; OE, 2010b; Staa, Jedeloo e Stege, 2011)

### NOTAS FINAIS

Os dados recolhidos nas entrevistas, apesar da parca amostra, que não permite retirar conclusões muito abrangentes, possibilita o acesso a alguns dados e apreciações bastantes interessantes que consideramos poderem promover a reflexão e discussão em equipa e planear eventuais mudanças face ao internamento do adolescente no serviço de pediatria.

Os adolescentes **estão em geral satisfeitos com os cuidados prestados e sentem-se relativamente bem atendidos neste serviço de internamento de pediatria**. No entanto há aspetos que podem e devem ser mudados.

As necessidades relatadas pretendem-se sobretudo com a necessidade de **manter o contato com os pares, a necessidade de conviver e socializar, de a enfermagem e**

**particularmente a sala de brincar ter atividades lúdicas e materiais adequados e adaptados ao seu desenvolvimento e faixa etária e a necessidade de ser mantida a sua privacidade, dentro do possível, sobretudo a nível da estrutura física do serviço.** Assim, consideramos que poderiam ser revistas algumas normas da instituição e características do serviço relativamente a estes aspetos e qual a melhor forma de os contornar, sem prejudicar o bom funcionamento do mesmo, estimulando a independência dos jovens e as relações sociais entre si.

Curiosamente muitos destes pontos foram referidos pela equipa de enfermagem no questionário anteriormente aplicado no sentido de compreender o significado que esta atribua ao atendimento do adolescente no Internamento de Pediatria. Muitas das alterações sugeridas pelas enfermeiras vão igualmente de acordo ao que foi solicitado pelos jovens: WC's adequados, necessidade de quartos individuais e melhoria das atividades de lazer.

Relativamente às **necessidades manifestadas quanto aos profissionais de saúde** os adolescentes referem que estes devem ser competentes, interessados e atentos às suas necessidades. Pretendem que estes estejam disponíveis, que os tratam com simpatia, que os compreendam e respeitem e que cuidem deles com conhecimento e gosto pelo trabalho. **Foi contudo evidente nas entrevistas que a sua opinião é muito pouco validada durante a prestação de cuidados pela equipa multidisciplinar.**

Assim ressalva-se que apesar de, no geral, os adolescentes estarem satisfeitos com a equipa de saúde, existe a necessidade de (re)pensar as práticas e atitudes dos profissionais que cuidam dos jovens e famílias internados neste serviço, nomeadamente no que se refere à parceria de cuidados e à integração dos adolescentes no seu próprio plano terapêutico que, como analisado revela algumas lacunas.

Ao terminar este trabalho esperamos que este tenha correspondido às expectativas e necessidades de formação relatadas pela equipa de enfermagem e gostaríamos que este promovesse o pensar das práticas e atitudes no que concerne ao desenvolvimento na área dos cuidados ao adolescente **ficando aqui expresso o desafio lançado a toda a equipa multidisciplinar** neste sentido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I., Rodrigues, B, & Simões, S. (2007). Hospitalização do adolescente. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 7(1). 33-39.
- Anderson, G.; Lampropoulos, B.; Clarke, S. & Kohn, M. (s.d). Perceived needs and Patient satisfaction in relation to adolescent health care. Acedido a 1/06/2013.  
Disponível em: [http://www.awch.org.au/pdfs/conferences/1999/Adolescent\\_Health\\_Care.pdf](http://www.awch.org.au/pdfs/conferences/1999/Adolescent_Health_Care.pdf).
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica- Perspectiva Desenvolvimentista*. (2ªed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Center for Pediatric Traumatic Stress. (s.d.). *At the Hospital: Helping My Tenn Cope With Illness. What parents and caregivers can do*. The Children's Hospital of Philadelphia for the health care. Disponível em: [www.healthcaretoolbox.org](http://www.healthcaretoolbox.org).
- Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Definição da idade pediátrica em Portugal. Diário da República. II Série, N.º 112 (11/01/2010) 32123.
- Doods, H. (2010). Meeting the Needs of Young People in Hospital. *Pediatric Nursing*, 22 (9), 14-18. Acedido a 19/02/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21140889>.
- Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de Saúde- Doença do Ser Adolescente Hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 68-75. Acedido a 14/03/2013. Disponível em: [http://o/s.c3sl.ufpr.br/o/s-2.2.4/index\\_php/cogitare/article/viewfile/501413790](http://o/s.c3sl.ufpr.br/o/s-2.2.4/index_php/cogitare/article/viewfile/501413790).

- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5ª ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Acedido 21/11/2012. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_02\\_14/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html).
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Acedido 11/12/2012. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/adolescent\\_friendly\\_services/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html).
- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, S. W. (2001). *O mundo da criança*. (8ªed.).Lisboa:McGraw-Hill.
- Prazeres, V. (2002). *Adolescentes, pais e tudo o mais*. Lisboa: Texto Editora.
- Sprinthall, N.A. & Collins, W.A. (2008). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Staa, A. L.; Jedeloo, S. & Stege, H. (2011). "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Preference and Adherence*. Dove Medical Press, Ltd., 291-305. Acedido a 15/15/2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140311/pdf/ppa-5-291.pdf>.

United Nations Children's Fund (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Acedido 27/10/2012. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf).

**Apêndice XIV** – Propostas de Melhoria no Atendimento ao Adolescente em Internamento Pediátrico: Análise das Respostas e Sugestões da Equipe de Enfermagem

# **Propostas de Melhoria no Atendimento ao Adolescente em Internamento Pediátrico:**

## **Análise das Respostas e Sugestões da Equipa de Enfermagem**

### **Introdução**

Com o objetivo de compreender o impacto que a leitura do documento “O Adolescente em Internamento Pediátrico: Necessidades de Atendimento” teve na equipa de enfermagem, assim como promover a reflexão e conhecer as propostas que as enfermeiras apresentam para melhorar o atendimento ao adolescente, foi efetuado um breve questionário, com questões abertas e fechadas, que facilitasse a recolha desta informação e fornecesse os dados pretendidos.

O questionário foi aplicado durante o período de 7 a 18 de maio de 2014, onde participaram 9 elementos da equipa de enfermagem, que compõem a amostra à qual se referem os resultados apresentados. Um número mais reduzido do que as anteriores participações, provavelmente por ter coincido com períodos de férias.

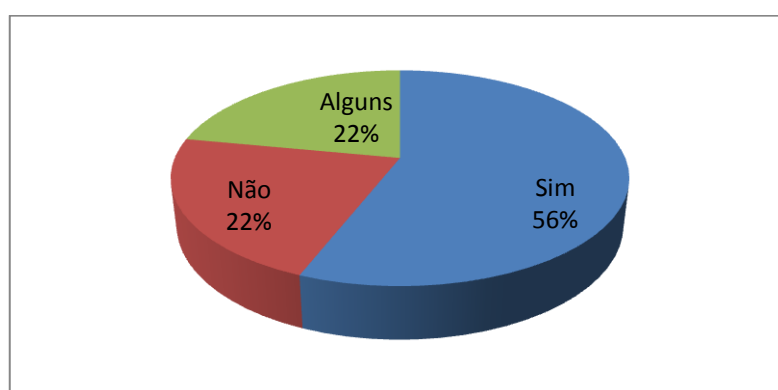
### **Apresentação dos dados Recolhidos**

Quando questionadas em relação ao conhecimento prévio dos dados históricos e da legislação em vigor no âmbito do atendimento ao adolescente a maioria da amostra revelou já os conhecer (78%; n:7). Contudo quando pedido para enumerar os respetivos documentos e dados conhecidos as enfermeiras enumeram sobretudo dois documentos principais: a Carta da Criança Hospitalizada e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. Apenas um elemento refere ter conhecimento prévio da legislação em vigor.

Em relação ao conhecimento prévio dos critérios de atendimento ao adolescente emanados pelos diferentes organismos e que integram políticas de saúde, as

respostas são um pouco mais heterogêneas (Gráfico 1). A maioria refere que conhecia os critérios, mas cerca 22% (n:2) refere conhecer só alguns, nomeadamente a necessidade de manter a privacidade, o respeito e uma comunicação adequada com o adolescente. Dois elementos da amostra afirmam que não conheciam os critérios.

**Gráfico 1.** Distribuição dos participantes relativamente ao conhecimento prévio dos critérios atendimento ao adolescente



Quanto às expectativas em relação aos dados resultantes das entrevistas realizadas aos adolescentes no serviço, a maioria da amostra (89%; n:8) considera que foi de encontro às suas expectativas iniciais. Justificam esta resposta como tendo a ideia de que este serviço de internamento pediátrico não se encontra adequado aos adolescentes e que necessita de melhorias a nível estrutural. Apenas uma enfermeira refere que não correspondeu às suas expectativas, uma vez que pensava que a necessidade de privacidade e de contato com os pares seria mais expressiva nas respostas dadas pelos adolescentes, apesar de serem mencionadas como necessidades sentidas por estes.

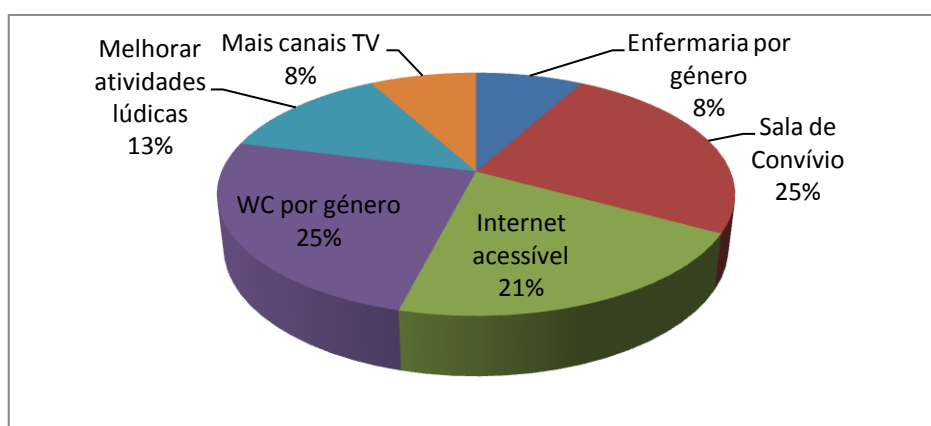
Face às sugestões e necessidades expostas pelos adolescentes nas entrevistas, a totalidade das enfermeiras considera que estas foram úteis para a sua intervenção no âmbito do atendimento ao adolescente neste serviço, pois permitiram

consciencializar o “ponto de vista” dos adolescentes e assim adaptar e melhorar os cuidados.

Três elementos revelam que foi útil no sentido de, agora em diante, tentar integrar mais o adolescente no seu plano terapêutico, indo de encontro à parceria de cuidados. Uma enfermeira afirma que as entrevistas serviram de “alerta” para o tipo de linguagem que por vezes utiliza, que considera ainda infantilizada.

Quanto às mudanças a implementar para melhorar o atendimento aos adolescentes neste serviço de internamento (Gráfico 2), e que sugerem propor à chefia e superiores hierárquicos, as enfermeiras expõem, por ordem decrescente, as seguintes sugestões: reestruturar e adequar por género o WC; criar sala de convívio; permitir acesso à internet e redes sociais; melhorar as atividades lúdicas da sala de brincar; criar e gerir as enfermarias por género; e, por último, permitir acesso a mais canais de TV.

**Gráfico 2.** Distribuição das propostas de melhoria em relação ao atendimento aos adolescentes no serviço de internamento de pediatria



## **Conclusão**

Face às respostas recolhidas as enfermeiras conheciam já alguns aspetos evidenciados pela literatura e pelas políticas de saúde em relação ao atendimento ao adolescente. Tal vai de encontro aos dados apresentados no questionário anteriormente aplicado à equipa, em dezembro de 2013, realizado no sentido de perceber o significado que a equipa de enfermagem do serviço de Internamento de Pediatria atribuía ao atendimento do adolescente e de que modo sentia, ou não, a necessidade de trabalhar esta área a nível profissional e organizacional.

Reconhecem contudo a importância que a realização das entrevistas aos adolescentes e o “ouvir a sua opinião” teve para a sua prática de cuidados, nomeadamente a necessidade de os integrar mais no seu plano terapêutico. Acrescentam que é necessário reestruturar e adequar o serviço e sugerem alguns pontos de melhoria.

Estes dados irão permitir a criação de um documento/proposta de melhoria a apresentar aos superiores hierárquicos, conforme objetivo inicialmente proposto.

Por tudo isto penso que os objetivos a alcançar com a elaboração do resumo do trabalho de formação elaborado foram atingidos, levando à reflexão em equipa e a propostas concretas dos aspetos a melhorar relativamente ao atendimento ao adolescente e família e assim contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados aumentando a satisfação dos adolescentes e famílias.

**Questionário aplicado à Equipa de Enfermagem do Internamento de Pediatria**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Caras colegas:

Após a leitura do trabalho “*O Adolescente em Internamento Pediátrico: Satisfação das suas Necessidades de Atendimento*”, gostaria que respondessem a umas questões breves no sentido de compreender o impacto que este teve dentro da equipa de enfermagem, nomeadamente os resultados das entrevistas realizadas aos adolescentes. Para além disso gostaria de perceber, na vossa opinião e mediante os resultados, quais as sugestões e contributos que nós, equipa de enfermagem, podemos dar para melhorar o atendimento ao adolescente no internamento e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O questionário é confidencial. O tratamento dos dados será efetuado de forma global e serão apenas utilizados para a realização deste trabalho. O conjunto dos resultados será disponibilizado ao serviço, à semelhança dos anteriores, caso seja do vosso interesse.

Muito obrigada pela participação!

Sara Jacinto

(██████████@campus.esel.pt)

1. Conhecia os dados históricos apresentados e a legislação em vigor no âmbito do atendimento ao adolescente? (Assinale com um X a sua situação)

2. Sim \_\_\_\_ Não\_\_\_\_

Conhecia alguns\_\_\_\_. Se sim, Quais?

---

---

3. Conhecia os critérios de atendimento ao adolescente reconhecidos e emanados pelas políticas de saúde e pela literatura?

4. Sim \_\_\_\_ Não\_\_\_\_

Conhecia alguns\_\_\_\_. Quais?

---

---

5. Considera que os resultados das entrevistas realizadas aos adolescentes foram de encontro às suas **expetativas iniciais**?

Sim \_\_\_\_ Não\_\_\_\_. Justifique por favor.

---

---

6. Face às sugestões e necessidades expostas pelos adolescentes nas entrevistas considera que estas foram **úteis para a sua intervenção** no âmbito do atendimento ao adolescente neste serviço?

Sim \_\_\_\_ Não\_\_\_\_. Justifique por favor.

---

---

7. Face às sugestões e necessidades referidas pelos adolescentes, **quais as mudanças a implementar que considera mais importantes** e que podemos propor à chefia e superiores hierárquicos para melhorarmos o atendimento aos adolescentes no internamento?

---

---

**Apêndice XV** – Proposta de Estratégias de Intervenção a Implementar para  
Melhorar o Atendimento ao Adolescente no Internamento de Pediatria

Exmo. Sr. Diretor do Serviço de Pediatria  
Exma. Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe do Internamento de Pediatria

**Assunto:** Proposta de Estratégias de Intervenção a Implementar para Melhorar o Atendimento ao Adolescente no Internamento de Pediatria

A adolescência é um período de transição marcado por mudanças diversas. O hospital é um cenário complexo, onde se conjugam pessoas, tecnologia e emoções. Para o adolescente o internamento pode significar um ambiente hostil, de risco e morbidade, que leva a modificações e necessidades complexas e a alterações na qualidade de vida (Tavares e Fonseca, 2009).

Estudos e políticas de saúde recentes enfatizam a importância de atender adequadamente os adolescentes, abarcar as mudanças e necessidades específicas de forma integrada, num ambiente adequado, por forma a contribuir para o seu pleno desenvolvimento e para a promoção de atitudes e comportamentos individuais de saúde (Abreu e Azevedo, 2012; Aquino, 2009; Cruz, 2007; Organização Mundial de Saúde, 2002). Para responder ao exposto a Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (CNSCA) (2009, p.35) sugeriu que: *“Todos os serviços de pediatria devem cumprir os seguintes critérios mínimos: 4.1. Atendimento até aos 18 anos de idade (17 anos e 364 dias) (...); 4.4 Internamento de todas as crianças e adolescentes até aos 18 anos num serviço de pediatria, seja a patologia, médica ou cirúrgica. Dos 15 aos 18 anos, o adolescente poderá optar por um serviço de adultos”*, acrescentando ainda as condições de internamento adequadas às crianças e adolescentes que deveriam ser facultadas pelos hospitais em termos estruturais, de organização e de recursos humanos.

Para dar resposta ao Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho que determinou o alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria até aos 17 anos e 364 dias, o Internamento de Pediatria deste hospital encontra-se a preparar a “chegada” deste utente pediátrico - o adolescente e sua família – a partir de meados de maio do presente ano.

Assim, solicito a atenção de Vossas Exas. para o assunto que passo a expor.

Foi sentida a necessidade, a nível pessoal mas também a nível da equipa de enfermagem, de trabalhar os aspetos relacionados com a adolescência e identificar as necessidades de atendimento dos adolescentes durante o internamento, no sentido de compreender se o serviço estaria adequado às mesmas.

Deste modo, como é do vosso conhecimento, e na sequência de trabalhos que tenho vindo a realizar no âmbito curso de mestrado que frequento na ESEL, foram realizadas entrevistas aos adolescentes internados no serviço de pediatria com o objetivo de identificar as suas necessidades de atendimento, bem como conhecer as suas expectativas, preferências e sugestões para a melhoria do mesmo. Assim, foi possível obter dados e informações s muito interessantes acerca de alguns aspetos que podem contribuir para a melhoria das estruturas do serviço e das práticas dos profissionais no atendimento ao adolescente/ família e que deram origem a este documento de proposta de estratégias de intervenção de forma a promover a qualidade dos cuidados no serviço em questão.

A partir das respostas dos adolescentes propõe-se a nível da estrutura física:

- Restruir o WC destinado às crianças/adolescentes, separando-o por género, de forma a manter a privacidade dos utentes, e adequá-lo a utentes com necessidades especiais;
- Criar uma sala de estar que permita aos adolescentes conviver entre si e receber os pares, com mobiliário, material educativo e lúdico adequado a esta faixa etária. Esta sala deverá conter:
  - Mesas e cadeiras apropriadas ao seu tamanho e estatura;
  - Móvel com livros, jogos de tabuleiro, jornais e revistas adequadas à idade;
  - TV com acesso a canais para além dos generalistas;
  - Computador com acesso à Internet e às redes sociais (em particular à rede social Facebook®);
  - Playstation, com jogos adequados à idade;

-Placard que permita colocar informação relevante de saúde, aproveitando o internamento como uma oportunidade promotora de estilos de vida saudáveis.

A nível da dinâmica de atendimento ao adolescente toda a equipa multidisciplinar deve ser envolvida, pelo que se sugere:

- Formar os profissionais no âmbito do atendimento ao adolescente, em particular no que concerne aos aspetos da comunicação;
- Envolver os adolescentes no seu plano terapêutico, atuando em parceria com estes e respetivas famílias, discutindo os aspetos do diagnóstico, tratamento, cuidados e alta, tal como preconiza a CNSCA;
- Adequar algumas das atividades realizadas pela equipa de Educadoras e respetivos parceiros (MadScience, Hora do Conto, etc.) aos adolescentes, e promover, se necessário o intercâmbio com as escolas, sobretudo no caso dos internamentos mais prolongados.

Relativamente à gestão dos doentes pelas enfermarias, os adolescentes referem preferir ficar em quartos sozinhos contudo, caso não seja possível, preferem partilhá-lo com outros jovens da sua idade, aspeto que deve ser tido em conta pelos profissionais.

De realçar que os adolescentes entrevistados sentem-se apoiados pelos profissionais de saúde que os atendem, consideram-nos competentes e com conhecimentos necessários para os “tratar”. Contudo, propõe-se igualmente uma avaliação periódica do grau de satisfação deste grupo em relação à qualidade dos cuidados e atendimento prestado, pelo que poderia ser realizado, a par com os inquéritos de satisfação dirigidos aos pais, questionários de satisfação dirigidos aos adolescentes de forma a avaliar o trabalho desenvolvido e o indicador de qualidade relacionado com a satisfação do utente.

No momento que o país atravessa com evidentes constrangimentos financeiros e sociais, aos quais a nossa instituição de saúde não é alheia, particularmente o serviço de pediatria, consideramos ser necessário avaliar convenientemente quais

os aspetos que poderiam ser melhorados com recurso a poucos gastos financeiros. No entanto, pensamos igualmente que as mudanças a este nível são necessárias, sendo essencial criar condições mínimas para receber adequadamente os jovens e as suas famílias, centrando-nos, tal como afirma Aquino (2009), no indivíduo e nas suas especificidades e não somente e sobretudo na doença.

Assim, pensamos que poderiam ser revistas algumas normas da instituição, características do serviço e da equipa relativamente a estes aspetos e qual a melhor forma de os contornar, sem prejudicar o bom funcionamento do serviço, promovendo a privacidade e estimulando a independência dos jovens e as relações sociais entre si.

Agradecendo antecipadamente a atenção de Vossas. Exas. para este assunto, e na esperança de que os trabalhos que sustentam esta proposta sejam úteis à melhoria da prestação de cuidados ao adolescente, apresento os meus melhores cumprimentos,

Almada, 29 de maio de 2014

Sara Jacinto

## Referências Bibliográficas:

- Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: Como facilitar a transição? *Adolescência e Saúde*, 9 (3), 21-28. Acedido: 27/10/2012. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com).
- Aquino, J. H. W. (2009). Unidades de internação hospitalar específicas para adolescentes: vale a pena? *Adolescência & Saúde*. 6(2). 47-50.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Despacho nº 8/89 de 17 de Março.
- Cruz, T (2007). Adolescente, família e o profissional de saúde. *Adolescência & Saúde*, 4 (3), 45-50.
- Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Definição da idade pediátrica Em Portugal. Diário da República II Série, N.º 112 (11-01-2010) 32123.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Acedido 21/11/2012. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_02\\_14/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html).
- Tavares, H. B & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao Adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 40 (4). 154-159. DOI:08739781/09/40-4/154. Acedido a 12-11-2012.

**Apêndice XVI – Resumo de Artigo para Submeter a Publicação em Revista Científica**

**Título:****O Atendimento ao Adolescente em Internamento Pediátrico: Perspetivas dos Enfermeiros e Necessidades dos Adolescentes****Autores:**

Sara Jacinto Senhorães\* & Maria da Graça Vinagre\*\*

\* Enfermeira no [REDACTED] ([REDACTED]@hotmail.com)

\*\* Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
([REDACTED]@esel.pt)

**RESUMO**

**Introdução:** O internamento pode significar um ambiente adverso para os adolescentes. Numa perspetiva de cuidados centrados no adolescente e na parceria de cuidados, os serviços de saúde de qualidade devem procurar alcançar condições adequadas à minimização do impacto do internamento cabendo aos profissionais, particularmente aos enfermeiros, um papel de grande relevância neste processo. A compreensão dos significados atribuídos pelos enfermeiros ao atendimento ao adolescente e a perceção dos jovens em relação às suas necessidades tornam-se fundamentais para refletir sobre as práticas e implementar mudanças.

**Objetivos:** Pretende-se compreender as perspetivas e o significado atribuído pelos enfermeiros, de um serviço de Pediatria, ao atendimento ao adolescente e comparar com as perspetivas e necessidades dos adolescentes internados, tentando promover a adequação das condições do serviço e intervenções dos enfermeiros.

**Método:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa. Participaram 13 enfermeiras, respondendo a um questionário com perguntas abertas, e 5 adolescentes com idades entre os 14 e 16 anos que participaram numa entrevista semiestruturada. Na análise dos dados recorreu-se à análise de conteúdo.

**Resultados:** Os adolescentes mostraram-se, na generalidade, satisfeitos com o internamento, no entanto deram sugestões em relação à estrutura física do serviço, gestão e prática de cuidados. As conceções das enfermeiras foram semelhantes às dos adolescentes no que respeita às preferências relativamente ao internamento e às necessidades de atendimento, como a privacidade, atividades lúdicas

adequadas, presença dos pares e de informação clara. Contudo, surgiram aspetos como as necessidades de autonomia e de parceria nos cuidados, sentidos pelos adolescentes, que não incluíram os discursos e práticas das enfermeiras.

**Conclusão:** Emerge a indispensabilidade de modificar a estrutura física do serviço de pediatria, tornando-o mais apropriado, e de (re)pensar as práticas incrementando a parceria de cuidados entre adolescentes e enfermeiros, para a melhoria da qualidade dos cuidados e conseqüente satisfação dos jovens.

**Palavras- Chave:** adolescente, atendimento, enfermeiros, necessidades, satisfação, pediatria.

