



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

“A Comunicação com o Adolescente: Um Contributo do Enfermeiro Especialista”

Ana Paula de Almeida Figueiredo

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

“A Comunicação com o Adolescente: Um Contributo do Enfermeiro Especialista”

Ana Paula de Almeida Figueiredo

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientadora: Filomena Sousa

Co-orientadora: Paula Realista

2012



“Comunicação é a arte de ser entendido”

Peter Ustinov

AGRADECIMENTOS

À minha família pela ajuda, disponibilidade, apoio e compreensão nos momentos de ausência, sempre confiantes na crença de que dentro de cada um de nós a capacidade de aprender a amar e a mudar, existe em abundância.

À Célia Pereira, amiga e colega deste percurso, pela paciência e tolerância nos momentos difíceis; pela colaboração, apoio e disponibilidade que demonstrou.

Aos meus amigos, por estarem lá, me incentivarem e serem quem são.

À professora Filomena Sousa, pela orientação.

À Paula Realista, pela sua disponibilidade incondicional.

Aos adolescentes e famílias, pois este percurso foi feito com eles e para eles.

Aos colegas de trabalho, pela colaboração, sempre que necessário.

E, como fica alguém de fora, a todos aqueles que me apoiaram ao longo de todo este percurso.

RESUMO

As idades de atendimento nos serviços de urgência de pediatria portugueses variam de hospital para hospital oscilando o limite superior entre os 14 e os 18 anos.

Com a publicação do Despacho nº 9871/2010 que determina o alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos 17 anos e 364 dias, os serviços que ainda não fazem atendimento até esta idade, devem criar condições adequadas para que tal seja possível. Estas condições passam não só pela criação de estruturas físicas adequadas mas também pela formação dos profissionais de saúde, que devem possuir competências específicas para o atendimento do adolescente das quais se destaca a comunicação. A comunicação é essencial na relação enfermeiro/adolescente. No desenvolvimento desta relação é importante que o enfermeiro, detentor de conhecimentos científicos que envolvem competências técnicas e humanas, esteja consciente das suas atitudes perante o adolescente, que espera atenção e uma atitude compreensiva e esclarecedora.

Apesar de o adolescente estar consciente das suas capacidades físicas e mentais, de revelar uma necessidade forte de comunicação, correspondente a uma ânsia de conhecimento, e de querer demonstrar a sua resistência em diferentes situações à dor e ao *stress*, tem fragilidades indisfarçáveis que se tornam evidentes, designadamente a sua vulnerabilidade ao internamento. Estando, portanto, o adolescente confrontado com a necessidade de formar o seu próprio carácter e prosseguir na sua afirmação individual, é natural que mantenha reservas sobre a sua personalidade. Cabe ao enfermeiro ter um conhecimento sólido sobre o adolescente nos mais variados domínios (fisiológico, psicológico, sociocultural e espiritual).

De acordo com a teoria das transições de Meleis (2010), o adolescente quando recorre ao hospital encontra-se numa situação em que está a vivenciar em simultâneo várias transições: desenvolvimental, de saúde-doença e situacional. Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos e estes, por sua vez, podem agravar ainda mais o seu estado de saúde (MELEIS *et al*, 2000). O reconhecimento deste processo de transições por parte dos enfermeiros permitirá ajudar o adolescente não só a ultrapassar estas dificuldades como a conviver com as mesmas.

Face a estes problemas, no desenvolvimento dos estágios tive a oportunidade de aprender, aplicar, aprofundar e mobilizar recursos e, passando da teoria à prática, fui-me consciencializando da importância de intervenção na área da comunicação. Embora a

minha atenção se centrasse essencialmente no objectivo da acção que é a relação com o cliente, esta é facilitada e consolidada pelo procedimento do enfermeiro em todas as situações de consonância ou de diversidade.

O percurso apresentado neste relatório centrou-se na aquisição e desenvolvimento de competências para prestar cuidados especializados à criança e jovem e família. Contribuiu para a produção do saber como uma atitude de permanente reflexão e aperfeiçoamento das práticas.

Palavras-chave: Adolescente; Comunicação; Contributo do Enfermeiro Especialista; Transições.

ABSTRACT

The age limit at the Portuguese pediatric emergency services vary according to each hospital unit and range at the top limit, from 14 to 18 years old.

The 9871/ 2010 law, determines that the age limit to be received by the pediatric emergency service, at the Out Patients service, daycare hospital and admission, should go as far as the age of 17 and 364 days old. The units that still don't accept patients until this age limit, are expected to create the conditions to do it.

These conditions include not only the creation of adequate physical structures but also training the health professionals , who should acquire specific skills to receive teenage patients that concern communication with them, among others. Communication is essential in the relationship between a nurse and an adolescent. As this relationship develops it is vital that the nurse in possession of scientific knowledge that implicates both human and technical skills is aware of the importance of his attitude towards the adolescent, who expects to receive some attention and a clarifying and understanding attitude.

Although he is aware of his physical and mental capacities, he reveals a strong need of communication as a result of a hunger for knowledge and he is eager to display his resilience in different situations towards pain and stress, the adolescent presents frailties that are impossible to mask, such as their vulnerability towards hospital admission. Being thus faced with the need to build his own character and continue his individual assertion, it is expected that the adolescent holds back information about his personality. It is the job of the nurse to have a solid knowledge about adolescence in his many facets (physiological, psychological, socio-cultural and spiritual).

According to Meleis (2010), when an adolescent goes to hospital he finds himself in a situation in which he is experiencing several transitions simultaneously: his development, his health/disease and his situation. Transitional individuals tend to be more vulnerable to risks and these, on the other hand, may aggravate even more their health problems (MELEIS *et al*, 2000). Acknowledging this process of transition will allow the nurses to help the adolescent to by-pass these difficulties and to deal with them at the same time.

In the face of these problems, I had the opportunity during the stages to learn, use to improve and mobilize resources and, going from theory to practice, I became more aware of the importance of intervention in the area of communication. Although my attention was focused mainly in the goal of the action, which is the relationship with the patient, it has

been made easier and consolidated by the nurse actions, may it be in situations of harmony or diversity.

The path that is presented in this report focused in acquiring and developing skills, in order to provide specialized care to the child, the teenager and their family. It concurred to the production of knowledge as an attitude of permanent reflection and the improvement of the practice.

Key-Words: Adolescent; Communication; Contribution of Specialist Nurse; Transitions.

SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal

DGS – Direcção Geral de Saúde

EESIP – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESIP – Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica

HGO – Hospital Garcia de Orta

HNSR – Hospital Nossa Senhora do Rosário

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSJ - Plano Nacional de Saúde dos Jovens

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCINP - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

USF - Unidade de Saúde Familiar

USF FF mais - Unidade de Saúde Familiar Fernão Ferro medicina acesso inovação saúde

INDICE	Pág.
1. INTRODUÇÃO	15
2. ÁREA TEMÁTICA	19
2.1. Caracterização do problema	19
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	23
3.1. O adolescente e a adolescência	23
3.2. Transições da adolescência como foco de atenção de enfermagem	27
3.3. A comunicação no cuidar do adolescente	29
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO	35
4.1. Locais de estágio	36
4.2. Objectivos e actividades desenvolvidas durante o estágio	41
4.2.1. Conhecer a estrutura física e a dinâmica funcional das diferentes Unidades	42
4.2.2. Conhecer o quadro de referência orientador dos cuidados de enfermagem das diferentes Unidades	42
4.2.3. Desenvolver capacidades e habilidades para a avaliação do desenvolvimento da criança nas diferentes faixas etárias, com enfoque na adolescência	44
4.2.4. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em todos os contextos de cuidados, com especial incidência na comunicação com o adolescente, com competência científica, técnica e humana	45
4.2.5. Aprofundar conhecimentos sobre comunicação com o adolescente/família em situações de saúde/doença	51
4.2.6. Identificar o tipo de comunicação utilizada na abordagem ao adolescente, nos diferentes contextos de cuidados	52
4.2.7. Elaborar proposta de formação para uma uniformização nos procedimentos de comunicação com o adolescente	53
4.2.8. Avaliar as actividades desenvolvidas ao longo do estágio	54

4.3. Competências desenvolvidas e adquiridas no percurso de estágio	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
BIBLIOGRAFIA	65
APÊNDICES	71
APÊNDICE I – Questionário	
APÊNDICE II – Objectivos a atingir, actividades e competências a desenvolver	
APÊNDICE III - Cronograma	
APÊNDICE IV - Documento orientador	
APÊNDICE V - Unidade de Internamento de Pediatria Médica	
APÊNDICE VI - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	
APÊNDICE VII - Unidade de Saúde Familiar	
APÊNDICE VIII - Consulta Externa	
APÊNDICE IX - Urgência Pediátrica HNSR	
APÊNDICE X - Urgência Pediátrica HGO	
APÊNDICE XI - Grelha de Observação	

1. INTRODUÇÃO

É inerente ao ser humano, enquanto indivíduo que está inserido numa sociedade, a elaboração de projectos individuais ou em grupo, que visem a sua realização pessoal e/ou profissional. Um projecto visa concretizar uma intenção, tem uma finalidade, pois prevê determinados objectivos a atingir.

Nesta perspectiva, tendo subjacente uma prática de cuidados no âmbito da Pediatria, o presente documento versa o caminho percorrido no estágio e tem como tema "A Comunicação com o Adolescente: Um Contributo do Enfermeiro Especialista".

O seu quadro de referência assenta no modelo de desenvolvimento profissional preconizado pela Ordem dos Enfermeiros e na concepção acerca dos processos de transição de Meleis. Como perita que pretendo ser na área da comunicação com o adolescente, sustento-me nos princípios do modelo teórico de enfermagem de Patrícia Benner.

O meu interesse por esta área surgiu da reflexão sobre o quotidiano da minha prática profissional. Ao desempenhar funções de enfermeira graduada na Unidade de Urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta (HGO), constato que, apesar de preconizado no Plano Nacional de Saúde e após publicação do Despacho n.º 9871/2010, a medida de Reestruturação das Urgências Pediátricas ainda não foi plenamente alcançada, concretamente no que se refere à implementação do alargamento da idade de atendimento em Pediatria. Na verdade, ainda existem Urgências Pediátricas que não atendem utentes até aos 18 anos, nomeadamente na Instituição onde exerço funções, onde são atendidas crianças/jovens apenas até aos 15 anos menos um dia. Nesta instituição, começa-se agora a ponderar o alargamento da idade de atendimento até aos 18 anos na Urgência Pediátrica do HGO e da necessidade de formação dos profissionais nomeadamente dos enfermeiros para cuidar de adolescentes na segunda etapa do seu desenvolvimento (adolescência média).

A necessidade de formação para uma abordagem adequada e nomeadamente para uma comunicação eficaz com os adolescentes foram identificadas através do levantamento feito quanto a necessidades formativas dos profissionais da Urgência Pediátrica. Quando formulada a questão "Quais as necessidades formativas que tem para receber adolescentes na Unidade?", a maioria dos enfermeiros desta Unidade (74%) considerou indispensável a comunicação com o adolescente (Apêndice I).

Tendo em conta esta necessidade referenciada pelos colegas, pela observação de situações concretas que assisti, outras em que participei, onde os diálogos com o adolescente me pareceram menos adequados e pelas leituras de vários documentos relacionados com esta temática, fiquei motivada para o aprofundamento da temática relacionada com a comunicação com o adolescente.

Com o objectivo de adquirir competências elevadas sobre comunicação com o adolescente, que me permitam prestar cuidados de enfermagem adequados a estes clientes e poder ser modelo e agente formativo para os meus pares, desenvolvi o meu projecto de aprendizagem. Ao delinear o projecto formativo, foi meu objecto, além das competências comunicacionais, desenvolvimento e aquisição de competências gerais do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista de enfermagem da criança e do jovem. Para que os meus objectivos fossem alcançados selecionei criteriosamente os locais de estágio e planei actividades de modo a desenvolver competências para prestar cuidados especializados à criança, jovem e família. Foi este percurso formativo, com a implementação desse projecto que deu origem a este relatório. De acordo com Correia (2003, p.1), "o relatório deve dar ao leitor, de forma gradual, a informação necessária para a compreensão do problema, dos métodos usados e dos resultados obtidos." Assim, com a elaboração deste documento, pretendo de uma forma geral e através da análise crítica do percurso formativo realizado nos diversos campos de estágio dar a conhecer a experiência vivenciada, o resultado do trabalho de aprendizagem desenvolvido, assim como os seus contributos para a elaboração da formação, que pretendo desenvolver na Unidade de urgência Pediátrica do HGO.

A realização de um estágio é por excelência a aplicação dos conhecimentos teóricos à prática em contexto de trabalho, cujos intervenientes são necessariamente o estudante, o orientador e o docente da escola.

Este relatório procura espelhar o desenvolvimento das competências definidas no plano de estudos para o enfermeiro especialista, para que os estudantes assumam com normalidade, empenho e segurança novos papéis resultantes de mudança de procedimentos, num desejo de crescimento pessoal e profissional.

A metodologia utilizada no relatório é descritiva, crítica e reflexiva, baseada no trabalho desenvolvido nos estágios e correspondente partilha de saberes e experiências com os vários profissionais.

Sendo assim, este relatório é constituído pela introdução, seguindo-se depois a contextualização e fundamentação da problemática escolhida. Posteriormente estão descritas as actividades que desenvolvi para atingir os objectivos delineados, assim como as competências adquiridas. Para concluir, apresento as considerações finais, que derivam de uma breve reflexão final sobre os estágios realizados.

Por fim, complemento o trabalho com a bibliografia e os apêndices.

Espero com a realização deste trabalho, transmitir o meu percurso formativo, as competências que adquiri e desenvolvi e que se traduzirão num contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao adolescente, utilizando uma comunicação eficaz.

No desenvolvimento dos diferentes estágios foi minha preocupação o respeito pelos direitos dos clientes, princípios éticos e deontológicos da profissão, uma vez que lidando com seres humanos, o meu desempenho não os poderá deixar de ter em consideração.

2. ÁREA TEMÁTICA

"A Comunicação com o Adolescente: *Um Contributo do Enfermeiro Especialista*"

2.1. Caracterização do problema

O Plano Nacional de Saúde dos Jovens, inserido no PNS aprovado em 2006, tem como uma das suas prioridades a adaptação progressiva dos cuidados de atendimento pediátrico.

A Carta da Criança Hospitalizada, preparada por várias associações internacionais em 1988, refere que o direito aos melhores cuidados de saúde é um direito fundamental, particularmente para as crianças. As especificidades do atendimento/acompanhamento dos adolescentes devem estar em consonância com as recomendações internacionais e com o que vem sucedendo em diferentes países cujos problemas de saúde são colocados na linha dianteira das suas preocupações. Trata-se de um investimento significativo na saúde, bem-estar e desenvolvimento individual e populacional.

Este documento dá uma importância capital à necessidade de informação, nomeadamente nos seus artigos 4.º e 5.º. Além destes, assinala-se a relevância de outros que abaixo se transcrevem:

Artigo 4.º – As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão...

Artigo 5.º – As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde...

Artigo 6.º – 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...

Artigo 7.º – O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas...

Artigo 8.º – A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

Os estudos realizados pela Direcção-Geral da Saúde e pelo Instituto de Apoio à Criança – Sector de Humanização revelaram que hoje em dia todos os hospitais com serviço de pediatria fazem o atendimento entre os 12 e os 18 anos (Despacho n.º 9871/2010).

Atendendo a que as crianças no seu crescimento e desenvolvimento detêm necessidades e especificidades nas diferentes faixas etárias e de acordo com as recomendações das Nações Unidas e da Carta da Criança Hospitalizada, foi determinado pelo Ministério da Saúde: "O alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias... A implementação do alargamento da idade de atendimento deverá ser gradual e progressiva, em termos a definir por cada instituição, em articulação estreita com a respectiva Administração Regional de Saúde, atendendo às especificidades de cada área de intervenção" (Despacho 9871/2010).

Esta perspectiva de alargamento da faixa etária quanto ao atendimento na Urgência Pediátrica do HGO (passando dos 15 anos para os 18 anos menos um dia), além de provocar um acréscimo de clientes na Urgência Pediátrica, implica também que os profissionais de saúde sejam detentores de competências sobretudo ao nível da comunicação com esses "novos" adolescentes, o que requer uma base sólida de conhecimentos.

A adaptação da Unidade para receber os adolescentes passa não só pela criação de estruturas físicas adequadas, como também pela formação de profissionais de saúde de modo a dar resposta às especificidades atrás apontadas (RCN, 2004).

Na Urgência Pediátrica do HGO, onde exerço funções existe, por parte dos profissionais, apreensão à implementação do alargamento da idade pediátrica, estando a maioria de acordo que a adolescência é uma fase complicada do desenvolvimento que requer uma atenção diferente e que começa com uma boa comunicação. Esta preocupação foi também uma das conclusões do questionário que foi aplicado aos enfermeiros da unidade que reconheceram que existem dificuldades e constrangimentos na comunicação com o adolescente uma vez que esta implica um conhecimento sólido sobre o adolescente em todos os domínios (fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual). A interacção entre o enfermeiro e o adolescente deve basear-se na confiança mútua, mas acima de tudo deve respeitar-se o modo de ser do adolescente.

Reconheço neste domínio a minha insuficiência, tal como a maioria dos elementos que integram a equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica.

Confrontada com procedimentos exigentes que requerem mudanças e adaptações a uma nova situação, sinto-me estimulada a cumprir o objectivo de melhorar continuamente a minha actuação como profissional experiente na área da comunicação com o adolescente.

Neste âmbito, como enfermeira especialista, pretendo desenvolver competências comuns atribuídas ao enfermeiro especialista e específicas em saúde infantil e pediatria, que me permitam ser perita na prestação de cuidados de enfermagem ao adolescente tendo especial à área da comunicação com o adolescente.

Baseando-me nos níveis de competência defendidos por Patrícia Benner, reconheço que um perito deve possuir um saber não só perceptivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada, que lhe permita prestar cuidados individualizados e numa perspectiva holística (BENNER, 2005). Esta autora identifica cinco níveis de competências na enfermagem: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito. Refere também que os novos profissionais têm de ser considerados iniciados e que se devem criar condições de permanência e acompanhamento reflexivo sobre a acção desenvolvida, para que possam caminhar no sentido de se tornarem peritos. O enfermeiro perito exerce enfermagem no seu mais alto e diferenciado nível, age a partir de uma compreensão profunda da situação global e é respeitado pela equipa devido às suas capacidades de julgamento e competências. O enfermeiro perito avalia, efectua diagnósticos de enfermagem e intervém nas várias situações dando resposta às necessidades e solicitações dos doentes. Procede também a adaptações constantes, de acordo com as mudanças da situação do doente e as suas prioridades. O modelo de competências permanece ainda como uma boa base sobre a qual se podem construir futuras definições, uma vez que os termos "perito" e "especialista" são praticamente idênticos e sublinham uma diferença qualitativa entre o iniciado e o perito (BENNER, 2005).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o "Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade". Diz-nos ainda a Ordem dos Enfermeiros, nos padrões de qualidade que "O maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos. Assim, a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir – e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados" (ORDEM DOS ENFERMEIROS – PADRÕES DE QUALIDADE, 2001, p.5).

Para cuidar da criança/jovem é necessário que o enfermeiro desenvolva competências para entender o seu processo de transição. Para me ajudar neste processo procurei aprofundar conhecimentos sobre transições. Como referencial sobre as transições escolhi a teoria de Meleis, que desenvolverei em próximo capítulo.

Na procura de uma compreensão maior do foco da minha atenção, a comunicação com o adolescente, mereceu da minha parte especial atenção uma análise do período da adolescência, sua definição, fases de percurso e desenvolvimento até à autonomia, com referência a autores que se debruçaram sobre esta problemática.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

3.1. O adolescente e a adolescência

Adolescência tem origem no latim *adolescere*, que significa crescer, e corresponde ao período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado por rápidas e profundas transformações físicas, cognitivas, sociais e emocionais (HOCKENBERRY, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), a adolescência corresponde ao período dos 10 aos 19 anos. São vários os autores que dividem a adolescência em três etapas, não sendo porém unânimes em relação aos intervalos a que corresponde cada um desses momentos. Segundo Hockenberry (2006), as três etapas são: Adolescência inicial (11 aos 14 anos), Adolescência média (15 aos 17 anos) e Adolescência tardia (18 aos 20 anos). A adolescência inicial é caracterizada pelas rápidas mudanças na aparência física e no comportamento; a adolescência média, pela autonomia e um sentido global de identidade, dominada pelos pares e pelas preocupações estereotipadas acerca de música, vestuário, corte de cabelo e comportamento; e a adolescência tardia caracteriza-se pela transição até à idade adulta, pela assunção de papéis no mundo do trabalho e pelo desenvolvimento de relações entre adultos.

A adolescência é abordada por diversos autores nos seus estudos, definindo-a e apontando níveis de percurso até à fase adulta de autonomia. Sampaio (2002, p.100) alerta que a adolescência "... é a última oportunidade para uma entrada saudável na vida adulta".

Papalia [et al] (2001, p.508) definem também adolescência como sendo "... uma transição desenvolvimental entre a infância e a idade adulta, que implica importantes mudanças inter-relacionais ao nível físico, cognitivo e psicossocial".

Fonseca (2005) refere-se à adolescência como o percurso da dependência à autonomia, onde acontecem alterações a quatro níveis: Biológico (comandadas pela puberdade, que irá influenciar o surto de crescimento e as diversas transformações a nível do corpo); Cognitivo (referente à capacidade de elaborar raciocínios cada vez mais complexos); Psicológico (desenvolvimento da autonomia e construção da identidade); e Social (relacionado com o desempenho de novos papéis).

Para Matos (1993, p.223) a adolescência:

"é uma idade cruel, é a altura mais bonita da vida... É quando temos as grandes amizades, as primeiras paixões e as grandes decepções e angústias... Não nos identificamos com ninguém, já não somos crianças (embora alguns adultos pensem que sim), mas também não somos adultos... Quem somos afinal? É exactamente neste ponto que começam as nossas infinitas dúvidas, e com elas os medos, e com eles a insegurança, e com tudo isto a instabilidade. E depois... ninguém nos compreende!"

Nesta linha de pensamento (MICHAUD *et al*, 2004, in *STURROCK, MASTERSON & STEINBECK*, 2007, p.50), referem que:

"não há nenhum outro estágio da vida em que ocorra uma mudança tão rápida no comportamento físico, psicológico e social. Estas mudanças podem provocar padrões específicos de doença, sintomas incomuns e, acima de tudo, desafios únicos no que diz respeito à comunicação e à gestão de cuidados de saúde."

Estou de acordo com os autores, ser adolescente é um desafio constante face ao mundo dos adultos. É o tentar a afirmação, a concretização dos seus ideais e valores perante os outros, que se traduz muitas vezes por manifestações de revolta e transgressão perante os valores da sociedade em geral, e dos valores parentais em particular.

Com limites imprecisos, a adolescência é frequentemente descrita como uma ruptura dolorosa com o mundo da infância, ruptura esta que se exterioriza por atitudes relacionais heterogéneas, contraditórias e conflituosas. A adolescência não sendo um fenómeno novo, sempre causou inquietação e resistência nos adultos. Compreender este período, muitas vezes repleto de tensões, que é a adolescência, é realmente uma tarefa árdua e difícil, tem sempre de ser considerada numa perspectiva de crescimento e mudança, pela qual passam todos os indivíduos e suas famílias, embora esta experiência seja vivenciada por cada um de forma única e subjectiva.

Sendo a adolescência um tempo de mudanças e, da mesma forma que todas as mudanças na vida de um Ser Humano levantam novos dilemas e desafios, também para o adolescente esta é uma fase decisiva a nível do seu desenvolvimento e do seu percurso de vida. Face a esta realidade a adolescência tem merecido especial atenção pelas políticas de saúde.

Políticas de saúde dos adolescentes

Em Portugal, as questões específicas da saúde dos adolescentes começaram a ser abordadas no final dos anos setenta. A partir de 1986, a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários deu início a um processo de apoio técnico e normativo à prestação de cuidados de saúde globais a adolescentes, criando um projecto e, mais tarde, um Núcleo de Saúde dos Adolescentes, processo este que tem tido continuidade, agora assegurado pela DGS (2006).

No âmbito das políticas de saúde, várias medidas legislativas e orientações programáticas têm incidido na saúde dos adolescentes (DGS, 2006). Das mais recentes, destacam-se:

- O Plano Nacional de Saúde 2004 / 2010 (PNS), aprovado em 2004, onde é sugerida a criação de um Programa Nacional de Saúde dos Jovens. Este documento diz-nos que os adolescentes são um grupo de intervenção prioritária, no âmbito da promoção da saúde. Para obter mais saúde neste grupo, o plano propõe o aumento da qualidade dos cuidados prestados aos jovens e o reforço das actividades que visem a redução dos comportamentos de risco, nomeadamente os relacionados com o álcool, tabacos e drogas, os quais condicionam a saúde no futuro.
- O Livro de Orientações Técnicas 12 – Saúde Infantil e Juvenil, emitido pela DGS no início do ano 2005, onde é aconselhado que para cada consulta de adolescentes há que facilitar a acessibilidade, permitindo aos que o desejam, serem atendidos a sós.
- O Plano Nacional de Saúde dos Jovens 2006 / 2010 (PNSJ). O documento que lançava as bases deste Plano (PNS) já reconhecia que a promoção da saúde juvenil constituiria um investimento significativo em termos de ganhos de saúde, no plano individual e colectivo, contribuindo para o desenvolvimento e para o bem-estar das populações. Sublinhava também a importância dos problemas de saúde ligados aos estilos de vida e aos comportamentos dos jovens.

Também o estudo que foi realizado no ano transacto pelo Gabinete Técnico do PNS 2011-2016 refere que, no que diz respeito às áreas prioritárias, a maior parte das prioridades definidas pelos planos de saúde de vários países concentram-se em áreas como os estilos de vida, sendo a abordagem ao consumo de substâncias e a promoção de actividade física dos adolescentes identificadas como prioridades. O enfermeiro é o detentor de conhecimentos científicos para colaborar com o adolescente no sentido da promoção da sua saúde.

Hockenberry (2006) refere que os adolescentes valorizam aqueles que demonstram interesse por eles, sem impor os seus valores e respeitando o que eles pensam ou dizem. O adolescente tem necessidade de verbalizar o que sente e as suas preocupações.

A hospitalização vem "(...) provocar uma descontinuidade no seu quotidiano, para além de o expor a um ambiente adverso, por vezes agressivo, quer sob o ponto de vista físico quer psicológico" (BARROQUEIRO, 1996, p.44).

"(...) o ignorar das necessidades globais dos adolescentes pode ter repercussões não só na qualidade individual dos cuidados, como também no seu desenvolvimento futuro como indivíduos (...). para cuidar é necessário conhecer a pessoa de quem se cuida, o que pensa, o que sente e como se expressa." (BARROQUEIRO, 1996, p.43).

Apesar de o adolescente possuir capacidade de pensamento concreto e abstracto, amplo poder de comunicação, desenvolvimento físico suficiente para suportar a dor e o *stress* e experiência de vida que lhe serve de modelo presente e futuro, é nesta fase que há uma maior vulnerabilidade ao internamento. Os jovens vivenciam receios de perda de identidade e de controlo, alteração da imagem corporal e separação do seu grupo de pares.

Se a separação dos pais pode ser considerada um acontecimento positivo, o afastamento do grupo de amigos pode ter um impacto emocional considerável. Por outro lado, a doença e a hospitalização fomentam a dependência e interferem com os sistemas habituais de apoio, gerando uma sensação de perda de controlo que pode desencadear comportamentos de isolamento, frustração, agressividade ou falta de cooperação. A percepção do adolescente sobre a natureza da sua lesão ou doença está relacionada com o modo como cada uma delas afecta a visão que ele tem de si próprio.

A hospitalização de uma criança que se situa na fase da adolescência assume particular dimensão, devido à vulnerabilidade com que se caracteriza esta fase de desenvolvimento. O carácter crónico ou agudo das doenças, a hospitalização, os seus efeitos psicológicos e físicos residuais, todos convergem para perturbar o processo de resolução desta fase de desenvolvimento. Há ainda que ter em conta que, o adolescente já consegue entender as implicações da sua doença (no presente e no futuro) e é capaz de participar nas decisões relativas aos cuidados e tratamentos. Esta capacidade deve ser incentivada pelo enfermeiro, para que ele adquira confiança e aumente o seu sentimento de independência e a própria auto-estima.

A enfermagem, empenhada na sua prática de relação com os utentes, não pode estar afastada das questões atrás referenciadas. Cabe aos enfermeiros a responsabilidade na

criação de vínculos entre os adolescentes e os serviços. Têm um papel primordial no desbloqueamento de inibições, desconfiança e resistência a tratamentos e procedimentos imprescindíveis, na educação para a saúde e na prevenção de comportamentos de risco. É importante que o enfermeiro que cuida de adolescentes possa estar junto deles, esforçando-se por interpretar, compreender e aproximar-se do seu mundo, da sua vida, com atenção, afecto, zelo, cortesia e respeito, numa relação horizontal solícita e humana. Para que a eficácia de actuação dos profissionais de saúde possa ser benéfica, devem os mesmos estar preparados para situações de transição em que forçosamente estarão envolvidos, bem como para as que afectam as pessoas que necessitam dos seus cuidados. É este tema que justifica a próxima abordagem.

3.2. Transições da adolescência como foco de atenção de enfermagem

Na adolescência, como na vida nada é estável. Surgem constantemente novas situações, alterações, mudanças... e tudo exige compreensão, conhecimento, adaptação e, em muitos casos, motivação para ultrapassar adversidades.

O termo transição provém do latim *transitione* que significa mudança, passar de um estado, assunto, período ou lugar para outro (ABREU, 2011).

Quando o indivíduo vivencia situações de *stress* e desequilíbrio, necessita de adaptar-se, mobilizando recursos para enfrentar os problemas, para resolver de forma adequada a transição que está a ocorrer.

Bronfenbrenner (2005) define transição como a passagem de um estado, ou de uma situação, para outro, ao longo do ciclo de vida.

Meleis (2010) define transição como sendo o início de um processo de mudança, levando à passagem de um estado de estabilidade para outro estado de estabilidade, ou seja, é o processo intermédio de passagem entre dois estádios de estabilidade. Desta forma, o processo inicia-se assim que um evento – ou uma mudança – é antecipado e vai exigir a quem o vive a incorporação de novos conhecimentos, a alteração de comportamentos e a mudança da definição de si próprio em contexto social, sendo que a transição para a adolescência é considerada um destes processos (MELEIS, 2010). O adolescente enquanto experiencia vários processos de transição torna-se um cliente vulnerável. A vulnerabilidade está relacionada com a experiência de transição, interacções e condições ambientais que expõem o indivíduo a um potencial dano, a recuperações alargadas ou

problemáticas e a um *coping* atrasado ou não saudável (MELEIS *et al*, 2000). Estas podem ser agrupadas em: **Experiências de doença:** diagnósticos, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação; **Desenvolvimento e de vida:** gravidez, parto, parentalidade, adolescência, menopausa, envelhecimento e morte; **Culturais e sociais:** migração, reforma, família cuidadora (MELEIS *et al*, 2000).

As transições são então resultantes de mudanças na vida, nas relações, na saúde e no ambiente, sendo que os enfermeiros são os principais cuidadores do cliente e sua família em processo de transição, atendendo às alterações e demandas que as transições trazem para a vida diária dos clientes e suas famílias, preparando-os para as transições eminentes e facilitando o processo de aprendizagem de novas competências para a saúde do cliente e experiência de doença (MELEIS *et al*, 2000).

Os processos de transição apresentam um padrão de multiplicidade e complexidade, podendo cada indivíduo, neste caso o adolescente, vivenciar mais do que uma transição simultaneamente. (MELEIS, 2010).

A teoria das transições de Meleis serve-me de referência, uma vez que o adolescente quando recorre ao hospital encontra-se numa situação de várias transições: desenvolvimental, de saúde-doença e situacional. Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos e estes, por sua vez, podem agravar ainda mais o seu estado de saúde (MELEIS *et al*, 2000). Assim, a compreensão do processo de transição pode ajudar a evitar os riscos inerentes à hospitalização do adolescente. Há várias razões pelas quais a transição é um assunto de enfermagem: os enfermeiros passam grande parte do tempo a cuidar de indivíduos que experienciam uma ou mais mudanças nas suas vidas e que afectam a sua saúde (neste caso, o adolescente).

Meleis (2010) define o objectivo das transições saudáveis como domínio dos comportamentos, sentimentos, pistas e símbolos associados aos novos papéis e identidades como transições não problemáticas. Diz-nos ainda que a natureza das transições e a natureza das respostas às diferentes transições ainda permanece um mistério. A autora começou então a colocar questões sobre a experiência de transição como um conceito. As transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente. Os enfermeiros encontram-se face a face com pessoas que atravessam processos de transição relacionados com a sua saúde, bem-estar e a capacidade de tomar conta deles próprios. Concomitantemente os enfermeiros lidam com ambientes que podem suportar ou dificultar as transições familiares, da comunidade ou da população que cuidam.

Apesar de todas as transições serem importantes para o cuidar em enfermagem, a transição na adolescência tem merecido atenção na literatura de enfermagem. Isto constata-se pela importância que lhe foi dada nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que contemplam a entrevista ao adolescente. Neto (2007) também se preocupou com as questões da adolescência, referindo que é uma fase de transição em que o cliente, passando por um processo de aprendizagem ao nível social, biológico, psicológico e espiritual, esforça-se para que a criança que existe dentro de si dê lugar a um adulto socialmente aceite, espiritualmente equilibrado e psicologicamente ajustado.

O adolescente deve procurar informação, suporte, adaptar-se a novas formas de viver para poder ultrapassar adversidades no processo de transição.

Cabe ao enfermeiro a função de cooperar com o adolescente nas situações complexas que envolvem as transições. Deve ser detentor de um conjunto de competências, entre elas, as habilidades de comunicação, estar atento às mudanças e exigências impostas pela transição e compreender esta vivência do adolescente (MELEIS *et al*, 2000).

Depois de abordado o processo de transições, torna-se impreterível focar a comunicação como meio de diálogo para facilitar o entendimento e estabelecer a empatia adolescente/enfermeiro, aspecto que será alvo da nossa atenção no próximo sub-capítulo.

3.3. A comunicação no cuidar do adolescente

A comunicação com o adolescente terá de ter características especiais adequadas às particularidades deste estágio de desenvolvimento.

A palavra comunicação deriva do vocábulo latino *communicare*, que quer dizer pôr em comum, estar em relação com ou associar-se.

Para Phaneuf (2005, p. 23),

“a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de forma consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.”

Neste sentido também Riley (2004), refere que comunicar é enviar, transmitir, transferir, notificar, dar a conhecer. Consiste num processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas, implica a expressão verbal e não verbal e a sua finalidade é dar "sentido".

Aos autores referidos, para possibilitar maior amplitude na análise da informação, acrescento ainda Du Gas, citado por Martins (2002, p.43): "a comunicação é um processo pelo qual uma pessoa transmite os seus pensamentos, sentimentos, ou ideias aos outros, é um instrumento que permite a uma pessoa entender os outros." Diz-nos ainda que a comunicação no cuidar é holística, pois considera a pessoa como um todo, evidencia respeito pelo utente como pessoa e não como um corpo que é alvo de intervenções de enfermagem.

Na vivência humana a comunicação é considerada uma questão de enorme importância, pois influencia toda a nossa existência, a nível pessoal, profissional ou de grupo. É por seu intermédio que as relações humanas se estabelecem. Ponto crucial para a prática de enfermagem, a comunicação constitui uma componente essencial para o relacionamento entre os elementos da equipa de enfermagem, entre a equipa multidisciplinar, entre o enfermeiro e a criança/jovem e família. Pode dizer-se que a presença ou ausência de comunicação determina o ambiente de trabalho.

Comunicar faz parte do dia-a-dia dos enfermeiros, sendo reconhecido e considerado um dos elementos essenciais ao desenvolvimento da prática profissional. Ser detentor de uma comunicação eficaz é de facto uma arte que, como elemento de competência, está presente nas mais variadas situações ou contextos – está-se permanentemente a comunicar.

A habilidade para comunicar com o cliente é fundamental para a prática de enfermagem, para o cuidar. Trata-se de algo mais complexo do que a destreza manual para realizar determinadas técnicas. Inclui a arte de escutar e a capacidade para levar o cliente a expressar as suas ansiedades e medos.

No cuidar em enfermagem reflectir sobre a relação entre enfermeiro e cliente é fundamental. Para que se estabeleça uma comunicação assertiva é necessária a existência de dois interlocutores que se reconheçam como seres humanos semelhantes.

Segundo Lopes (2006), o processo de intervenção de enfermagem inicia-se com a entrevista de admissão, através do encontro entre enfermeiro/utente, e desenvolve-se até ao final da relação. Corroboro esta afirmação, que reforça o facto de a comunicação ser crucial para estabelecer a relação enfermeiro/adolescente. O autor refere-nos ainda que

não está determinado a partir de que etapa da entrevista o enfermeiro define a sua intervenção, porém sabe-se que a partir de determinado momento este inicia o processo (LOPES, 2006).

Toda a actividade de enfermagem promove uma interacção com o utente. A este processo está inerente o estabelecimento de comunicação, já que comunicar é relacionar-se. Para Hesbeen (2000, p.30), "o lugar deixado às palavras e aos vários meios de expressão é, pois, essencial na prática de cuidar, uma vez que vai permitir expressar, dizer o sofrimento que o 'corpo-sujeito' vive". Toda a forma de comunicar é válida se se depreender que a finalidade é ajudar a diminuir sentimentos como a ansiedade, atenuar a insegurança e garantir uma presença reconfortante.

A comunicação entre os profissionais de saúde e o utente apresenta diferentes formas, que se complementam. Percebemos que estamos continuamente a comunicar, sendo impossível não o fazer. A linguagem verbal, devemos aplicá-la de forma simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias, assim como às reacções, com quem estabelecemos a comunicação. As mensagens não verbais que transmitimos ao cliente devem ter em conta os gestos, a mímica, reacções emotivas, palidez/rubor da pele, suor, alteração do ritmo respiratório (PHANEUF, 2005).

De acordo com Azevedo (2010), a equipa de enfermagem deve estar apta para comunicar abertamente com o adolescente, ouvindo-o e esclarecendo as suas dúvidas, sendo capaz de estabelecer uma relação terapêutica. A comunicação é essencial na relação enfermeiro/adolescente. É importante que os enfermeiros, como detentores de conhecimentos científicos que envolvem competências técnicas e humanas, estejam conscientes das suas atitudes perante o outro, o qual espera de nós um profissional atento e compreensivo.

Já Virginia Henderson integrava a comunicação nas 14 necessidades fundamentais do doente e mais referia que a dimensão biológica da mesma se manifesta em todas as expressões verbais e não verbais, daí a importância que lhe deve ser atribuída.

O enfermeiro deve recorrer a esta arte, a comunicação, na sua prática quotidiana, não só como um instrumento terapêutico, mas como uma atitude terapêutica que promova a independência do adolescente e favoreça a cooperação entre os vários intervenientes do processo.

Neste contexto, saber escutar os adolescentes, ter disponibilidade para os ouvir, sentarmo-nos a seu lado, mesmo sem palavras, transmite-lhes segurança, fá-los sentir que existe alguém que se preocupa e em que podem confiar. Saber ouvir é uma das

melhores formas de oferecer apoio, criando uma atmosfera receptiva e de aceitação com o adolescente e sua família (HOCKENBERRY, 2006).

Em pediatria, a comunicação assume claramente uma enorme importância, nomeadamente a não verbal, pois como refere Hockenberry (2006, p.99), "durante o relacionamento com as crianças de todas as idades os componentes não verbais do processo de comunicação são os que lhe transmitem as mensagens mais significativas". Este autor considera a comunicação a habilidade mais importante a utilizar na relação com a criança/jovem e família. O enfermeiro deve ter a capacidade para reconhecer e entender os sentimentos do adolescente, procurando compreender o outro, observando os diferentes aspectos sob a sua perspectiva. Isto implica compreensão e empatia, às quais se podem associar respeito mútuo, sinceridade e autenticidade.

Através da literatura consultada, pesquisa bibliográfica de investigação, constatei que para se estabelecer uma comunicação entre enfermeiro/adolescente são necessárias estratégias de intervenção. Fundamento-me no que Riley (2004) diz sobre esta temática, a qual se baseia na convicção de que ninguém é um comunicador nato, a eficácia da comunicação e o empenhamento que se consegue transmitir ao outro adquirem-se. O mesmo autor refere que à medida que os enfermeiros aperfeiçoam a sua capacidade de comunicação e se tornam mais confiantes, evoluem na sua competência, de novatos para peritos. A investigação diz-nos que os profissionais de enfermagem que cuidam de adolescentes devem ter formação contínua (RCN, 2004).

Cabe à equipa de saúde utilizar estratégias de comunicação empática e assertiva que permitam compreender e dar resposta adequada ao adolescente/pais em situações de ansiedade, *stress*, medo e dúvida gerados pela hospitalização (BARROS, 2003).

Nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, publicados pela ordem dos Enfermeiros (2010) contemplam a entrevista ao adolescente. Os princípios gerais na entrevista ao adolescente, as características do entrevistado, as características do adolescente, o espaço e o tempo, os pré-requisitos para a comunicação/relação com o adolescente, assim como a operacionalização da entrevista, foram dados importantes que pude reter. Verifiquei também que o adolescente enquanto entrevistado é a principal fonte para a resolução dos seus problemas. Para além disso envolve uma relação terapêutica fomentada no âmbito do desempenho profissional de enfermagem. Foi através destas linhas orientadoras que desenvolvi o meu projecto, particularmente na comunicação com o adolescente.

A entrevista estruturada através de princípios e estratégias definidas é fundamental no atendimento ao adolescente, facilita a recolha de informação para depois se estabelecer uma relação empática (Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2010).

A Sociedade Portuguesa de Pediatria, através da secção de Medicina do Adolescente, produziu os "Requisitos para o Atendimento ao Adolescente" (2005), dos quais destaco algumas das normas orientadoras dessa especificidade: competência técnica deve ser acompanhada de respeito e sensibilidade para compreender a realidade de cada adolescente; treino e maturidade relacional, que permita abordar, orientar e/ou referenciar as situações mais sensíveis; capacidade para trabalhar em equipa multidisciplinar. Faz referência ainda a um ponto fulcral em que nos diz que devemos ter em atenção que a empatia criada na primeira consulta é fundamental para o sucesso de qualquer abordagem clínica.

Na linguagem assertiva que o enfermeiro deve desenvolver, este incutirá confiança, explanará as suas ideias, sustentará as suas posições embora aberto à crítica e a sugestões, enfim, no seu relacionamento contribuirá para a eliminação de complexidades provocando maior proximidade. Reflectindo sobre a temática, reconheço que é através da comunicação assertiva que se estabelece uma relação terapêutica bem-sucedida.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Poder-se-á então considerar o EESIP, como sendo o profissional de enfermagem com formação e competências altamente desenvolvidas que garantem o atendimento profundo de situações específicas e a prestação de cuidados de enfermagem adequados às necessidades do utente pediátrico.

As competências do enfermeiro especialista também envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, e inclui ainda a responsabilidade de decodificar, levar a cabo e disseminar investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. Como enfermeira em processo de formação, a frequentar o CMESIP, através da auto-reflexão identifiquei as minhas necessidades formativas que me permitissem adquirir competências de enfermeiro especialista. Ainda tendo por base os pressupostos atrás referidos, fazendo uso de contactos informais e dos resultados do questionário que apliquei aos colegas, identifiquei as necessidades de formação da equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica do HGO relativamente à prestação de cuidados de enfermagem ao adolescente.

Procurando dar resposta às minhas necessidades formativas defini os objectivos que me propus atingir com o desenvolvimento do estágio.

Os objectivos gerais deste estágio foram:

- Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que lhe permita prestar cuidados globais e individualizados.
- Promover boas práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente (Apêndice II).

Os locais para desenvolver o meu estágio foram seleccionados, em consonância com a professora orientadora, de modo a dar resposta às minhas necessidades de aprendizagem e às exigências da OE para obtenção de título de enfermeiro especialista.

O estágio teve a duração de 18 semanas, com início a 3 de Outubro de 2011 e terminou a 17 de Fevereiro de 2012.

Os locais de estágio seleccionados situam-se em Almada, no Hospital Garcia de Orta, em Fernão Ferro, na Unidade de Saúde Familiar Fernão Ferro mais e no Barreiro, Hospital Nossa Senhora do Rosário. Estas Unidades apesar de geograficamente próximas prestam diferentes níveis de cuidados e têm diferentes missões.

Assim as Unidades de Saúde Familiares (USF), são Unidades Funcionais dos ACES que têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. Têm em vista a resposta aos problemas de saúde da comunidade, intervindo aos três níveis de prevenção, de acordo com as necessidades. (DL n.º 298/2007)

Já os hospitais têm como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade, de um modo atempado, de acordo com o estado da arte e com as reais necessidades de saúde das populações, dispondo de recursos humanos qualificados e motivados, dos meios técnicos adequados e de condições físicas de trabalho e de permanência para os profissionais, para os doentes e familiares, que proporcionem o conforto necessário e o respeito pela sua dignidade individual. Faz parte ainda da missão hospitalar, garantir em cada área de atividade e especialmente para aquelas que exigem uma maior diferenciação de meios humanos e técnicos, a existência de uma dimensão que permita a aquisição de experiência e capacidade profissional, o aperfeiçoamento contínuo, a formação de novos profissionais e a participação em projetos de investigação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Missões diferentes mas com um objectivo comum, o cuidar de excelência do cliente.

A passagem por estes locais permitiu-me apreender todos os estímulos, reflexões, pesquisa, coordenação temática e estratégica que se irão repercutir na consecução favorável dos objetivos que me propus.

4.1. Locais de estágio

Como já referido, a selecção dos locais de estágio foi feita criteriosamente de modo a que fosse possível atingir os objectivos que me propus alcançar.

Uma vez seleccionados os locais de estágio, elaborei um cronograma com os respectivos campos de estágio, assim como os períodos de concretização de cada um (ApêndiceIII).

Para a apresentação do projecto às enfermeiras orientadoras dos estágios recorri ao Documento Orientador por mim elaborado, clarificando os objectivos que pretendia atingir, assim como as actividades a realizar (Apêndice IV).

Neste sub-capítulo e de modo a permitir uma melhor compreensão do meu percurso formativo vou aludir as Unidades onde estagiei por ordem cronológica.

– **Unidade de Internamento de Pediatria Médica**, inserida no Serviço de Pediatria, situa-se no 5.º piso do HGO, em Almada. A enfermeira responsável pela orientação do estágio foi a enfermeira chefe da Unidade, especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

A realização do estágio contemplou a passagem de dois dias no Serviço de Cirurgia Pediátrica (a chefe de Enfermagem é comum às duas Unidades).

Nestes serviços são prestados cuidados de enfermagem globais à criança/jovem/família, em situação de doença. É de destacar o programa de Preparação Operatória, que a equipa de enfermagem desenvolve, para a criança/jovem e família. Este programa inicia-se na primeira consulta, seguida da consulta de anestesia, passando pelo internamento/ambulatório, de forma a responder adequadamente às necessidades do cliente que vai ser submetido a cirurgia programada. Num segundo momento é feita uma exposição teórico-prática em grupo, em que o enfermeiro tem a responsabilidade acrescida de captar a atenção da criança/jovem e família e mais ainda adequar as informações à população alvo. O programa inclui uma visita guiada à Unidade para que o cliente conheça não só o espaço físico onde vai permanecer, mas também a equipa que vai cuidar de si. É realizada depois uma reunião individual com o cliente (criança/jovem e família), onde é fornecida informação sobre os procedimentos pré, intra e pós-operatórios, que se pretende que seja o mais personalizada possível, tendo em conta o processo de transição que o cliente experiencia neste momento (Apêndice V).

– **A UCINP**, inserida no Serviço de Pediatria, situa-se no 5.º piso do HGO, em Almada. A enfermeira responsável pela orientação do estágio é especialista em Saúde Infantil e Pediatria e chefe de uma das equipas de enfermagem.

A filosofia da equipa de enfermagem da UCINP insere-se na do Serviço de Pediatria, cuja missão é prestar cuidados de enfermagem à população pediátrica do HGO e suas famílias, centrados nas suas necessidades, respeitando os Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada, seguindo os princípios éticos e deontológicos da profissão.

Apesar de inicialmente este campo de estágio não estar previsto no meu projecto, considerei que o contacto com adolescentes numa situação crítica, de grande

vulnerabilidade, ou pela sua situação de doença, ou na situação de pais adolescentes com filhos internados (situação frequente na UCINP), seria um contributo importante na aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

No decorrer deste estágio não estiveram adolescentes internados, mas como previa tive oportunidade de contactar com mães adolescentes com recém-nascidos internados em cuidados intermédios e que se revelou uma experiência muito enriquecedora, uma vez que nestas situações é necessário preparar o adolescente para o desempenho de novos papéis (Apêndice VI).

– USF FF mais, em Fernão Ferro

A enfermeira responsável pela orientação do estágio é especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

No decurso da primeira entrevista com a orientadora foram identificadas algumas áreas de interesse dos enfermeiros que se cruzavam com os objectivos que delinee para o meu estágio, dentro delas a comunicação com o adolescente. Isso permitiu-me a negociação e a optimização de actividades a realizar, bem como o conhecimento de programas e projectos existentes.

Das entrevistas não estruturadas com a enfermeira orientadora concluí que melhorar a acessibilidade, aperfeiçoar a continuidade de cuidados e a formação contínua dos profissionais são o grande objectivo da equipa. Melhorar o acesso não significa aumentar a possibilidade de mais atendimento na USF mas sim a orientação e o encaminhamento dos utentes para uma correcta utilização dos serviços. Algumas das estratégias utilizadas para cumprir este objectivo foram a implementação de um serviço de atendimento telefónico, com características inovadoras, um sistema informático acessível a todos os profissionais da equipa, a elaboração do Guia do Utente e aperfeiçoamento da sinalética dentro do serviço e na comunidade.

A formação é fundamentalmente sustentada por reuniões (discussões de casos) e sessões de formação, que decorrem na biblioteca da USF com a periodicidade semanal (Apêndice VII).

– Consulta Externa de Pediatria do HGO, em Almada

A Unidade de Consulta Externa de Pediatria, inserida no Serviço de Pediatria, situa-se no 1.º piso do Hospital Garcia de Orta, em Almada, enquadrada no Departamento da Mulher

e da Criança. A enfermeira responsável pela orientação do estágio é enfermeira graduada e coordenadora da Unidade.

A Consulta de Enfermagem Pediátrica do HGO tem por missão prestar cuidados de enfermagem de qualidade a todos os utentes dos 0 aos 15 anos, com necessidades de cuidados diferenciados, referenciados pelos seus médicos assistentes, dos serviços públicos ou privados, das unidades de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra, respeitando os Direitos da Criança, Carta da Criança Hospitalizada e os princípios éticos e deontológicos da profissão.

A consecução desta missão implica que os cuidados sejam prestados em ambiente humanizado, no respeito dos direitos das crianças, jovens e suas famílias e das suas necessidades específicas, num contexto de relação de ajuda que promova uma plena parceria entre o enfermeiro e o cliente.

Tem como finalidade promover na criança, jovem e família um nível máximo de adaptação à sua situação de saúde, numa perspectiva de ajuda, através da avaliação dos seus problemas, da definição dos resultados a atingir e do planeamento de intervenções pertinentes, de forma a ajudá-los a ultrapassar a crise, a viver com as alterações decorrentes do diagnóstico e terapêutica instituída e a alcançar maior autonomia no seu auto-cuidado (Apêndice VIII).

- Unidade de Urgência Pediátrica do HNSR, no Barreiro

A enfermeira responsável pela orientação do estágio é especialista em Saúde Infantil e Pediatria e chefe de uma das Equipas de enfermagem.

Situa-se no 1.º piso do Hospital, existe desde Outubro de 2001 após um período de coexistência na Urgência Geral iniciado em 2000. A Unidade ganhou assim autonomia, com espaço físico próprio. Ao longo dos anos tem beneficiado de constantes melhoramentos, tendo sido em Junho de 2010 a última renovação das instalações face ao alargamento da idade pediátrica para 18 anos de idade.

Antes do processo de alargamento da idade de atendimento foi realizada formação a todos os profissionais de saúde sobre a adolescência, incluído na área da comunicação.

Na Área Pediátrica, para além das normas e protocolos das várias unidades que orientam a prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e sua família, também os projectos desenvolvidos têm dado contributos significativos para a melhoria contínua da qualidade. Dentro dos vários projectos em desenvolvimento destaque: Promoção de Estilos

de Vida Saudáveis; Triage Pediátrica Informatizada e Intervenção de Enfermagem junto da Criança e Jovem com Diabetes.

Segundo a enfermeira orientadora a formação que a equipa teve na área da adolescência foi importante pois permitiu conhecer melhor o desenvolvimento do adolescente. Observei a equipa a utilizar estratégias de comunicação com o adolescente e estabelecer uma relação empática de forma eficaz. Devemos ter em atenção que a empatia criada na primeira abordagem é fundamental para o sucesso de qualquer relação "Requisitos para o Atendimento ao Adolescente" (2005), (Apêndice IX).

– Unidade de Urgência Pediátrica do HGO, em Almada (Unidade onde exerço funções).

A enfermeira responsável pela orientação do estágio é especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Após a minha passagem por unidades e serviços diferentes no âmbito da minha formação e onde adquiri conhecimento teóricos e práticos que me permitiram o desenvolvimento de competências, foi meu objectivo terminar o estágio na Unidade que melhor conheço para implementar o meu projecto.

Os dois últimos estágios foram em contexto de urgência. A primeira experiência foi no HNSR, onde o atendimento ao cliente é feito até aos 18 anos menos um dia, e finalizei o percurso na Unidade de Urgência Pediátrica do HGO, local onde desempenho funções e tenho por isso um maior conhecimento da sua orgânica. A opção em contexto de urgência por dois momentos deveu-se ao facto de ter a grande oportunidade de poder prestar cuidados aos adolescentes na segunda etapa do seu desenvolvimento (Adolescência média – 15 aos 17 anos) e também conhecer uma realidade diferente da minha. Foi um desafio positivo no desenvolvimento do meu trabalho. Deparei-me com alguns adolescentes que, apesar de se encontrarem numa fase de transição saúde-doença, evidenciaram apreensão pela sua autonomia, pelo sentido global de identidade, dominada pelos pares (pedindo a presença de alguns amigos) e até pelas preocupações estereotipadas acerca do vestuário, corte de cabelo e comportamento. Assim, a compreensão do processo de transição pode ajudar a evitar os riscos inerentes à hospitalização do adolescente (Apêndice X).

No subcapítulo seguinte irei descrever e analisar de forma reflexiva as actividades desenvolvidas, assim como as competências adquiridas durante o estágio.

4.2. Objectivos e actividades desenvolvidas durante o estágio

Para a consecução de alguns objectivos delineados, centrei a minha actividade na observação. Tendo presente que "A observação compreende o conjunto das operações através das quais o modelo de análise é confrontado com dados observáveis. [...] Conceber esta etapa de observação equivale a responder às três perguntas seguintes: Observar o quê? Em quem? Como?" (QUIVY, 2005, p. 205-206), construí uma grelha de observação (Apêndice XI). Este instrumento foi útil na orientação e sistematização dos aspectos a observar em todo o percurso de estágio, tais como, estratégias implementadas pelo enfermeiro para comunicar com o adolescente e a reacção do adolescente quando abordado pelo enfermeiro. Fortin (2003, p.241) também nos diz que "a observação é o que consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio de observação directa dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos num dado período de tempo".

Os autores acima citados apresentam conceitos análogos de observação, com os quais concordo.

A elaboração desta grelha foi uma necessidade por mim sentida de modo a obter uma informação sistematizada. Como refere Polit *et al* (2004, p.269) "A criatividade da observação estruturada não reside na observação em si, mas na formulação de um sistema de classificar, registar e codificar as observações e a amostragem dos fenómenos de interesse."

A grelha que construí, contemplou dois aspectos principais:

- As estratégias que o enfermeiro utiliza para comunicar com o adolescente.
- A reacção do adolescente quando abordado pelo enfermeiro.

A grelha de observação acompanhou-me em todo o percurso e através dos resultados obtidos identifiquei as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para comunicar com o adolescente, favorecendo o enriquecimento dos meus conhecimentos nesta área.

Para cada local de estágio, ancorados nos objectivos gerais defini objectivos específicos e planeei actividades, que considerei pertinentes, para a aquisição de competências do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Dos objectivos específicos, definidos para os diferentes locais de estágio, alguns são comuns a todos os contextos.

A descrição dos objectivos, as actividades desenvolvidas, para os alcançar irão ser apresentados a seguir. Os objectivos específicos que defini foram:

4.2.1. Conhecer a estrutura física e a dinâmica funcional das diferentes Unidades

Conhecer a estrutura física e a dinâmica funcional das diferentes Unidades foi fundamental para a minha adaptação ao local de estágio.

Em todos os campos de estágio realizei entrevistas não estruturadas às enfermeiras orientadoras e aos outros enfermeiros das Unidades com o intuito de identificar a filosofia de enfermagem subjacente à sua prestação de cuidados.

Posteriormente foi feita visita às instalações das Unidades, que me permitiu perceber a dinâmica e o seu funcionamento. Ao longo dos estágios conheci qual o tipo de articulação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar e respectiva metodologia de trabalho.

Em todas as Unidades onde estagiei foi-me permitido que consultasse protocolos, documentos, projectos, normas e regulamentos internos. Através desta consulta, das entrevistas às enfermeiras e da observação que realizei, apercebi-me das necessidades formativas nas Unidades. (Competência D2.1.2)

Na USF FF mais foi notória a dificuldade na comunicação com o adolescente e a necessidade sentida pelos enfermeiros de formação nesta área.

A equipa de enfermagem da Unidade de Internamento de Pediatria do HGO já realizou formação na área, todavia revelou necessidade de aprofundamento e actualização.

4.2.2. Conhecer o quadro de referência orientador dos cuidados de enfermagem das diferentes Unidades

Através das entrevistas não estruturadas às enfermeiras orientadoras e no desenvolvimento dos estágios, apercebi-me que em nenhuma Unidade existe um modelo baseado numa teórica de enfermagem, que sustente a prática dos cuidados.

As práticas de enfermagem baseiam-se nos princípios emanados pela OE, tais como REPE, Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, Competências do Enfermeiro Especialista e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

No que se refere à organização do trabalho, em todas as unidades onde estagiei, o método utilizado é o método individual, em que cada elemento da equipa de enfermagem é responsável pela prestação global de cuidados a um determinado grupo de clientes. E eu acredito, suportada pelos estudos científicos que consultei e pela minha experiência profissional, que é um método que permite prestar cuidados globais e diferenciados aos clientes. Dentro deste contexto, Pinheiro, citado por Costa (2004, p. 237), refere que os cuidados de enfermagem individualizados, "baseiam-se no conceito de cuidado global e

implicam afectação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a "carga de trabalho" o permitir".

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades. A equipa baseia os cuidados prestados em valores e princípios do que é mais importante para a criança/jovem e família e tem em linha de conta a parceria dos cuidados. O enfermeiro quando envolve a família na prestação dos cuidados, tem em conta os princípios: respeitar cada criança e a sua família, respeitar a diversidade da raça, etnia, cultura e condição socioeconómica, assim como a sua influência sobre a experiência da família e a percepção dos cuidados; reconhecer e relevar as potencialidades de cada criança e da família, mesmo nas situações difíceis e desafiadoras; apoiar e facilitar a escolha para a criança e família de abordagens sobre os cuidados; partilhar informações verdadeiras e imparciais às famílias, de forma permanente e que possam ser utilizadas; proporcionar e/ou garantir formal e informalmente apoio para a criança e pais e/ou responsáveis pelos cuidados, durante a gravidez, parto, infância, adolescência, e enquanto jovens adultos; colaborar com as famílias em todos os níveis de cuidados de saúde, nos que são prestados individualmente à criança, na educação profissional e na elaboração de políticas e programas de desenvolvimento; reconhecer capacidade a cada criança e família pela descoberta das suas forças, estabelecer confiança, realizar escolhas na tomada de decisões sobre a sua saúde (COMMITTEE ON HOSPITAL CARE, 2003).

Particularizando, na **UCINP**, cada criança tem uma enfermeira de referência na prestação de cuidados, que articula com os pais, com os elementos da equipa de saúde e centro de saúde de referência. A enfermeira tem a responsabilidade de identificar necessidades, elaborar plano de cuidados com vista à resolução dos problemas de saúde da criança/jovem, que é actualizado sempre que a situação clínica do cliente o justifique.

Na **USF FF mais**, o modelo organizativo dos cuidados de enfermagem utilizado pela equipa é o do "Enfermeiro de Família». Este modelo caracteriza-se pela prestação de cuidados centrados na família enquanto unidade alvo de cuidados, possibilitando a efectividade, proximidade e acessibilidade.

4.2.3. Desenvolver capacidades e habilidades para a avaliação do desenvolvimento da criança nas diferentes faixas etárias, com enfoque na adolescência

A concretização deste objectivo processou-se durante todo meu estágio, mas com mais evidência na USF FF mais e Consulta Externa de Pediatria.

Na USF FF mais realizei consultas de enfermagem a crianças de uma faixa etária variável, desde a primeira consulta ao recém-nascido até às consultas de adolescentes.

Na Consulta Externa de Pediatria realizei consultas de enfermagem a crianças e jovens em situação específica de saúde (Diabetes, Patologias de Gastroenterologia, Obesidade) com necessidade de acompanhamento em contexto hospitalar.

É na consulta de enfermagem que o enfermeiro tem oportunidade para abordar com os pais questões relacionadas com a saúde e o desenvolvimento da criança/jovem de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.

O desenvolvimento é um processo dinâmico, complexo e multidimensional. Os valores e o ritmo do desenvolvimento da criança/jovem variam consoante o estágio em que se encontram. Os padrões de crescimento e desenvolvimento embora seguindo padrões universais, são únicos para cada criança (HOCKENBERRY, 2006).

De forma a dar resposta a este objectivo, foi necessário realizar revisão da literatura de referência na área do desenvolvimento da criança, com especial enfoque na adolescência. Como as teorias de desenvolvimento não se limitam a descrever o comportamento do adolescente, vão mais além, procuram explicar e prever, permitiram-me, durante as consultas que efectuei, antecipar e contribuir para a modificação de comportamentos, no percurso do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente, no sentido da promoção da saúde e bem-estar individual e colectivo.

Reflectindo sobre o papel do enfermeiro especialista na avaliação do desenvolvimento da criança e do jovem reconheço que devo ter sempre em conta que a criança passa por diferentes fases no desenvolvimento, desde o período neonatal, a 1.^a infância, a 2.^a infância, a adolescência – e todas correspondem, em termos de estudo e práticas de enfermagem, a áreas de aprofundamento de conhecimentos na especialidade, por exigirem uma abordagem específica. Quer isto dizer que o alvo de intervenção do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria é a criança/jovem/família/comunidade, numa visão holística e contextual que permite identificar os fenómenos de enfermagem. O campo de intervenção é particular e adequado à especificidade das necessidades da criança, ao longo das suas diferentes fases de desenvolvimento.

Foi de grande pertinência o aprofundamento e a aquisição de novos saberes sobre o desenvolvimento Infantil, pois vieram enriquecer o meu saber para potenciar os pais de conhecimentos que visam a promoção da saúde e desenvolvimento da criança. Competência (E3).

4.2.4. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em todos os contextos de cuidados, com especial incidência na comunicação com o adolescente, com competência científica, técnica e humana

Em todas as unidades onde realizei os estágios prestei e colaborei na prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente/família aos três níveis de prevenção. Efectuei registos utilizando instrumentos da Unidade (em suporte informático).

Na **USF FF mais** promovi a amamentação, expliquei aos pais a importância do aleitamento materno, englobando as vantagens e desvantagens. Realizei o Teste de Guthrie. Tornei claro para os clientes os comportamentos de cada estágio de desenvolvimento, explicando as particularidades que o caracterizam. Tive em atenção as características de desenvolvimento que são próprias da idade, e as dúvidas e preocupações dos pais das crianças. Na minha interacção com a criança/jovem e família comuniquei com elas sendo sensível às suas características individuais, como a idade, estágio de desenvolvimento, capacidade de compreensão e fundo cultural.

Esclareci dúvidas dos pais nomeadamente em relação aos primeiros meses de vida da criança, como actuar em caso de cólicas, como proceder se tiver sintomas de doença (febre). Muitas perguntas em relação à vacinação e seus efeitos secundários foram colocadas pelos pais, que esclareci adequando à faixa etária de cada criança/jovem. Dirigi as consultas para a promoção da saúde/educação para a saúde.

Realizei ainda consultas de saúde infantil que são efectuadas nas idades-chave preconizadas pela DGS: especificamente em relação aos adolescentes são feitas entre os 11e os 13 anos, podendo ir até aos 15 anos. Foram consultas onde promovi estilos de vida saudáveis, promoção da saúde, prevenção das doenças e dos consumos. Tive a possibilidade de utilizar técnicas de comunicação, tendo em conta os princípios: linguagem simples e fluida, reforçar competências, evitar juízos de valor, reforçar comportamentos positivos e auto-estima, assim como reforçar competências. Consolidei a competência promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde, nomeadamente em relação aos distúrbios alimentares. Em relação aos adolescentes com excesso de peso, a proposta através da negociação de só

ingerir doces um dia por semana foi bem aceite pelos próprios. Os adolescentes com quem tive a oportunidade de estar na consulta foram pró-ativos, ou seja, colocaram questões em relação aos consumos aditivos, alegando que tinham colegas que fumavam. Momentos únicos para a promoção de estilos de vida saudável, tal como preconizado no PNS 2011-2016.

Na **Consulta Externa de Pediatria** realizei consultas de enfermagem em várias valências clínicas. Assisti/participei em duas que quero destacar: as consultas de endocrinologia e de obesidade infantil. O adolescente depara-se então com transições em simultâneo, a nível do desenvolvimento, situacional e de transição saúde-doença.

Os processos de transição apresentam um padrão de multiplicidade e complexidade, podendo cada indivíduo, neste caso o adolescente, vivenciar mais do que uma transição simultaneamente. (MELEIS, 2010).

Após observação de algumas consultas realizadas pela minha orientadora de estágio, procedi à realização das mesmas. Fiz a primeira consulta de obesidade infantil. A fase inicial da consulta contemplou o acolhimento em que foi feita a identificação/apresentação da equipa de enfermagem, a informação sobre o funcionamento e circuito da consulta: horário, contacto telefónico. Neste contexto dá-se o início da consulta em que existem pontos fundamentais a reter: quem referencia a consulta, qual a motivação do adolescente/família para a perda de peso, assim como o padrão alimentar e actividade física praticada. O espaço é acolhedor, confortável, ventilado e limpo. O adolescente reconhece o enfermeiro como parceiro. Estudos dizem que os adolescentes valorizam mais a relação com o enfermeiro do que as características do ambiente físico. (Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2010). O ensino de grupo sobre a importância da actividade física teve como objectivo geral motivar a criança/jovem e família para a importância da actividade física como uma das estratégias para a perda de peso.

Durante o meu percurso formativo tive contacto com duas realidades diferentes de consulta. Na Unidade de Saúde Familiar as consultas que realizei basearam-se nas avaliações globais de saúde, associadas à prevenção, cuidados antecipatórios e educação para a saúde, visando a promoção da saúde focalizada na prevenção primária. Em contexto hospitalar a consulta de enfermagem foi dirigida à criança/jovem com uma situação específica de saúde, todavia a educação para a saúde esteve continuamente presente, com intuito de promoção a nível da prevenção secundária e terciária.

Participei nas reuniões de serviço em que dinamizei alguns momentos. Foram partilhadas experiências e vivências na equipa de enfermagem sobre a comunicação com o adolescente, tendo sido detectados obstáculos na abordagem: dificuldade em conseguir a colaboração do adolescente; relutância na adesão ao tratamento; impossibilidade do adolescente em expressar as queixas de forma clara; ineficácia nos ensinamentos; falta de controlo dos pais; dificuldade em estabelecer e fazer cumprir regras do serviço.

Partilhei os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso, especificamente na área da adolescência. Participei em momentos de discussão e reflexão com os enfermeiros das diferentes unidades, aspectos relacionados com o estabelecimento duma relação terapêutica com o adolescente. Partilhei as minhas vivências e dos outros enfermeiros obtive, através dos relatos das suas experiências, subsídios para uma adequada comunicação com os jovens desta faixa etária. (Competências A1.4, B1, D2.1. D2.3).

O cuidar exige do enfermeiro todo um conjunto de acções com o ser cuidado, promoção de interacção, relação empática, envolvimento, responsabilidade e não apenas o aspecto técnico. Cuidar de outro ser humano exige, além da preparação técnica, compreensão, aceitação e uma postura que permita reconhecer o outro como o ser bio-psico-social e não apenas um corpo biológico. Tendo presente a importância dos cuidados personalizados, foi minha preocupação no decorrer dos estágios, prestar cuidados únicos, individualizados e humanos, pois o cliente é uma pessoa que possui direitos, devendo ser-lhe proporcionada assistência digna, justa, ética e ser cuidado na sua totalidade. (Competências A1., A2).

Citando Leite (2007) no 3.º Painel do II Congresso da OE, "será difícil, senão impossível, ao enfermeiro de cuidados gerais manter actualizado um conhecimento profundo que lhe permita identificar as necessidades de cada indivíduo, num determinado momento da sua vida, assim como manter um elevado nível de proficiência qualquer que seja o contexto de exercício", ou seja, o apoio necessário em cada fase do ciclo vital é distinto e como tal implica cuidados diferenciados em cada faixa etária, pelo que é imperativa a existência de enfermeiros com conhecimentos mais profundos em cada fase do ciclo de vida. Estes são os enfermeiros especialistas, que segundo o Estatuto da Ordem, artigo n.º 7 ponto n.º 2, têm um título que lhes reconhece "competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade". Ainda segundo Leite (2007), "o aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de enfermagem resulta em profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta,

amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, intervenções e elevado nível de adequação das necessidades do indivíduo, potenciando os ganhos em saúde".

Assim, ser enfermeiro especialista implica uma prática profissional em que predominam competências distintas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem.

Durante o período de estágio na **Unidade de Pediatria Médica** esteve internada uma adolescente de 16 anos, com o diagnóstico de diabetes tipo I desde os 13 anos, com dificuldade na adesão terapêutica. Vive desde há um ano numa instituição aberta. Tem dificuldade em cumprir as regras da instituição, pelo que foge várias vezes, quando a sua vontade é contrariada. Nestas situações nunca leva a insulina consigo e está um, dois dias sem administrar a terapêutica, dando entrada depois na urgência por descompensação da doença. No dia em que esteve internada fui eu a sua enfermeira responsável. No início apresentava-se silenciosa e até um pouco hostil quando abordada. Foi necessário apropriar-me de todos os conhecimentos que já tinha adquirido sobre adolescência e comunicação para conseguir estabelecer uma comunicação assertiva e uma relação empática. Recorri ao computador que a adolescente estava a utilizar e, ao observar que navegava na Internet, conseguimos estabelecer um diálogo através da negociação. (Competências E1, E1.1.2).

Desta dificuldade que parecia insuperável, a contingência da descoberta que permitiu desbloquear a situação facultou-me um crescimento profissional através do desenvolvimento de competências, principalmente, no âmbito relacional, pois a prestação directa dos cuidados assenta essencialmente na relação com o cliente, exigindo uma adequação e criatividade nas abordagens realizadas, bem como o recurso a estratégias de comunicação para estabelecimento de relação empática.

Consequentemente, considero que através destas discussões de caso e pelas minhas intervenções na prática junto do adolescente/família, consegui transmitir à equipa de enfermagem uma perspectiva dinâmica e diferente do cuidar em pediatria. (Competências C, C2.1.4).

O adolescente em contexto hospitalar constitui um grupo com características muito especiais, não só pela idade, mas também por possuir um pensamento fértil, crítico e espontâneo (ALMEIDA, 2004). Corroboro a opinião do autor, pois é exemplo prático das vivências dos adolescentes nas Unidades onde estagiei.

No Serviço de **Cirurgia Pediátrica** realizei uma observação participada em dia de consulta pré-operatória, e depois em dia de cirurgia, onde encontrei os mesmos clientes, sendo três deles adolescentes, dois de 14 anos e um de 15 anos. Foi oportuna a aplicabilidade dos subsídios adquiridos ao longo da elaboração do projecto, bem como a aquisição de outros através da observação do tipo de comunicação que o enfermeiro utilizava para abordar o adolescente. Tive oportunidade de prestar cuidados aos clientes. Foi necessário informar-me sobre as suas histórias de dor para poder partilhar com os enfermeiros e estabelecer um plano de cuidados dirigido a cada cliente.

(Competências E1.1.2, E2.1.1, E2.2, E3).

Tive o ensejo de estabelecer comunicação assertiva com o adolescente/família mesmo em contexto de **Cuidados Intensivos Pediátricos**, que passo a descrever de forma sucinta. A mãe adolescente tem 17 anos, o pai tem 20 anos. Vivia-se a terceira semana de internamento. O recém-nascido nasceu de 32 semanas, em apneia e sem batimentos cardíacos. Foi reanimado no bloco de partos com boa resposta e esteve um dia internado na UCIN em vigilância. Foi depois transferido para a sala de Cuidados Intermédios, onde tem permanecido. Sem autonomia para se alimentar, na fase inicial ocorreu através de sonda orogástrica, sendo prática do serviço estimular o reflexo de sucção e deglutição (através de copo inicialmente e depois por tetina). Como o objectivo da mãe era amamentar, foi sendo adaptado à mama de forma gradual e progressiva.

O meu encontro com estes clientes decorreu na fase de pré-alta, ou seja, com reforço de ensinamentos, validação de dúvidas, observação da relação pais/filho.

Realizei, em colaboração com a enfermeira prestadora de cuidados, ensinamentos sobre a importância da amamentação e suas vantagens, cuidados directos ao recém-nascido, como cuidados de higiene, promoção da vinculação. (Competências E3).

O que eu quero de facto realçar é o comportamento da mãe adolescente para com o seu filho, assim como o envolvimento da enfermeira de referência, da qual falei no decorrer da caracterização da Unidade. Esta foi o elo de ligação entre os pais e a equipa de saúde. A transição para a parentalidade foi sendo estabelecida de forma gradual.

A mãe adolescente, além de ajuda física e psicológica, necessita de um cuidado educativo de modo a capacitá-la para a responsabilidade do seu novo papel: mãe. Esta consciencialização deve ser feita através da discussão concreta da realidade e dos problemas vivenciados pela adolescente (FABIÃO, 2008).

Em relação ao estágio na **Unidade de Urgência Pediátrica do HNSR**, algumas das actividades e prestação de cuidados levou ao desenvolvimento das respectivas competências: (E2, E2.1.2, E2.2).

A mobilização dos conteúdos programáticos ministrados no decurso da unidade curricular teórica e as actividades desenvolvidas constituíram um corpo de contributos que me permitiu não só aprofundar conhecimentos teórico-práticos em Saúde Infantil, como também aplicá-los na prestação de cuidados à criança/adolescente e família em situação de crise. Durante este estágio tive igualmente a oportunidade de intervir em situações complexas. Para tal, registo a situação de um adolescente com o diagnóstico de intoxicação etílica que de acordo com ele foi por incompatibilização com o professor devido a má nota. Após prestação de cuidados imediatos, nomeadamente entubação nasogástrica para lavagem gástrica, colocação de acesso venoso, tive a oportunidade de estabelecer uma relação empática com o adolescente através de respeito, autenticidade e empatia. Considero que foi uma experiência muito enriquecedora e que demonstrou que basta um pouco de dedicação e disponibilizarmos o nosso tempo para perceber a causa dos comportamentos impulsivos que são inicialmente uma chamada de atenção, mas que acabam por vezes por colocar em risco a própria vida. Tive ainda a possibilidade de promover estilos de vida saudáveis, explicando os perigos do consumo abusivo do álcool. Os comportamentos dos jovens, são influenciados em larga escala, pelo ambiente que os envolve, a educação e o grupo em que estão inseridos. (Competências E1, E2, E3).

Segundo HOCKENBERRY (2006), os adolescentes estão no auge as funções físicas, sensoriais e psicomotoras, o que confere ao adolescente uma sensação de força e confiança nunca antes experimentada. Torna-se potencialmente vulnerável à ocorrência de acidentes, pelo facto de se sentir indestrutível, aliado à necessidade da experimentação. O desejo de lealdade do grupo e a necessidade de aprovação dos seus pares, leva-o a expor-se a situações arriscadas, pois a auto-confiança ultrapassa o limite das suas capacidades físicas (desenvolvimento do senso de identidade).

Saliento no entanto, que não se pode actuar, sem ouvir primeiro os adolescentes e sem integrar a promoção da saúde numa perspectiva transdisciplinar. O enfermeiro deve por isso saber o que é considerado "normal" e "patológico" na adolescência de hoje, bem como aquilo que deve aceitar em termos de comportamento, resultado das alterações físicas e psicológicas, características do processo de desenvolvimento (CORREIA [et al], 2006). Com o seu modelo, Meleis (2010) auxiliou-me na compreensão das transições pelo

que o adolescente passa, assim como na forma de actuar sempre que o adolescente as vivência.

O contexto hospitalar onde está inserido o adolescente exige da equipa de enfermagem compreensão pelo processo de transição que o adolescente vivencia, de modo a fornecer-lhe o suporte necessário ao restabelecimento do equilíbrio perdido (MAAS e ZAGONEL, 2005). É o enfermeiro que deve definir estratégias de comunicação para o estabelecimento de uma relação empática, tal como foi comprovado nos estágios, especificamente, competência na área da comunicação, disponibilidade e respeito.

4.2.5. Aprofundar conhecimentos sobre comunicação com o adolescente/família em situações de saúde/doença

Mais uma vez foi necessário recorrer à revisão da literatura de referência na área da comunicação com o adolescente (HOCKENBERRY, 2006; BARROS, 2003; Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2010), pois só assim posso consolidar o meu conhecimento baseado na evidência científica.

No decorrer do estágio tive a possibilidade de assistir ao Fórum Gulbenkian de Saúde – Labirintos da Adolescência (realizado nos dias 25 e 26 de Outubro de 2011). Tratou-se de uma mais-valia, pois adquiri contributos valiosos na área da adolescência. Nas palestras de Sarah-Jayne Blakemore e David Bainbridge foi abordado a temática relacionada com a evolução do cérebro, referindo os mesmos que esta não é linear. Estes palestrantes defenderam que na adolescência o cérebro sofre uma reorganização e crescimento neuronal, o que influencia e explica o comportamento social do adolescente.

Também no Fórum Gulbenkian de Saúde – Labirintos da Adolescência, Margarida Gaspar de Matos do projecto Aventura Social, apresentou os resultados do estudo HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), relativos aos últimos quatro anos, em que se observam melhorias em termos comportamentais. Os objectivos do estudo tiveram em mente uma nova e aprofundada compreensão dos comportamentos de saúde do adolescente, seus estilos de vida e seus contextos sociais. Foi o consolidar do já exposto na Unidade Curricular Comportamentos de Saúde e Estilos de Vida em Crianças e Jovens.

Assisti às XVIII Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria, intituladas de Pediatria da Adolescência ou Adolescência da Pediatria (realizadas nos dias 24 a 26 de Novembro de 2011). Com este acréscimo, assimilei contributos valiosos na área da adolescência. Mais uma vez se realçou que a evolução do cérebro não é linear, na adolescência o

cérebro sofre uma reorganização e crescimento neuronal, especificando que o córtex frontal não está totalmente desenvolvido até aos 16-18 anos.

Com estas formações obtive mais informação sobre os adolescentes e fiquei mais motivada para o estudo dos aspectos relacionados com os jovens desta faixa etária.

A participação dos enfermeiros nestas Jornadas foi preciosa, pois destacou a necessidade de formação na área da comunicação com o adolescente para a prestação de cuidados de excelência.

Neste contexto a palestra da enfermeira em contexto de urgência, alertou para o facto de que a experiência e a sensibilidade do técnico são de fundamental importância para o sucesso na intervenção com os adolescentes.

Sanciono totalmente esta afirmação, pois o enfermeiro para estabelecer uma comunicação assertiva com o adolescente necessita de alguns requisitos:

- Maturidade pessoal, auto-estima;
- Conhecimento sobre o desenvolvimento da adolescência;
- Estratégias de comunicação: sincera e fluida;
- Respeito, confidencialidade, autenticidade e empatia;
- Evitar atitudes incorrectas – assumir o papel do adolescente;
- Evitar substituir os pais;
- Não adoptar uma postura dominadora.

(Guias Orientadores de Boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2010).

Foi o consolidar do que tenho pesquisado em relação aos adolescentes e a comunicação com os mesmos.

Fonseca (2005) refere que não há adolescência mas sim adolescentes, cada um é único. Diz-nos ainda que são necessários alguns requisitos para um bom atendimento ao adolescente: competência, boa capacidade de comunicação que se treina, sensibilidade, respeito e compreensão. A confidencialidade é muito importante para o adolescente, tal como a disponibilidade para ouvir e estar.

4.2.6. Identificar o tipo de comunicação utilizada na abordagem ao adolescente, nos diferentes contextos de cuidados

A utilização de uma grelha de observação foi facilitadora da minha observação e identificação das estratégias que os enfermeiros utilizam para comunicar com o adolescente, assim como a reacção do adolescente quando abordado pelo enfermeiro. Algumas das estratégias são comuns a todos os enfermeiros: empatia com o grupo etário;

questões éticas e de direito; sigilo profissional; escolha de espaço; formação na área da comunicação; não emitir juízos de valor; escolha de profissional com experiência na adolescência.

Através das reflexões que fiz sobre o observado e sobre as minhas práticas, assim como com as leituras que realizei e em colaboração com o enfermeiro prestador de cuidados, implementei estratégias para comunicar com o adolescente, tendo em conta que para se estabelecer uma relação através de comunicação assertiva com o adolescente é necessário: conhecimento sobre o desenvolvimento da adolescência; acolhimento cordial e compreensivo; disponibilidade; confidencialidade; privacidade; conhecimento das expectativas do adolescente e família; dirigir as questões e explicações ao adolescente (HOCKENBERRY, 2006; Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2010). (Competências E3.3., E3.4.).

Compreendi ser fundamental desenvolver estratégias e utilizar alguns requisitos para atender o adolescente, como já referi anteriormente: maturidade pessoal e auto-estima. O respeito, autenticidade e empatia foram atitudes que adoptei para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

4.2.7. Elaborar proposta de formação para uma uniformização nos procedimentos de comunicação com o adolescente

Este objectivo foi definido para ser implementado na Urgência Pediátrica do HGO.

Realizei pesquisa bibliográfica, baseada na evidência científica produzida recentemente, sobre Programas de Entrevista ao Adolescente, com *guidelines* de boas práticas.

No decorrer do estágio na Urgência, para dar resposta às necessidades de formação manifestadas pelos colegas e de acordo com a enfermeira orientadora planeamos e desenvolvemos uma acção formativa que teve como objectivos:

- Reflectir sobre competências comunicacionais da equipa de enfermagem com o adolescente.
- Sensibilizar a equipa de enfermagem na utilização de boas práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente.
- Partilhar o percurso dos estágios.

Divulguei a formação em todas as Unidades onde estagiei, em que fiz convite pessoal às Chefias de Enfermagem das Unidades. Realizou-se no dia 10 de Fevereiro a sessão de formação subordinada ao tema "Boas práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente – linhas orientadoras".

Estiveram presentes enfermeiros de todas as Unidades, incluindo as três chefes. Todos participaram activamente, através da partilha de ideias e vivências, na proposta final da elaboração de norma – “Comunicação com o adolescente – linhas orientadoras de boas práticas” – que sistematize os princípios e estratégias da intervenção de enfermagem no âmbito da comunicação com o adolescente.

Neste momento de formação as competências desenvolvidas foram: (A1.4, B1, B2, C1.2.2, D2.1.1, D2.2, D2.3.3).

4.2.8. Avaliar as actividades desenvolvidas ao longo do estágio

A avaliação das actividades desenvolvidas ao longo do estágio realizou-se no percurso de todo o 3.º semestre do mestrado, através da aquisição de capacidade de reflectir na acção e sobre a acção; participação activa nos momentos de reflexão realizados em grupo e análise das actividades desenvolvidas na prática profissional; análise e avaliação regular das actividades desenvolvidas, resultados obtidos, dificuldades sentidas e comparação das actividades programadas com as realizadas; realização da auto-avaliação; elaboração de uma reflexão crítica sobre uma experiência vivida no decorrer do estágio, relacionada com o projecto. (Competências A1., C, D2.1.4, D2.2).

Ser Enfermeiro Especialista implica uma prática profissional em que predominam competências clínicas especializadas, a nível da concepção, gestão e supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação. O enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria deve possuir todas as competências acima mencionadas e ser capaz de as mobilizar em acção de modo a prestar cuidados de enfermagem de grande complexidade à criança e família em situação de saúde ou doença.

O papel do enfermeiro especialista é ajudar a criança/jovem/família, inseridas numa comunidade, a identificar necessidades e incentivá-las a ter os comportamentos mais adequados à promoção e manutenção da sua saúde, através de uma relação de ajuda que favoreça a expressão das suas necessidades emocionais e de desenvolvimento, em estreita ligação com a restante equipa de saúde.

4.3. Competências desenvolvidas e adquiridas no percurso de estágio

A produção de competências não cabe só à escola mas também ao local de realização da prática. É no agir em situação que se desenvolvem as competências, ou dito de outro modo, a ciência e a arte dos cuidados de enfermagem formam um todo integrado. Todos sabemos que os saberes práticos são fundamentais à teoria e que exercem uma influência importante na formação dos enfermeiros.

Todo o meu percurso profissional desenvolveu-se na área da pediatria, mais propriamente na urgência pediátrica. Esta Unidade pela sua especificidade permite desenvolver várias competências uma vez que é um contexto muito rico pela diversidade de situações vivenciadas. Esta diversidade permitiu-me mobilizar recursos em situações de particular exigência recorrendo a um largo espectro de abordagens à criança/jovem e família.

Por outro lado ao longo deste percurso profissional desempenhei alguns cargos que também me permitiram desenvolver competências ao nível da gestão de cuidados, da liderança de equipa, adaptando a liderança e gestão dos recursos às situações e contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

O percurso de estágio centrou-se na aquisição e desenvolvimento de competências para prestar cuidados especializados à criança/jovem e família. Considero que desenvolvi as competências que já tinha e adquiri outras, abrangendo todos os domínios comuns e específicos das competências clínicas especializadas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria utiliza um modelo conceptual centrado na criança/jovem e família. São áreas da sua intervenção o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem de saúde infantil e pediatria, o desenvolvimento de competências para os processos de cuidados, bem como a gestão estratégica e liderança em situações de grande complexidade. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, maximizando as condições de saúde da criança e do jovem no contexto ecológico. Intervém nos processos de decisão no domínio profissional e ético legal, no âmbito da especialidade e nos diferentes contextos de acção e intervenção activa, enquanto cidadão e profissional, na definição e consecução das políticas de saúde para a melhoria da qualidade de vida da criança e do jovem.

Se tivermos como exemplo o modelo de Benner, poderemos classificar os Enfermeiros Especialistas como peritos na sua arte do cuidar.

Tendo em consideração o que atrás foi referido, como futura enfermeira especialista pretendi que o desenvolvimento dos estágios possibilitasse a criação de um espaço de formação que me permitisse adquirir e aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito do enfermeiro especialista, no sentido de contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem, nos diferentes contextos de prestação de cuidados a fim de possibilitar ganhos em saúde. Prestar cuidados centrados na criança, jovem e família foi sempre um dos meus objectivos e os referenciais teóricos de enfermagem possibilitaram uma avaliação global das necessidades e contribuíram para o cuidar holístico. As actividades tiveram por suporte uma prática de cuidados baseada na responsabilidade profissional, ética e legal, no sentido da valorização do enfermeiro como profissional de saúde que assume um papel essencial na defesa dos direitos da criança e cuja prática deve assentar numa fundamentação ética, deontológica e jurídica. Em contexto de trabalho foi possível acompanhar e dirigir processos de tomada de decisão, na vertente de comunicação com o adolescente e ao mesmo tempo promover a reflexão dentro da equipa de enfermagem. As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria foram sempre os princípios orientadores da minha forma de actuação.

Para a realização dos estágios foi crucial a revisão da literatura de referência na área da comunicação com o adolescente, em que emergiram as seguintes competências: (A) "Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e Legal." (B) "Domínio da Melhoria da Qualidade." (C2.1.1) "Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados" "Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados"; (D1.1) "Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro"; (D1.1.1) "Desenvolve o auto -conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar".

A competência presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem foi sem dúvida a mais desenvolvida e trabalhada. O foco da minha atenção ao longo dos estágios foi a comunicação com o jovem e a família por forma a prestar cuidados de excelência. Exigiu de mim enquanto enfermeira, conhecimentos e habilidades de modo a dar resposta às necessidades dos jovens e suas famílias. Neste âmbito, as competências desenvolvidas foram: (E3.3.) "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura." "Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. Relaciona-se com... Demonstra

habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento..." (E3.4.) "Promove a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde" "Facilita a comunicação expressiva de emoções. Reforça a imagem corporal positiva... Identifica os estádios de processo de mudança na adopção de comportamentos saudáveis. Reforça a tomada de decisão responsável. Negoceia contrato de saúde com o adolescente."

Na concretização das consultas, ao avaliar o desenvolvimento da criança e jovem percebi que necessito de ser detentora de conhecimento científico na área pelo que a competência (E3.1.) "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil." "Demonstra conhecimentos... Avalia o crescimento e desenvolvimento... Transmite orientações antecipatórias às famílias..." é essencial desenvolver. Reconheço ter adquirido esta competência no decorrer dos estágios em contexto de consulta, através da revisão da literatura e na realização das próprias consultas.

Na consulta promovi a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. Tive a possibilidade de utilizar técnicas de comunicação, tendo em conta os princípios: linguagem simples e fluida, reforçar competências, evitar juízos de valor, reforçar comportamentos positivos e auto-estima, assim como reforçar competências.

A competência (E1) "Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde." "Negoceia a participação da criança/jovem e família.", foi desenvolvida tendo em conta a evolução das competências cognitivas do adolescente, a relação estabelecida tornou-se um excelente momento para me tornar conselheira, facilitadora de alteração de comportamentos, transmitindo informação clara, com o objectivo de o adolescente compreender como era indispensável a sua adesão no autocontrolo da sua doença, responsabilizando-o pelo seu bem-estar.

A interligação das competências é incontestável, pelo que considero que nas interações estabelecidas com a criança, jovem e sua família foi atribuída igual atenção à assistência destes na maximização da sua saúde. Nestas interações procurei estabelecer uma relação de parceria com os mesmos, investindo ao nível das relações interpessoais e da comunicação, essenciais na actuação do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. Esta competência foi desenvolvida nos diferentes locais de estágio através das relações profissionais estabelecidas com os enfermeiros e restantes elementos da equipa. Neste período procurei fomentar o diálogo e partilha de informação sobre o aprendido com os vários profissionais.

A gestão da dor foi também aplicada em todos os campos de estágio. O enfermeiro deve promover o seu alívio, através da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. (E3) "Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem", . (E2.2) "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, optimizando as respostas". Foram as competências desenvolvidas sempre que prestei cuidados nas unidades, pois o alívio da dor tem de ser adequado ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem.

Em contexto de urgência a competência cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade foi amplamente desenvolvida, pois já a tinha adquirido pelo meu percurso profissional. Tive oportunidade de prestar cuidados aos clientes tendo em conta as competências (E1.1.2) "Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis", (E2.1.2.) "Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte de vida pediátrico". Como já referi anteriormente foi necessário actuar rapidamente, cuidando do adolescente com o diagnóstico de intoxicação etílica. Com a minha experiência prática e a teoria adquirida no percurso académico permitiu mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória (E2.1.1). Fiz ainda a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, optimizando as respostas. (E2.2).

Todas as actividades de estágio basearam-se em padrões de conhecimento consistentes, adquiridos através da leitura de artigos de investigação e revisão da literatura na área. A Ordem dos Enfermeiros sustenta, relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2002), a importância da existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, que promova o desenvolvimento profissional, assim como a qualidade dos cuidados prestados. O enfermeiro especialista é responsável pela formação em contexto de trabalho. O conhecimento por mim adquirido foi sendo partilhado com a equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica do HGO.

Relativamente à formação que realizei sobre a comunicação com o adolescente este foi um momento de crescimento pessoal e profissional, equacionei minha influência no estabelecimento de relações interpessoais com o outro. A realização da formação possibilitou-me o desenvolvimento de habilidades, ao nível da "análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados" (ORDEM ENFERMEIROS, 2010). Nos campos de estágio e no contexto de trabalho, procurei envolver a equipa de enfermagem, motivando-

a para a utilização de uma comunicação eficaz com o adolescente, para a prestação de cuidados de excelência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é por princípio e excelência a profissão da comunicação interpessoal. É o elemento chave para a construção de qualquer estratégia que envolva o cuidado (LOPES, 2006).

A comunicação foi o enfoque do meu trabalho, mas tal como já referi, ao longo deste percurso, desenvolvi competências do enfermeiro especialista para cuidar da criança em todas as faixas etárias e nos vários contextos de cuidados.

A realização dos estágios revestiu-se da maior importância, pois além de permitir entender melhor a problemática da comunicação e o valor das estratégias comunicacionais na relação com o adolescente, possibilitou colocar em prática as estratégias comunicacionais. Revelou-se um importante contributo na melhoria da comunicação para a minha prática de enfermagem, na valorização individual e na sinergia dos diferentes contributos que permitiram alargar o horizonte dos conhecimentos científicos e melhorar a comunicação estabelecida em cada acto praticado. Considero que com os momentos de aprendizagem no decurso dos estágios e também com a partilha de experiências com os enfermeiros orientadores, assim como com as reflexões em grupo e individual sobre a prática, tomei consciência da verdadeira importância da comunicação na relação enfermeiro/adolescente.

Entendo que a comunicação/relação interpessoal constitui o eixo principal da prestação dos cuidados de enfermagem. Reflectir sobre a intervenção do enfermeiro especialista na comunicação com o adolescente/família permitiu-me tomar consciência de que o seu papel é uma mais-valia na concretização de práticas de saúde que visam a obtenção de novos ganhos a curto, médio e longo prazo.

Aproveito este momento final para referir que com a realização deste trabalho compreendi a importância do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria, pois deve ser o cuidador em situações de grande complexidade, elemento activo e dinamizador, agente facilitador da formação dos seus pares no sentido de promover a investigação nomeadamente na área da comunicação/entrevista com o adolescente.

Os estágios possibilitaram aplicar, aprofundar e mobilizar saberes adquiridos durante o período teórico para a prática clínica. Contribuíram ainda para reflectir sobre as práticas, sabendo que os profissionais podem adoptar novas formas ou aperfeiçoar as mesmas para comunicar de modo assertivo/empático com o adolescente.

Considero que nos estágios dei maior ênfase à comunicação, verbal e não-verbal, com a criança/adolescente e família, a observação, a percepção, a interpretação e a capacidade de negociação durante o internamento. Aproveitei todas as oportunidades e todos os contextos de prestação de cuidados para desenvolver competências de comunicação.

A transmissão de conhecimentos deverá tratar-se de um processo bidireccional e recíproco, com uma adaptação mútua, tendo em vista uma verdadeira simbiose entre as partes. (FREDERICO, 2001). Partindo deste pressuposto é fundamental que ambas as partes obtenham ganhos com esta experiência, tendo em vista o bem-estar da criança/adolescente e sua família em situação de crise em todos os contextos de Unidades Pediátricas.

É fundamental que os enfermeiros se mostrem cada vez mais empenhados no desenvolvimento de um corpo científico de conhecimentos relacionados com a prática resultante da intensificação das relações humanas, do aprofundamento, partilha e transmissão de conhecimentos.

O conhecimento e as competências que adquiri ao longo dos estágios são imensamente maiores do que o que foi exposto neste relatório. No entanto, neste documento tentei fazer as contextualizações pertinentes, dando maior relevância à análise das actividades e dos objectivos que me propus concretizar.

Gostaria ainda de fazer referência à importância do suporte teórico actual e abrangente que os conteúdos leccionados na escola me forneceram e que proporcionaram uma boa base de actuação. A par da teoria, as capacidades de relação e comunicação são vitais para uma boa prestação de cuidados. Desenvolver estas capacidades foi possível, não só pela adopção de uma postura receptiva à formação e de abertura, como, mais uma vez, pela colaboração de todos os profissionais envolvidos.

Houve grande disponibilidade e colaboração dos profissionais de enfermagem nos vários locais de estágio. Foi um contributo importante para a aquisição de competências do EESIP.

Ao utilizar a grelha de observação para identificar o tipo/estratégias de comunicação que os enfermeiros utilizam com os adolescentes, analisei e reflecti sobre esta temática, engrandecendo ainda mais os estágios.

Nesta aventura de aprender a aprender, o profissional de enfermagem mobiliza de maneira pertinente um conjunto de saberes, aptidões, qualidades pessoais e experiências, o que impõe um desenvolvimento de competências. Assim, o enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria é um profissional com qualificação não só pela

sua experiência mas também pela sua formação e actuação, estando portanto habilitado a explicar, interpretar e divulgar novas informações, ideias e conhecimentos relativos à sua especialidade. Tem a responsabilidade de marcar a diferença, sendo interveniente activo na vida das crianças/jovens e famílias de quem cuida e, por esse facto, torna-se um elemento de referência.

No final deste percurso e reflectindo sobre o mesmo considero que os objectivos propostos foram atingidos.

Na fase final deste relatório e após alguma reflexão, faz parte dos meus objectivos enquanto Enfermeira Especialista manter-me como dinamizadora do desenvolvimento de momentos formativos dos meus pares sobre comunicação com o adolescente na Urgência Pediátrica do HGO, promovendo assim a qualidade dos cuidados de enfermagem.

É minha preocupação continuar a aprofundar conhecimentos na área da comunicação com o adolescente.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Inez S. (2004) – **Desvelando o cotidiano do ser-adolescente-hospitalizado: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Acedido em 20/02/2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a03.pdf>.

ABREU, Wilson Correia de (2011) – **Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais**. 2ªed. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-13-3.

ALVES, M (2004) - Etapas da Metodologia de Projecto. **Revista O Professor**. Nº5, 3ª Série, p. 30-37 [s.l].

AZEVEDO, Ana I.M. (2010) - **Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Tese de mestrado. Acedido em 15/06/2011. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26622/2/Processo%20de%20transio%20do%20adolescente%20hospitalizado%20numa%20Unidade%20de%20Adolescentes.pdf>.

BARROQUEIRO, Cecília (1996) – A hospitalização do adolescente. **Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871-0775. nº4 (2ª série) (Outubro/Dezembro 1996), p.43-50.

BARROS, L. (2003) - **Psicologia pediátrica - perspectiva desenvolvimentista**. 2ª ed.. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-081-2.

BENNER, Patrícia (2005) - **De Iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 989-558-052-5.

BRACONNIER, Alain; MARCELLI, Daniel (2000) – **as mil faces da adolescência**. 1ª ed.. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-56-9.

BRONFENBRENNER, Urie (2005) - **Making human beings human: bioecological perspectives on human development**. California: Sage Publications. ISBN 0-7619-2712-3.

COMMITTEE ON HOSPITAL CARE (2003) - Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. **Pediatrics, Academic Search Complete**. Vol.112, Nº3, (Setembro 2003). p.691-696. Acedido em 18 de Fevereiro de 2012. Disponível em: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;112/3/691>.

CORREIA, L. (2003). **Contributos para a escrita de um relatório**. Acedido em 12 de Outubro de 2011. Disponível: <http://mega.ist.utl.pt/~leec/tfcs/cont.esc.relatóriopt>.

CORREIA, Hermínio C. T [et al]. (2006)-Cuidados de enfermagem em saúde comunitária ao adolescente. **Servir**. Lisboa: Vol. 54, nº 2, (Março/Abril 2006). p.78-86.

COSTA, José santos (2004) – Métodos de prestação de cuidados. **Escola Superior de Enfermagem de Viseu**. Viseu. P. 234-251. Acedido em 20/03/2012. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>.

DECRETO - LEI n.º 161/96, de 4 de Setembro - **Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros**, Acedido em 15/06/2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>.

DECRETO-LEI Nº 298/2007. D.R I Série. 161 (07-08-22) 5587-5596.

DESPACHO 9871/2010 **DR II Série**. 112 (2010-06-11) 32123.

DOBBS, David (2011) – As ultima descobertas sobre o cérebro adolescente – cérebros brilhantes. **National Geographic**. Lisboa. ISSN 5-605290-021077. Vol.11, nº127. (Outubro 2011.) p. 2-25.

ECO, Umberto (2010) – **Como se faz uma tese em ciências humanas**. 16ª, ed. Lisboa: Editorial Presença. ISBN 978-972-23-1351-3.

ELISABETE Nóbrega, MARTA Bentes (2010), ; **Norma de procedimento do serviço de cirurgia pediátrica**, Almada: HGO.

FABIÃO, Joana A. S. A. O. (2008) – **Mães adolescentes: percursos de vida**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de doutoramento. Acedido em 24/10/2011. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9172/2/Tese%20Doutoramento%20FINAL%20nov.pdf>.

FONSECA, Helena (2004) – Abordagem sistémica em saúde dos adolescentes e suas famílias. **Adolescência & Saúde**. Rio de Janeiro. ISSN 2177-5281. Vol.1, nº3 (Setembro 2004). p.6-11

FONSECA, Helena (2005) – **Compreender os adolescentes. Um desafio para pais e educadores**. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença. ISBN 972-23-2949-9.

FORTIN, Marie-Fabienne (2003) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3.ª ed. Loures : Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.

FREDERICO, M. (2001)-Integração Profissional. **Sinais Vitais**. Coimbra. Nº37, p.33-36.

HESBEEN, Walter (2000) – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-11-8.

HOCKENBERRY, Marilyn J. (2006) - **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª.Ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN 85-352-1918-8.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (2009) – **Carta da Criança Hospitalizada: Anotações**. 2ªed. Lisboa: IAC.

LEITE, L. (2007). "Enfermeiro Especialista: Percursos de desenvolvimento Profissional". **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº26 (Junho 2007). p. 4-8.

LOPES, M.J. (2006) – **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-6- X.

MAAS, Tânia, ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson (2005) – Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. **Cogitare Enfermagem**, Vol.10, n.º2. p. 68-75.

Acedido em 20/02/2012. Disponível em:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5014/3790>.

MALHEIRO, I. & CEPEDA, T., (2006) - **A criança com Doença Crónica. Considerações sobre o Atendimento....Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital.**

1ªed. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

MARTINS, Catarina Afonso (2002) – A Comunicação na Equipa de Enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 45. (Novembro 2002). p.43-45.

MATOS, J. (1993). A idade mais bonita e cruel. Saúde Infantil, **Hospital Pediátrico de Coimbra**. Dezembro. ISSN 0874-2820.

MATOS, Margarida G. [et al] (2011) – **Aventura Social & Saúde, A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010**. Lisboa. Acedido em 02/10/2011. Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1302897373_2b-HBSC%20Adolescentes%202010-11.pdf.

MAYORGA, M. (2009) – La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. **Psicologia**, Vol. 27, nº 1. Acedido em 06/11/2011. Disponível em:

http://revistas.pucp.edu.pe/psicologia/sites/revistas.pucp.edu.pe/psicologia/files/images/Rev_Psicologia_XXVII-1_2009_2.pdf.

MELEIS, Afaf I. et al (2000) - **Experiencing transitions: an emerging middle-range theory**. [em linha]. Ebscohost. Acedido em 15/06/2011. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=113&sid=19e16384-6060-4a9e-8589-1b3ce1fd8629%40sessionmgr104>.

MELEIS, Afaf I. (2010) – **Transitions theory**. New York: Ebook, ISBN: 978-0-8261-0535-6. Acedido em 15/06/2011. Disponível em : [http://books.google.com/books?id=TdLhXm5fpx8C&pg=PA76&lpg=PA76&dq=CHICK+%26+MELEIS+\(1986,+p.+239\)&source=bl&ots=7gPoDMRPK_&sig=vBmBfeZev3UGznrMJNI07sNPN4A&hl=pt-PT&ei=clcrTN72N8uMOM2f5LID&sa=X&oi=bookresult&ct=result&resnum=6&ved=0CDsQ6AEwBQ#v=onepage&q=CHICK%20%26%20MELEIS%20\(1986%2C%20p.%20239\)&f=false](http://books.google.com/books?id=TdLhXm5fpx8C&pg=PA76&lpg=PA76&dq=CHICK+%26+MELEIS+(1986,+p.+239)&source=bl&ots=7gPoDMRPK_&sig=vBmBfeZev3UGznrMJNI07sNPN4A&hl=pt-PT&ei=clcrTN72N8uMOM2f5LID&sa=X&oi=bookresult&ct=result&resnum=6&ved=0CDsQ6AEwBQ#v=onepage&q=CHICK%20%26%20MELEIS%20(1986%2C%20p.%20239)&f=false).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010) - **A Organização Interna e a Governação dos Hospitais**. Acedido em 15 de Abril de 2012. Disponível em:

<http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>.

NETO, Francisco R. G. X. (2007), – Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol.60, n.º3 (Maio-Junho 2007). p.279-285. Acedido em 08/03/2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a06.pdf>.

NEINSTEIN, Lawrence S. (2002) – **Adolescent health care : a practical guide**. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. ISBN 0-7817-2897-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Acedido em 05 de Maio de 2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem**. Acedido em 12 de Maio de 2011. Disponível em: https://membros.ordemenfermeiros.pt/AssembleiasGerais/Documents/AG2010/RegulamentoCompetenciaCriançaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. Acedido em 06 de Junho de 2011. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**. Cadernos OE. Série I, Vol. I, nº3. ISBN 978-989-8444-00-4.

ORVIN, George H. (2005) – **Understanding the adolescent**. London: American Psychiatric Press, Inc. ISBN 0-88048-651-1.

PAPALIA, D. E.; OLDS, Sally W.; FELDMAN, Ruth D.(2001) – **O mundo da criança – da infância à adolescência**. 8ª ed. Lisboa: McGraw-Hill. ISBN 972-773-069-8.

PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. (2004) – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-984-4.

PORTUGAL. Direcção Geral da saúde (2004) – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010.Vol. I – Prioridades**. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Direcção Geral da saúde (2004) – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010.Vol. II – Orientações Estratégicas**. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-110-1.

PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde. (2009) - **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008**. 2ª ed. Lisboa: ACS, ISBN 978-989-96263-0-0.

PORTUGAL. Direcção Geral da saúde (2011) – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (em elaboração). Vol. I – Estratégias para a Saúde**. Lisboa. Acedido em 12 de Maio de 2011. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns-2011-2016>.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2002) - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações técnicas 12)**. 2ªed. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-084-9.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc van (2005) – **Manual de investigação em ciências sociais**. 4.^a ed. Lisboa : Gradiva. ISBN 972-662-275-1.

RILEY, Júlia Balzer (2004) – **Comunicação em enfermagem**. 4^aed.. Camarate: Lusociência. ISBN 972-8383-81-9.

ROYAL COLLEGE OF NURSING (2004) – **Adolescent transition care: guidance for nursing staff**. London: RCN. Acedido em 12 de Junho de 2011. Disponível em http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0011/78617/002313.pdf.

SAMPAIO, D. (2002) – **Vozes e ruídos, diálogo com adolescentes**. 14^aed. Lisboa: Caminho. ISBN 978-972-210-832-4.

SAMPAIO, D. (2002) – **Ninguém morre sozinho - o adolescente e o suicídio**. 13^aed. Lisboa: Caminho. ISBN 972-21-0548-5.

SHANOK, A.; MILLER, L. (2007) – Stepping up to motherhood among inner-city teens. **Psychology of Women Quarterly**, Vol. 31, nº 3. Acedido em 06/11/2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6402.2007.00368.x/abstract>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - Secção de Medicina do Adolescente (2005) - **Requisitos Para o Atendimento ao Adolescente**. Lisboa. Acedido em 02/09/2011. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Medicina_Adolescente/requisitos_atend_adolescente_spa-spp.pdf

STUART, Gail W. , LARAIA, Michele T. (2001) - **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. 6^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-713-1.

STURROCK, T.; MASTERSON, L.; STEINBECK, K. (2007) - Adolescent appropriate care in an adult hospital: the use of a youth care plan. **Australian Journal Advanced Nursing**. Vol 24, nº3. p.49- 53 .

TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. (2002) – **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. 5^aed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

UNIDADE CURRICULAR: Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Jovem (Apontamentos). Professora Alice Curado. ESEL, 2011.

UNIDADE CURRICULAR: A Intervenção Do Enfermeiro Especialista Face à Família, à Criança/ao Jovem Submetido a Procedimentos Técnicos (Apontamentos) Professora Maria José Pinheiro. ESEL. 2011.

UNIDADE CURRICULAR: Comportamentos de Saúde e Estilos de Vida em Crianças e Jovens (Apontamentos). Professora Graça Vinagre Graça. ESEL, 2011.

UNIDADE CURRICULAR: Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem (Apontamentos). Professora Maria Manuela Soveral. ESEL, 2011.

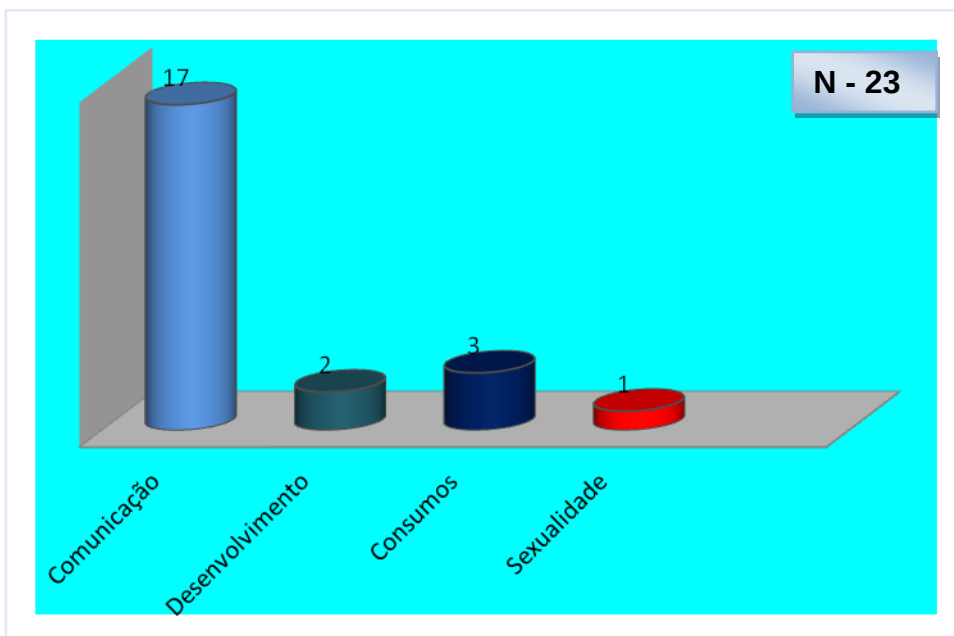
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011) – **Adolescent health**. Acedido em 04 de Março de 2011. Disponível em http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/index.html.

APÊNDICES

APÊNDICE I
QUESTIONÁRIO

Questão aplicada aos enfermeiros da Unidade de Urgência de Pediatria do Hospital Garcia de Orta.

Quais as necessidades formativas que tem para receber adolescentes na unidade?



Necessidades formativas em relação à adolescência.

APÊNDICE II
OBJECTIVOS A ATINGIR, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS A
DESENVOLVER

✓ **1ºObjectivo Geral: Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que lhe permita prestar cuidados globais e individualizados.**

Relativamente ao objectivo geral supracitado, esbocei os seguintes objectivos específicos:

1. Conhecer a estrutura física e a dinâmica funcional das diferentes Unidades			
Competência (D2.1.2)			
Actividades	Contextos/Datas	Indicadores	Recursos
- Entrevistas não estruturadas aos Enfermeiros Orientadores, Enfermeiros Chefes e aos Enfermeiros Especialistas em SIP. - Consulta de documentos para conhecer os projectos actuais na área da adolescência.	- Pediatria Médica – HGO - 03 a 07/10/11 - Neonatologia/UCIP – HGO - 31/10 a 4/11/11 - USF FF mais - 14 a 18/11/11 - Consulta Externa – HGO - 5 a 09/12/11 - Urgência Pediátrica do HNSR -2 a 6/01/2012		- Enfermeira Orientador de estágio; - Enfermeira Chefe; - Enfermeiro Especialista SIP, Enfermeiro especialista; - Normas e protocolos dos Serviços/Unidades
- Registo das aprendizagens em diário de campo.	Locais onde se realizaram as aprendizagens		Bloco de Papel. Caneta. Computador

✓ **1º Objectivo Geral:** Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que lhe permita prestar cuidados globais e individualizados.

2. Conhecer o quadro de referência orientador dos cuidados de enfermagem das diferentes Unidades			
Actividades	Contextos/Datas	Indicadores	Recursos
- Entrevistas não estruturadas aos Enfermeiros Orientadores, Enfermeiros Chefes e aos Enfermeiros Especialistas em SIP. - Observação do enfermeiro na prestação de cuidados.	Pediatria Médica – HGO - 03 a 07/10/11 Neonatologia/UCIP – HGO - 31/10 a 4/11/11 USF FF mais - 14 a 18/11/11 Consulta Externa – HGO - 5 a 09/12/11 Urgência Pediátrica do HNSR -2 a 6/01/2012 Urgência Pediátrica do HGO		- Enfermeira Chefe; - Enfermeiro Especialista SIP, Enfermeiro especialista; - Normas e protocolos dos Serviços/Unidades
- Registo das aprendizagens em diário de campo.	Locais onde se realizaram as aprendizagens		Bloco de Papel. Caneta. Computador

✓ **1º Objectivo Geral: Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que lhe permita prestar cuidados globais e individualizados.**

3. Desenvolver capacidades e habilidades para avaliar o desenvolvimento da criança nas diferentes faixas etárias, com especial enfoque na adolescência.

Competência (E3)			
Actividades	Contextos/Datas	Indicadores	Recursos
Revisão da literatura de referência na área do desenvolvimento da criança, com especial enfoque na adolescência.		Elabora síntese da literatura revista.	Documentos Bibliográficos. Computador com acesso à internet e bases de dados.
Observação e realização de Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil (em colaboração com a enfermeira orientadora)	USF FF mais – 14/11 a 02/12/2011 Consulta Externa – HGO - 05/12 a 16/12/2011		Criança e família. Enfermeiro tutor. Enfermeiro que presta cuidados à criança.
Conhecimento do papel do EESIP na avaliação do desenvolvimento da criança	USF FF mais - 14/11 a 02/12/2011 Consulta Externa – HGO - 05/12 a 16/12/2011		Criança e família. Enfermeiro tutor. Enfermeiro que presta cuidados à criança.
- Registo das aprendizagens em diário de campo.	Locais onde se realizaram as aprendizagens		Bloco de Papel. Caneta. Computador.

✓ **1º Objectivo Geral: Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que lhe permita prestar cuidados globais e individualizados.**

4. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em todos os contextos de cuidados, com especial enfoque na comunicação com o adolescente, com competência científica, técnica e humana.

(Competências A1, A2, B1, C, D2.,E1, E2, E3).

Actividades	Contextos/Datas	Indicadores	Recursos
Revisão da literatura de referência.		Elabora síntese da literatura revista.	Documentos Bibliográficos. Computador com acesso à internet e bases de dados
- Observação e cooperação com o Enfermeiro na prestação de cuidados. - Prestação de cuidados especializados.	Pediatria Médica- HGO Neonatologia/UCIP - HGO USF FF mais Consulta Externa - HGO Urgência Pediátrica do HNSR Urgência Pediátrica do HGO		Criança e família. Enfermeiro tutor. Enfermeiro que presta cuidados à criança.
Conhecimento do papel do EESIP em contexto de cuidado à criança/ jovem e família.	Pediatria Médica- HGO Neonatologia/UCIP - HGO USF FF mais Consulta Externa - HGO Urgência Pediátrica do HNSR Urgência Pediátrica do HGO		Criança e família. Enfermeiro tutor. Enfermeiro que presta cuidados à criança.
- Registo das aprendizagens em diário de campo.	Locais onde se realizaram as aprendizagens		Bloco de Papel. Caneta. Computador.

✓ **2º Objectivo Geral: Promover boas práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente.**

No que concerne ao 2º objectivo geral, delinee os seguintes objectivos específicos:

1. Aprofundar conhecimentos sobre comunicação com o adolescente/família em situações de saúde/doença.			
Actividades	Contextos/Datas	Indicadores	Recursos
- Revisão da literatura de referência na área da comunicação com os adolescentes.		Elabora síntese da literatura revista	- Documentos bibliográficos. - Computador com acesso à internet e bases de dados (Ebsco e Scielo).
- Entrevistas não estruturadas a Enfermeiros Especialistas/Peritos na área.	Pediatria Médica- HGO Neonatologia/UCIP - HGO USF FF mais Consulta Externa - HGO Urgência Pediátrica do HNSR Urgência Pediátrica do HGO		- Enfermeiros Especialistas/Peritos na área.
- Registo das aprendizagens em diário de campo.	Locais onde se realizaram as aprendizagens		Bloco de Papel. Caneta. Computador.

✓ **2º Objectivo Geral: Promover Boas práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente.**

2. Identificar o tipo de comunicação utilizada na abordagem ao adolescente, nos diferentes contextos de cuidados.

(Competências E3).

Actividades	Contextos/Datas	Indicadores	Recursos
Observação e identificação da reacção do adolescente quando abordado pelo enfermeiro.	Pediatria Médica- HGO Neonatologia/UCIP - HGO USF FF mais Consulta Externa - HGO Urgência Pediátrica HNSR Urgência Pediátrica HGO		Adolescentes/pais – mães -adolescentes a quem são prestados cuidados. Grelha de observação. Enfermeiro tutor. Equipa de Enfermagem
- Observação e identificação das estratégias que o enfermeiro utiliza para comunicar com o adolescente.	Pediatria Médica- HGO Neonatologia/UCIP - HGO USF FF mais Consulta Externa - HGO Urgência Pediátrica HNSR Urgência Pediátrica HGO		Adolescente . Grelha de observação. Enfermeiro tutor. Equipa de Enfermagem.
Observação e cooperação com o Enfermeiro que presta cuidados ao adolescente na implementação de estratégias para comunicar com o adolescente.	Pediatria Médica- HGO Neonatologia/UCIP - HGO USF FF mais Consulta Externa - HGO Urgência Pediátrica HNSR		Síntese da revisão bibliográfica. Enfermeiro tutor. Enfermeiro que presta cuidados à criança.
Utilização de estratégias para comunicar com os adolescentes.	Urgência Pediátrica HGO		Adolescente e família. Enfermeiro tutor.
- Registo das aprendizagens em diário de campo.	Locais onde se realizaram as aprendizagens		Bloco de Papel. Caneta. Computador.

✓ **2º Objectivo Geral: Promover Boas práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente.**

3. Elaborar proposta de formação para uma uniformização nos procedimentos de comunicação com o adolescente.

(Competências A1, B1, B2, C1, D2).

Actividades	Contextos/Datas	Indicadores	Recursos
- Realização de pesquisa bibliográfica, baseada na evidência produzida recentemente, sobre Programas de Entrevista ao adolescente, com <i>guidelines</i> de boas práticas. - Determinação dos objectivos de intervenção; - Elaboração do esquema de implementação. - Proposta de elaboração de um Guia/Norma (escrito) do Programa de Formação, com <i>guidelines</i> que sistematizem os princípios e estratégias da intervenção de enfermagem no âmbito da comunicação com o adolescente.	Urgência Pediátrica do HGO	Elabora síntese da literatura revista	- Pesquisa em bases de dados electrónicas; - Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - OE - Urgência de Pediatria do HGO - Equipa de enfermagem; - Enfermeiros Especialistas em SIP/peritos na área.
- Registo das aprendizagens em diário de campo.	Locais onde se realizaram as aprendizagens	Efectua registos e análise dos diários de campo	Bloco de Papel. Caneta. Computador.

✓ **2º Objectivo Geral: Promover Boas práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente.**

4. Motivar a equipa de enfermagem para a utilização de estratégias de comunicação com o adolescente.			
Actividades	Contextos/Datas	Indicadores	Recursos
- Divulgação da formação, - Realização de uma sessão de formação subordinada ao tema "Boas Práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente – linhas orientadoras" - Proposta de elaboração de norma – "Comunicação com o adolescente – linhas orientadoras de boas práticas"	Urgência Pediátrica do HGO	Elabora formação	Urgência de Pediatria do HGO - Equipa de enfermagem; - Enfermeiros Especialistas em SIP/peritos na área.
- Registo das aprendizagens em diário de campo.	Locais onde se fizeram as aprendizagens	Efectua registo e análise dos diários de campo	Bloco de Papel. Caneta. Computador

APÊNDICE III
CRONOGRAMA

Cronograma dos estágios do 3º Semestre

2º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

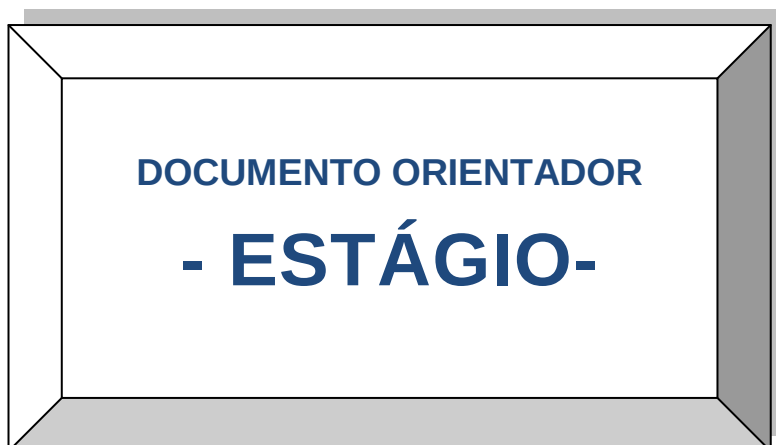
Meses/Ano	Outubro 2011					Novembro 2011				Dezembro 2011				Janeiro 2012					Fevereiro 2012				Março 2012
Dias	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5
	7	14	21	28	4	11	18	25	02	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9
Pediatria Médica - HGO												Férias de Natal										Elaboração e Apresentação do Relatório	
UCINP - HGO																							
USF FF mais Fernão Ferro																							
Consulta Externa de Pediatria - HGO																							
Urgência Pediátrica - HNSR																							
Urgência Pediátrica - HGO																							

Estudante: Ana Paula de Almeida Figueiredo nº 3620

Professora orientadora: Professora Filomena Sousa

APÊNDICE IV
DOCUMENTO ORIENTADOR

2º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Elaborado por:
Ana Paula de Almeida Figueiredo, nº 3620

Lisboa
Outubro, 2011

Nome – Ana Paula de Almeida Figueiredo

Bilhete de Identidade nº 7840489

Data de nascimento – 05 de Novembro de 1966

Naturalidade – Amora

Nacionalidade - Portuguesa

Morada - Quinta do Sol-Pôsto – Fogueteiro 2845-000 Amora.

TLM – 966323255

Email – figas66@gmail.com

Curso - 2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Ramo - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria **Instituição**
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Docente Orientadora do Estágio e respectivo Relatório – Maria Filomena Abreu de Sousa, Mestre, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Habilitações

- Curso Geral de Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa em 1989-1992
- Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus em Évora, em 2001-2002.

Unidade onde exerce funções - Urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta.

AGRADECIMENTOS

Aos Enfermeiros Chefes por permitirem a realização desde Estágio.

Aos Enfermeiros Orientadores pela disponibilidade no percurso proposto.

INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria é um elemento essencial do projecto educativo, científico e cultural da Escola Superior de Saúde de Lisboa.

O curso é constituído por três semestres. Os dois primeiros têm como objectivo o reforço da formação teórica e teórico-prática relativa à área de especialização, elaborando no segundo semestre um Projecto de Estágio para ser concretizado no decorrer do terceiro.

Numa perspectiva holística, o terceiro semestre referente ao estágio de enfermagem da criança e do jovem, tem como finalidade desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança, ao jovem e à família.

Com este projecto perspectivei o meu percurso de formação na área clínica de forma a desenvolver as competências de enfermeiro especialista nas diferentes dimensões do exercício de enfermagem, com a realização dos estágios e a elaboração do relatório final.

Nesta perspectiva, e tendo subjacente uma prática de cuidados no âmbito de Pediatria, pretendo no momento presente do meu percurso profissional desenvolver o projecto na área da comunicação com o adolescente:

"A comunicação com o Adolescente: Um Contributo do Enfermeiro Especialista"

O seu quadro de referência assenta no modelo de desenvolvimento profissional preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

Cabe aos enfermeiros através das suas experiências e saberes profissionais, desenvolverem competências que lhes permitam acompanhar o adolescente/família, ajudando-os a identificar necessidades e a escolher a forma adequada de se desenvolverem.

Assim sendo, com a realização deste projecto pretendo contribuir para a melhoria nos cuidados de enfermagem prestados ao adolescente, através de uma comunicação eficaz.

Apresento alguns diapositivos que fizeram parte da apresentação do meu Projecto.

A comunicação com o Adolescente: Um Contributo do Enfermeiro Especialista

Pertinência do Tema

Necessidade pessoal/profissional de desenvolver competências na área da comunicação com o adolescente

Carência de formação da equipa de enfermagem em comunicação com o adolescente (questionário)



Paula Figueiredo 19 de Julho de 2011

ESEL 3
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

A comunicação com o Adolescente: Um Contributo do Enfermeiro Especialista

Pertinência do Tema

“O alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias.

A implementação do alargamento da idade de atendimento deverá ser gradual e progressiva, em termos a definir por cada instituição, em articulação estreita com a respectiva Administração Regional de Saúde, atendendo as especificidades de cada área de intervenção”

(Despacho 9871/2010).



Paula Figueiredo 19 de Julho de 2011

ESEL 5
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

A comunicação com o Adolescente: *Um Contributo do Enfermeiro Especialista*

Cabe à equipa de saúde utilizar estratégias de comunicação empática e assertiva que permitam compreender e dar resposta adequada ao adolescente/pais em situações de ansiedade, stress, medo e dúvida geradas pela hospitalização.

(Barros, 2003)

Paula Figueiredo 19 de Julho de 2011



A comunicação com o Adolescente: *Um Contributo do Enfermeiro Especialista*

Objectivos Gerais:

Desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria no âmbito da comunicação com o adolescente, que lhe permita prestar cuidados globais e individualizados.

Promover boas práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente. .

Paula Figueiredo 19 de Julho de 2011



A comunicação com o Adolescente: *Um Contributo do Enfermeiro Especialista*

Objectivos Específicos (1º geral)

- ❖ Conhecer a estrutura física e a dinâmica funcional das diferentes Unidades;
- ❖ Conhecer o quadro de referência orientador dos cuidados de enfermagem das diferentes Unidades;
- ❖ Desenvolver capacidades e habilidades para a avaliação do desenvolvimento da criança nas diferentes faixas etárias e situações de saúde/doença, com enfoque na adolescência;
- ❖ Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em todos os contextos de cuidados, com especial enfoque na comunicação com o adolescente, com competência científica, técnica e humana.

Paula Figueiredo 19 de Julho de 2011

A comunicação com o Adolescente: *Um Contributo do Enfermeiro Especialista*

Objectivos Específicos (2º geral)

- ❖ Aprofundar conhecimentos sobre comunicação com o adolescente/família em situações de saúde/doença.
- ❖ Identificar o tipo de comunicação utilizada na abordagem ao adolescente, nos diferentes contextos de cuidados.
- ❖ Elaborar proposta de formação para uma comunicação/abordagem eficaz ao adolescente,
- ❖ Motivar a equipa de enfermagem para a utilização de comunicação assertiva com o adolescente.

Paula Figueiredo 19 de Julho de 2011

Com a apresentação do Cronograma indico os campos de estágio que foram criteriosamente seleccionados, tendo em conta a temática em questão e as normas emanadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Cronograma dos estágios do 3º Semestre

Meses	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro				Março			
Dias	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5			
	7	14	21	28	4	11	18	25	02	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9			
Pediatria Médica - HGO																										
UCINP - HGO																										
USF FF Mais Fernão Ferro																										
Consulta Externa De Pediatria - HGC																										
Urgência Pediátrica - HNSR																										
Urgência Pediátrica - HGO																										
													Férias de Natal													
Elaboração e Apresentação do Relatório																										

Elaborado por: Enfermeira Ana Paula de Almeida Figueiredo

Docente orientador: Enfermeira Filomena Sousa

Co-Orientadora: Enfermeira Paula Realista

19 de Julho de 2011

A realização deste projecto revestiu-se da maior importância, pois possibilitou entender melhor a problemática da comunicação e o valor das estratégias comunicacionais na relação com o adolescente. Revelou-se um importante contributo na melhoria da comunicação na prática de enfermagem (contributo profissional), na valorização pessoal (contributo pessoal) e na sinergia dos diferentes contributos que permitiram alargar o horizonte dos conhecimentos científicos, e melhorar a comunicação estabelecida em cada acto praticado.

Pretendo com este estágio desenvolver boas práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente.

Perspectivo envolver-me como dinamizadora do projecto, pois considero que este momento de aprendizagem permitiu tomar consciência da verdadeira importância da comunicação na relação enfermeiro/adolescente. A enfermagem é por princípio e excelência a profissão da comunicação interpessoal.

O que somos e seremos, a nossa qualidade de relação, a nossa actividade comunicativa: enviar, receber, avaliar e estimular os outros a serem acolhedores e despertos para benefício de todos.

Reflectir sobre a intervenção do enfermeiro especialista na comunicação com o adolescente/família, permitiu consciencializar de que o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem é uma mais-valia na concretização de práticas de saúde que visam a obtenção de novos ganhos a curto, médio e a longo prazo. Aproveito este momento final para referir que com a realização deste trabalho, percebi que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem deve ser um elemento activo e dinamizador, agente facilitador da formação dos seus pares no sentido de promover a investigação na área da comunicação/entrevista ao adolescente.

APÊNDICE V
UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA MÉDICA

Unidade de Internamento de Pediatria Médica do HGO

Neste campo de estágio e em todos os outros foram definidos objectivos de aprendizagem que funcionaram como guia orientador para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A caracterização sumária da Unidade tem como objectivo um melhor conhecimento da sua estrutura organizacional e física, permitindo a análise das vivências ao longo do estágio.

A Unidade de Pediatria Médica, inserida no Serviço de Pediatria, situa-se no 5.º piso do Hospital Garcia de Orta, em Almada. Tem a lotação de 16 camas, das quais quatro atribuídas a quartos individuais e as restantes distribuídas por quatro enfermarias de três camas cada. Admite crianças e jovens desde os primeiros dias até aos 15 anos de idade, com excepção dos jovens com doença crónica, que têm a possibilidade de ser atendidos nesta Unidade até aos 18 anos.

De salientar que a Unidade tem ainda um Hospital de Dia, onde são realizados tratamentos de ambulatório a crianças e jovens que não necessitam de manter internamento para os efectuar.

Abrange a população de três concelhos circundantes – Almada, Seixal e Sesimbra. Pontualmente e quando solicitado, recebe crianças de outras regiões do país (principalmente a sul do Tejo).

As patologias mais frequentes (dados de 2010) são do foro respiratório, seguido do neurocirúrgico. A média de idades mais frequente é até 1 ano e depois até aos 4 anos. Os adolescentes têm uma taxa de ocupação de 5%, com o sexo masculino a predominar no internamento – 58%.

A distribuição de trabalho na Unidade obedece ao Método Individual. Assim, cada elemento da equipa de enfermagem é responsável pela prestação global de cuidados a um determinado grupo de clientes, durante o turno.

A equipa de enfermagem é constituída por 14 elementos, sendo a chefe da Unidade especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Faz parte da equipa outra enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que substitui a chefe de enfermagem na sua ausência e impedimentos. Destacam-se pelas competências que demonstram na área da Saúde Infantil e Pediatria.

Tendo em conta a sociologia do espaço, este divide-se em privado, intersticial e público.

O espaço privado refere-se às salas de enfermagem (chefe da Unidade e tratamentos) e sala de reuniões; o público, ao secretariado; o intersticial, ao comum a todos os profissionais e clientes da Unidade.

A realização do estágio contemplou a passagem de dois dias no Serviço de Cirurgia Pediátrica (a chefe de enfermagem é comum às duas Unidades).

Caracterizando sumariamente este Serviço, situa-se também no 5.º piso, tem a lotação de 12 camas e admite crianças desde os primeiros dias de vida até aos 15 anos de idade. São prestados cuidados urgentes e programados do foro cirúrgico pediátrico à mesma população da Unidade de Internamento Médico. Desde Janeiro de 2007, presta também cuidados a crianças submetidas a cirurgia do foro oftalmológico, ortopédico e otorrinolaringologia.

As patologias/cirurgias mais frequentes em contexto de urgência são as apendicites e atresia esofágica. As cirurgias programadas mais frequentes realizam-se em crianças e jovens com sindactilia/polidactilia, fimoses e hipospadias.

A equipa de enfermagem é constituída por oito elementos, sendo a chefe da Unidade e outro elemento, com horário fixo de manhã, especialistas em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. São elementos de referência da unidade.

O método de distribuição de trabalho utilizado no Serviço é, à semelhança da Unidade anterior referida, o método individual. O seu trabalho é baseado em valores e princípios do que é mais importante para a criança/jovem e família e tem em conta a parceria dos cuidados.

A equipa de enfermagem desenvolve um programa de Preparação Operatória com a criança/jovem e família, que se inicia na 1.ª consulta, seguida da consulta de anestesia, passando pelo internamento/ambatório, de forma a responder adequadamente às necessidades do cliente que vai ser submetido a cirurgia programada. Num segundo momento é feita uma exposição teórico-prática em grupo, com o enfermeiro a assumir a responsabilidade acrescida de captar a atenção da criança/jovem e família e mais ainda adequar as informações à população que tem à sua frente. O programa inclui uma visita guiada à Unidade para que o cliente conheça não só o espaço físico onde vai permanecer, mas também a equipa que vai cuidar de si. É realizada depois uma reunião individual com o cliente (criança/jovem e família), onde é fornecida informação sobre os procedimentos pré, intra e pós-operatórios, que se pretende que seja o mais personalizada possível, tendo em conta o processo de transição que o cliente experiencia neste momento.

No dia de internamento foi possível aplicar/desenvolver competências do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e partilhei momentos com a responsável do serviço, que evidenciou o papel do enfermeiro especialista na abordagem à criança/jovem e família.

Realizei uma observação participada em dia de consulta pré-operatória, e depois em dia de cirurgia, onde encontrei os mesmos clientes, sendo três deles adolescentes, dois de 14 anos e um de 15 anos. Permitiu-me testar a aplicabilidade dos subsídios adquiridos ao longo da elaboração do projecto, assim como adquirir outros através da observação do tipo de comunicação que o enfermeiro utilizava para abordar o adolescente.

O Serviço de Pediatria tem uma sala de brincar comum, localizada no 5.º piso, onde os clientes se podem deslocar sempre que a sua situação o permita. Uma educadora dinamiza esse espaço. A definição de objectivos tem um carácter fundamental para o desempenho profissional no campo de estágio, facultando prioridades de aprendizagem e orientação das actividades a desenvolver, tendo em conta a sua exequibilidade.

Para atingir os objectivos, realizei actividades, assim como adquiri competências comuns do enfermeiro especialista e todas as competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

REFLECTINDO.....

No seminário de orientação do estágio foi proposta a realização de uma reflexão crítica sobre uma experiência vivida no decorrer do estágio relacionada com o projecto, tendo em atenção as competências de enfermagem que adquiri e consecutivamente os objectivos atingidos.

Pretendo destacar alguns momentos deste estágio, não menosprezando porém todos os outros, que foram uma mais-valia no meu desenvolvimento pessoal e profissional. O meu projecto debruça-se sobretudo na comunicação com o adolescente e neste estágio usufruí de algumas oportunidades para o desenvolver.

Neste contexto, sendo-me pedida uma reflexão, tenho necessidade de relatar um dia de estágio em que estive internada uma adolescente de 16 anos, com o diagnóstico de descompensação diabética, e com contexto social complexo.

A descrição da situação irá ser acompanhada de períodos de reflexão simultânea baseados no ciclo reflexivo de Gibbs.

Resumidamente, a adolescente tem diabetes tipo I, diagnosticada aos 13 anos, com dificuldade na adesão terapêutica. Vive desde há um ano numa instituição aberta, por mau relacionamento com a mãe. Do pai nada se sabe e não tem apoio de mais familiares.

Tem dificuldade em cumprir as regras da instituição, pelo que foge várias vezes, quando a sua vontade é contrariada. Nestas situações deixa a insulina na Instituição e está 1/2 dias sem administrar a terapêutica, dando entrada depois na urgência por descompensação da doença. Referem os enfermeiros da Urgência que é sempre muito difícil comunicar com ela apesar das várias estratégias e também reconhecendo as transições várias por que está a passar. No início do turno estava ainda a dormir, numa enfermaria de três camas, sem mais ninguém internado nessa sala. Passaram-nos a informação de que esteve sempre a dormir, falando apenas quando solicitada, no momento das refeições. Não estava acompanhada por ninguém da instituição.

De acordo com a minha orientadora de estágio, propus-me abordar a adolescente e colocar em prática conhecimentos já adquiridos. Quando acordada, dirigi-me à mesma e, cumprimentando-a pelo nome, também me apresentei. Respondeu apenas “bom dia”. Da avaliação inicial pareceu uma adolescente silenciosa, pouco receptiva à minha abordagem, mas não mal-educada ou agressiva. Coloquei-lhe algumas questões, “como te sentes?”, “está na altura de comeres qualquer coisa”, respondeu apenas que queria comer e depois tomar banho.

Depois destas actividades, a nova abordagem à adolescente foi feita de forma reflectida, recorrendo a alguns princípios da comunicação – utilizar conhecimentos sobre o desenvolvimento da adolescência, captar mensagens verbais e não verbais, mostrar disponibilidade, denotar preocupação e interesse, escutar, ouvir mais do que falar, incentivar a expressão de sentimentos face à situação. Pediu-me se podia utilizar o computador com Internet, a que respondi afirmativamente. Utilizando este “veículo de comunicação” e como acedeu ao Facebook na minha presença, aproveitei e fiz comentários sobre as fotografias que tinha exposto. Passou directamente para uma fotografia com um rapaz. Estando eu informada dos conflitos da instituição e da dificuldade de se encontrar com ele, perguntei se era o namorado, referiu que sim.

Questionei-a directamente se estava bem, se queria falar um pouco sobre o que a preocupava. Não deu qualquer resposta. Decidi terminar e dar espaço para nova abordagem mais tarde.

Fomos informadas pela médica de que tinha faltado à consulta de adolescentes no mês anterior e que tinha oportunidade de a realizar nesse dia antes de ter alta, de acordo com a mesma.

Chegou então a directora da instituição (psicóloga), que demonstrou preocupação pela situação, mas também informou que tem dificuldade em estabelecer uma relação com a

adolescente, pois para ela não há limites. Prefere que a adolescente, para bem da sua saúde, vá para uma instituição fechada.

Hockenberry (2006) refere que os adolescentes valorizam aqueles que demonstram interesse por eles, sem impor os seus valores e respeitando o que eles pensam ou dizem. O adolescente tem necessidade de verbalizar o que sente e as suas preocupações.

A hospitalização vem “(...) provocar uma descontinuidade no seu quotidiano, para além de o expor a um ambiente adverso, por vezes agressivo, quer sob o ponto de vista físico quer psicológico”. “(...) O ignorar das necessidades globais dos adolescentes pode ter repercussões não só na qualidade individual dos cuidados, como também no seu desenvolvimento futuro como indivíduos (...) Para cuidar é necessário conhecer a pessoa de quem se cuida, o que pensa, o que sente e como se expressa.” (BARROQUEIRO,1996, p.43) .

Fonseca (2005) refere-se à adolescência como o percurso que vai da dependência à autonomia, com alterações a quatro níveis: **biológico** (comandadas pela puberdade, que irá influenciar o surto de crescimento e as diversas transformações a nível do corpo), **cognitivo** (referente à capacidade de elaborar raciocínios cada vez mais complexos), **psicológico** (desenvolvimento da autonomia e construção da identidade) e **social** (relacionado com o desempenho de novos papéis).

Proposta: fomos as três à consulta, que se localiza no piso 1 (consulta externa de pediatria). A médica inicia a entrevista colocando algumas questões, “porque fugiu da instituição”, “o que a preocupa”, “o que acha dos profissionais da instituição”... No decorrer da entrevista, a médica dava sempre tempo para resposta, mas não a obtinha. A adolescente posicionou-se na cadeira, de lado e de braços cruzados, sem olhar para nós. Parecia que testava a nossa capacidade de tolerância. Apetecia responder por ela. Este silêncio interpretei-o por se sentir culpada por diversas razões, por ter de recorrer aos serviços de saúde sem outra solução, por ter de ser novamente repreendida, por não fazer o que quer. (Guias Orientadores de Boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2010)

Face a essa relutância, a médica perguntou-lhe se queria ajuda e foi-lhe dando algumas hipóteses de resposta (fundamentadas pelo conhecimento anterior). A directora emitiu a sua opinião, parecendo ter uma relação afectiva para com a adolescente, pois esta telefona-lhe, quando já apresenta sinais de descompensação da sua patologia, para a trazer ao hospital (nos episódios de fuga que começam a ser repetitivos). Finalmente chegou-se à fase da negociação, em que se insistiu que a adolescente verbalizasse o que

pretendia – sair ao fim-de-semana – hora de saída e de entrada. Teria de cumprir, pois foi-lhe explicado que esta era a sua oportunidade, sem mais nenhuma se houvesse falha da sua parte.

Foi reavaliada na semana seguinte em contexto de consulta.

Apesar de a minha intervenção ser de observação, acabei por colaborar na consulta porque já conhecia a situação, tendo linha de conta o respeito, autenticidade e empatia como facilitadores do estabelecimento de uma parceria terapêutica com o adolescente. A capacidade de comunicação sincera e fluida que desenvolvi com a adolescente permitiu que fornecesse reforço positivo: “Vais ser capaz, tu consegues.” No final conseguimos obter um sorriso da mesma, com a convicção de que a negociação ia correr bem. (Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2010).

Da compreensão das experiências e respostas dos clientes durante os períodos de transição, emerge a vulnerabilidade, ou seja, uma das qualidades de vida diária. Está relacionada com a experiência de transição, interações e condições ambientais que expõem o indivíduo a um potencial dano, a recuperações alargadas ou problemáticas e a um *coping* atrasado ou não saudável. (MELEIS *et al*, 2000)

As transições são então o resultado de, e resultam em mudanças na vida, nas relações, na saúde e no ambiente, sendo que os enfermeiros são os principais cuidadores do cliente e sua família em processo de transição, atendendo às mudanças e demandas que as transições trazem para a vida diária dos clientes e suas famílias, preparando-os para as transições eminentes e facilitando o processo de aprendizagem de novas competências para a saúde do cliente e experiência de doença (MELEIS *et al*, 2000).

A teoria das transições de Meleis serve de referência, pois o adolescente quando recorre ao hospital encontra-se numa situação de várias transições: desenvolvimental, de saúde-doença e situacional. Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos e estes, por sua vez, podem agravar ainda mais o seu estado de saúde (MELEIS *et al*, 2000). Assim, a compreensão do processo de transição pode ajudar a evitar os riscos inerentes à hospitalização. O adolescente deve procurar informação, suporte, adaptar-se a novas formas de viver para poder ultrapassar todo o processo.

Apesar de as transições serem importantes no campo da enfermagem, a transição para a adolescência tem concitado a atenção na literatura de enfermagem.

Comunicar faz parte do dia-a-dia dos enfermeiros, sendo reconhecido e considerado por muitos um dos elementos essenciais ao desenvolvimento da prática profissional. Ser detentor de uma comunicação empática é de facto uma arte que, como elemento de

competência, está presente nas mais variadas situações ou contextos – está-se permanentemente a comunicar.

Cabe ao enfermeiro a função de cooperar com o adolescente nesta situação complexa. Deve ser detentor de um conjunto de competências, de habilidades de comunicação, estar atento às mudanças e exigências impostas pela transição e compreender esta vivência do adolescente. (MELEIS *et al*, 2000).

Uma consulta forçada, sem adesão por parte da adolescente na fase inicial, foi posteriormente melhorando, nesse mesmo contexto, para no final existir já colaboração da sua parte.

Permito-me dizer que me senti extremamente realizada por em contexto de internamento ter conseguido atingir os objectivos do meu projecto. Mais ainda: pude acompanhar a adolescente à consulta e perceber todo o circuito e empenho de uma equipa multidisciplinar no sentido de querer ajudar esta adolescente e perceber todas as transições que está a experienciar, mesmo quando a situação já parece não ter outra solução senão uma instituição fechada. Quando assim acontece, ficamos satisfeitos com o nosso desempenho, mesmo que as dificuldades nos façam esgotar todos os recursos que utilizemos para o bem-estar biopsicossocial da adolescente. Carecem os serviços de uma “reorganização” do seu espaço físico para receber os adolescentes. Porém, vários estudos mostram que os adolescentes valorizam mais a relação estabelecida com o profissional do que as características do ambiente físico. (Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2010).

Reflectir sobre algo ou algum acontecimento, permite-nos a elaboração de opiniões, o vislumbre de possibilidades e a escolha do caminho a seguir. Esta foi uma situação que me levou e leva a reflectir, a encontrar aspectos negativos e positivos que permitiram o desenvolvimento de estratégias que visaram ultrapassar constantemente as dificuldades que foram surgindo.

Ao finalizar esta reflexão, considero também importante referir que aprendemos e crescemos como profissionais e pessoas. Na verdade, a experiência de comunicar com o adolescente enquanto estudante constitui-se como um momento de desenvolvimento pessoal, profissional e de autoformação, a partir da necessidade de reflexões sobre a prática e a constante procura de fundamentos que demonstrem e justifiquem os cuidados de enfermagem prestados.

Este estágio permitiu aplicar, aprofundar e mobilizar saberes do período teórico para a prática clínica, nomeadamente a capacidade e competência de intervenção. Considero

que valorizei a comunicação, verbal e não verbal, com a criança/adolescente e família, a observação, a percepção, interpretação e a capacidade de negociação durante o internamento. Privilegiei a comunicação com o adolescente, pois está no âmbito do meu projecto esta transição desenvolvimental. Porém, não descurei todas as oportunidades de aprendizagem que surgiram, nomeadamente a observação da actuação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem em todos os contextos de internamento.

A transmissão de conhecimentos deverá inserir-se num processo bidireccional e recíproco, com uma adaptação mútua, tendo em vista uma verdadeira simbiose entre as partes. (FREDERICO, 2001). De acordo com o autor, considero gratificante que ambas as partes ganhem com esta experiência, tendo em vista o bem-estar da criança/adolescente e sua família em situação de crise no internamento numa Unidade de Pediatria.

Constato que os enfermeiros devem estar cada vez mais empenhados na elaboração de um corpo científico de conhecimentos, relacionados com a prática e com a intensificação das relações humanas, proporcionando, através do aprofundamento, partilha e transmissão de conhecimentos, a participação, a colaboração e a cooperação de todos quantos nela estão envolvidos.

Deixei na Unidade bibliografia sobre a temática que estou a desenvolver.

Agradeço à minha orientadora de estágio o envolvimento no mesmo e a sua colaboração, que foram um contributo inextinguível para mais uma etapa concluída.

APÊNDICE VI
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS E
PEDIÁTRICOS

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos – HGO

A orientação da presente etapa de formação fica a cargo da professora Filomena Sousa, docente da ESEL, e da enfermeira orientadora, especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP). Esta metodologia de aprendizagem centrada no estudante confere a este responsabilidade pela sua formação, favorece a análise crítica, a aquisição de competências e autonomia para agir e responder às necessidades da criança, jovem e família.

Desenvolveu-se na UCINP, no período compreendido entre 31 de Outubro e 11 de Novembro de 2011, com a duração de 25 horas semanais, perfazendo um total de cinquenta horas.

Neste campo de estágio foram definidos objectivos de aprendizagem que pretendem ser os orientadores para o ganho de competências especializadas de enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e família na UCINP do HGO.

A definição de objectivos tem um carácter fundamental para o desempenho profissional no campo de estágio, pois permitirá definir prioridades de aprendizagem e orientar as actividades a desenvolver ao longo desta, tendo em conta a sua exequibilidade.

A caracterização sumária da Unidade tem como objectivo um melhor conhecimento da sua estrutura organizacional e física, possibilitando a análise das vivências ao longo do estágio.

A UCINP, inserida no Serviço de Pediatria, situa-se no 5.º piso do Hospital Garcia de Orta, em Almada. Tem a lotação de vinte camas. A UCIP recebe as crianças desde os 28 dias até aos 15 anos e tem a lotação de cinco camas; a UCIN recebe crianças até aos 28 dias, com a lotação de cinco unidades com ventilador e a Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia tem a lotação de dez berços/incubadoras – apoia todas as situações de neonatologia, incluindo cuidados diferenciados mas que não exijam ventilação.

Abrange a população de três concelhos circundantes – Almada, Seixal e Sesimbra. Pontualmente e quando solicitado, recebe crianças de outras regiões do país (principalmente a sul do Tejo).

Atende situações de grande complexidade, recebendo crianças de todas as idades (desde o período neonatal até à adolescência) e de todos os foros (cirúrgico, médico e traumatológico).

Segundo a estatística da Unidade, cerca de 54% das crianças internadas na Neonatologia precisam de cuidados intensivos e 46% de cuidados especiais.

A equipa de enfermagem é constituída por 43 elementos, sendo a chefe da Unidade especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Fazem parte da equipa várias enfermeiras especialistas em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A filosofia da equipa de enfermagem da UCINP insere-se na do Serviço de Pediatria, cuja missão é proporcionar cuidados de enfermagem à população pediátrica do HGO e suas famílias, centrados nas suas necessidades, respeitando os Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada, seguindo os princípios éticos e deontológicos da profissão.

Para a prestação de cuidados existe uma enfermeira de referência, que articula com os pais, a restante equipa de saúde e centro de saúde. Às crianças que lhe são atribuídas avalia necessidades e actualiza o plano de intervenções estabelecido, coordena e executa cuidados e orienta diariamente os colegas que prestam cuidados a essas crianças.

Nesta Unidade estão presentes muitos dos factores apontados como geradores de *stress* no trabalho. É forçoso que se atente na especificidade do trabalho em pediatria. Os pais têm nele um papel fundamental de acompanhamento e de cuidados aos filhos em todas as situações, aspecto reconhecido na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada e claramente aceite desde sempre pelo Hospital Garcia de Orta.

Para atingir os objectivos realizei actividades, assim como adquirir competências comuns do enfermeiro especialista e todas as competências específicas do enfermeiro especialista de Saúde da Criança e do Jovem.

REFLEXÃO

À semelhança da reflexão anterior (no internamento de Pediatria), pretendo destacar alguns momentos deste estágio, porém não menosprezando todos os outros, que foram uma mais-valia em todo o meu desenvolvimento pessoal e profissional. O meu projecto debruça-se sobretudo na comunicação com o adolescente e neste estágio usufruí de algumas oportunidades para o desenvolver.

Nesta Unidade e no decorrer do meu estágio não estiveram adolescentes internados. Tive no entanto a oportunidade de contactar mães adolescentes com recém-nascidos internados em cuidados intermédios.

Como a minha orientadora referiu, passam-se tempos sem ter na Unidade mães adolescentes e neste período tivemos duas. Não sendo directamente a mãe que está internada, não podemos dissociar a mesma do seu filho, pois só assim conseguimos ver o cliente como um todo, a criança com a sua família.

E foi neste contexto que, ao ser-me pedida uma reflexão, quero destacar uma das situações. A descrição da situação irá ser acompanhada de períodos de reflexão simultânea baseados no ciclo reflexivo de Gibbs. A mãe adolescente tem 17 anos, com curso profissional, o pai tem 20 anos, frequenta o ensino secundário, ambos desempregados. São de origem angolana. Estão na 3.^a semana de internamento. O recém-nascido nasceu de 32 semanas, em apneia e sem batimentos cardíacos. Foi reanimado no bloco de partos com boa resposta e esteve um dia internado na UCIN em vigilância. Foi depois transferido para a sala de Cuidados Intermédios, onde permaneceu até agora. Sem autonomia para se alimentar, na fase inicial foi alimentado através de sonda orogástrica, sendo prática do serviço estimular o reflexo de sucção e deglutição (através de copo inicialmente e depois por tetina). Como o objectivo da mãe era amamentar, foi sendo adaptado à mama de forma gradual e progressiva. Encontrei estes clientes na fase pré-alta, ou seja, estavam a ser reforçados ensinamentos, a validar dúvidas, a observar a relação pais/filho.

O que eu quero de facto realçar é o comportamento da mãe adolescente para com o seu filho, assim como da enfermeira de referência, da qual falei no decorrer da caracterização do serviço. Esta foi o elo de ligação entre os pais e a equipa de saúde. Foi com a sua disponibilidade, dedicação e responsabilidade que a mãe adquiriu todas as competências para poder cuidar do seu filho no domicílio.

A mãe adolescente, além dos cuidados físicos e psicológicos, necessita de um cuidado educativo de modo a capacitá-la para a responsabilidade do novo papel: mãe. Esta consciencialização deve ser feita através da discussão concreta da realidade e dos problemas vivenciados pela adolescente. (FABIÃO, 2008)

Apesar dos seus 17 anos, esta mãe possuía uma destreza nos cuidados ao bebé embora com extremo cuidado “porque é muito pequeno”, referia, mas sempre com um sorriso e afecto para com o mesmo. Embora tenha sido uma gravidez não planeada e não terem família perto, estes adolescentes eram empenhados nos novos papéis. Era uma realidade:

a sua participação nos cuidados ia-se efectivando através da comunicação, ou seja, na troca entre o enfermeiro e adolescente, na interacção entre as partes, na socialização e na sensibilização do momento que a jovem está a viver. Utilizei técnicas de comunicação apropriadas e assertivas com os pais adolescentes de acordo com a cultura, como o escutar, reforçar comportamentos positivos e reforçar competências.

Este processo de transição exige do enfermeiro sensibilidade para captar as necessidades vivenciadas por estas adolescentes, bem como conhecimentos sobre transição, para desenvolver o processo de cuidar (FABIÃO, 2008).

Neste contexto, o enfermeiro deve assumir como foco principal de cuidados a família. Foi esta interacção que eu observei na Unidade, ao cliente era feita uma abordagem centrada na família, o que permitia ao enfermeiro ser mais efectivo no resultado da intervenção.

Shanok e Miller (2007) referem também que se verificam capacidades parentais mais pobres nas mães adolescentes. Apesar de o caso em análise ser singular e não ser passível de generalização, contraria a conclusão destes autores.

A maternidade na adolescência é habitualmente descrita como um evento que dificulta o processo das tarefas de desenvolvimento da adolescente, pelas consequências a nível médico, psicológico e psicossocial tanto para as adolescentes como para os seus filhos e para a relação parental (Mayorga, 2009). A impossibilidade de continuar a acompanhar esta jovem não permite saber como vai viver o seu processo de adolescência, nem como vai continuar a vivenciar a maternidade, mas acredito que pelas competências demonstradas vai estabelecer relação positiva com o seu filho.

Analizando alguma da bibliografia de que agora disponho e a interacção que presenciei entre mãe e filha, e fazendo-o apenas numa perspectiva especulativa, faz-me sentido a afirmação de Jones Harris (1998), referido por Mayorga (2009), de que a gravidez adolescente pode resultar de um desejo inconsciente de procura de amor e companhia, tornando-se a maternidade uma fonte de amor incondicional, em que o filho se torna a figura central da vida da mãe, podendo esta exercer sobre a criança um controlo que não possui em relação a outros aspectos da sua vida. Quando falo de mães adolescentes a vivenciar eventos marcantes na sua vida, assiste-se ao assumir de novos papéis e novas relações. Trata-se da transição para a parentalidade.

Esta passagem é definida por alguns autores como um processo de transição face aos processos da vida. Cabe ao enfermeiro entender esta transição e ser capaz de estabelecer diagnósticos de actuação, a partir do qual se viabilizará uma produção de processo de cuidados profissional em parceria com o cliente.

Meleis (2000) considera como questões fundamentais de enfermagem a preocupação em saber como os seres humanos enfrentam as transições e de que forma o meio ambiente interfere neste processo, neste caso de que forma a mãe adolescente vivencia a maternidade.

A adolescência, a gravidez e a maternidade são diferentes tipos de transições. Para compreender o processo de transição, é necessário descobrir e desvendar os efeitos e significados das mudanças envolvidas. As dimensões das mudanças que deveriam ser exploradas podem estar relacionadas com eventos críticos e desestabilizadores, a ruptura de relações, de rotinas e ideias, percepções e identidades. Confrontar a diferença é outra prioridade das transições, exemplificada por expectativas desconhecidas ou divergentes, sentindo-se diferente, ou ver o mundo de forma diferente (FABIÃO, 2008).

Apesar do trabalho de parceria que os enfermeiros exercem com a adolescente na Unidade, a equipa reconhece a necessidade de desenvolver programas de intervenção direccionados às famílias, alertando para a necessidade de intervir nas relações interpessoais onde uma comunicação bidireccional fosse um investimento prioritário para todos os elementos do agregado familiar.

A realização do projecto revelou ter sido mais uma vez um instrumento fundamental para as duas semanas em que o estágio decorreu, servindo como guia orientador das actividades a desenvolver e dos objectivos a atingir.

Destaco alguns pontos positivos: o ambiente proporcionado ao recém-nascido visando a promoção do seu adequado crescimento e evolução, desde a intensidade das luzes, a temperatura das incubadoras, o ruído ambiente, o (tanto quanto possível) reduzido número de manipulações, a presença dos pais... Sendo que a evidência define estas medidas como essenciais para garantir o bom sucesso dos cuidados (HOCKENBERRY, 2006).

Os cuidados centrados na família são uma preocupação e também uma forma de autonomizar os pais no papel parental e promover a vinculação parental. O nascimento de um filho prematuro cria vários desafios aos pais: prescindir do filho imaginário e aceitar o real, lidar por vezes com situações de perigo de vida, desconhecer que consequências este nascimento antes do tempo podem vir a ter no futuro, a mãe não ter o filho ao seu lado por necessitar de cuidados específicos numa unidade. Todos estes desafios afectam a vinculação parental para com o prematuro. Faz parte do papel do enfermeiro promover esta vinculação, avaliando e promovendo a relação recém-nascido/pais e intervindo para que este vínculo se estabeleça de forma apropriada para o cliente. Lidar com a realidade

destes pais, tomar conhecimento das suas emoções e intervir nestas famílias, capacitando-as para o cuidado parental, foi o relembrar da experiência que tive quando exerci funções numa Unidade de neonatologia, no início da minha carreira.

A transmissão de conhecimentos deverá tratar-se de um processo bidireccional e recíproco, com uma adaptação mútua, tendo em vista uma verdadeira simbiose entre as partes (FREDERICO, 2001). De acordo com o autor, considero gratificante que ambas as partes ganhem com esta experiência, tendo em vista o bem-estar da criança/adolescente e sua família em situação de crise no internamento numa Unidade de Pediatria.

Agradeço à minha orientadora de estágio o envolvimento no mesmo e a sua colaboração, que foram uma mais-valia para esta etapa concluída.

Deixei na Unidade bibliografia sobre a temática que estou a desenvolver.

APÊNDICE VII
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Unidade de Saúde Familiar - Fernão Ferro medicina acesso inovação saúde (USF FF mais)

Neste campo de estágio, como em todos os outros, foram definidos objectivos de aprendizagem que funcionaram como guia orientador para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ao nível da actuação em Cuidados de Saúde Primários na USF FF mais.

Desenvolveu-se no período compreendido entre 14 de Novembro e 2 de Dezembro de 2011, com a duração de 25 horas semanais, perfazendo um total de 75 horas.

A orientação desta etapa de formação esteve a cargo da professora Filomena Sousa, docente da ESEL, e da enfermeira orientadora, especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que integra o Conselho Técnico da USF FF mais e o Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal II – Seixal e Sesimbra (ACES-SS). É também a co-orientadora do meu percurso formativo.

Apresentei o projecto à enfermeira, recorrendo ao Documento Orientador por mim elaborado, clarificando os objectivos que pretendia atingir, assim como as actividades a realizar. No decurso da reunião foram identificadas algumas situações específicas vivenciadas nesta Unidade, com necessidade de reflexão no seio da equipa e que se enquadravam nos objectivos por mim propostos. Isso permitiu-me a negociação e a optimização de actividades a realizar, bem como o conhecimento de programas e projectos existentes.

A caracterização sumária da Unidade tem como objectivo um melhor conhecimento da sua estrutura organizacional e física, permitindo a análise das vivências ao longo do estágio. A USF FF mais é uma Unidade pertencente ao ACES SS, que por sua vez pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

Situada na freguesia de Fernão Ferro, serve uma comunidade de 12 300 utentes e tem uma equipa constituída por sete enfermeiras, uma especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e uma especialista em enfermagem de Saúde Comunitária.

Durante a visita guiada à Unidade conheci o espaço, é constituído por módulos, com uma sala de espera para cada duas equipas de família. Cada módulo é composto por dois gabinetes médicos, dois gabinetes de enfermagem, uma sala de tratamentos e um espaço polivalente que serve de apoio às consultas e tratamentos.

O modelo organizativo de cuidados utilizado pela equipa é o do “Enfermeiro de Família”, que se caracteriza pela prestação de cuidados centrados na família enquanto unidade e

alvo de cuidados. Este método é considerado uma mais-valia no âmbito da qualidade dos cuidados prestados à população, com ênfase para a efectividade, proximidade e acessibilidade. Melhorar a acessibilidade, melhorar a continuidade de cuidados e a formação contínua dos profissionais são o grande objectivo da equipa.

Após entrevistas não estruturadas com a enfermeira orientadora, foi clarificado que melhorar o acesso não significa aumentar a possibilidade de mais atendimento na USF mas sim a orientação e o encaminhamento dos utentes para uma correcta utilização dos serviços. Algumas das estratégias utilizadas para cumprir este objectivo foram a implementação de um serviço de atendimento telefónico, com características inovadoras, um sistema informático acessível a todos os profissionais da equipa, a elaboração do Guia do utente e melhorar a sinalética dentro do serviço e na comunidade.

A formação é fundamentalmente sustentada por reuniões (discussões de casos) e sessões de formação, que decorrem na biblioteca da USF com a periodicidade semanal.

No decorrer do estágio tive a possibilidade de assistir às XVIII Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria, intituladas de Pediatria da Adolescência ou Adolescência da Pediatria. Foi uma oportunidade aproveitada com a aquisição de contributos valiosos na área da adolescência. Mais uma vez se realçou que a evolução do cérebro não é linear, na adolescência o cérebro sofre uma reorganização e crescimento neuronal, especificando que o córtex frontal não está totalmente desenvolvido até aos 16-18 anos.

A participação dos enfermeiros nestas Jornadas foi preciosa, pois destacou a necessidade de formação na área da comunicação com o adolescente para a prestação de cuidados de excelência.

REFLEXÃO

O meu projecto centra-se sobretudo na comunicação com o adolescente e neste estágio usufruí de algumas oportunidades para o desenvolver.

Resumidamente, as consultas de saúde infantil são realizadas nas idades-chave preconizadas pela DGS: especificamente em relação aos adolescentes são feitas entre os 11 e os 13 anos, podendo ir até aos 15 anos. São consultas onde se promovem estilos de vida saudáveis, promoção da saúde, prevenção das doenças e dos consumos.

Com este estágio tive a oportunidade de observar como os enfermeiros preparam a criança/jovem para a vacinação, tendo também realizado esse procedimento. A administração de vacinas não é um procedimento que realizo na minha prática diária, em

contexto de urgência, pelo que senti necessidade de rever a literatura sobre a temática, assim como consultar o Plano Nacional de Vacinação. A reacção da criança ao processo de imunização está sujeita a diversas variáveis, como a idade, a atitude dos pais e a do enfermeiro que administra a vacina.

Os adolescentes adoptam uma postura segura de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.

Fonseca (2005) refere-se à adolescência como o percurso que vai da dependência à autonomia, e onde acontecem alterações a quatro níveis: **biológico** (comandadas pela puberdade, que irá influenciar o surto de crescimento e as diversas transformações a nível do corpo), **cognitivo** (referente à capacidade de elaborar raciocínios cada vez mais complexos), **psicológico** (desenvolvimento da autonomia e construção da identidade), e **social** (relacionado com o desempenho de novos papéis).

Existe na Unidade um panfleto sobre o que se pode fazer para minimizar a dor quando se administra a vacina, adequado a cada estágio de desenvolvimento.

A formação em serviço é uma constante, actualizam-se técnicas e procedimentos, assim como discussões de casos. Identifiquei a preocupação e envolvimento da equipa de saúde para com o utente.

As reflexões, a partilha de experiências, foram uma componente valiosa neste estágio, pois desta forma consolidam-se conhecimentos e a qualidade dos cuidados evolui para a excelência.

Este estágio permitiu aplicar, aprofundar e mobilizar saberes do período teórico para a prática clínica, nomeadamente a capacidade e competência de intervenção.

O conhecimento e as competências que adquiri ao longo deste estágio vão muito para além do que foi exposto neste relatório. No entanto, neste documento tentei fazer contextualizações sumárias e breves, dando maior relevância à análise das actividades e dos objectivos que me propus concretizar.

Gostaria ainda de fazer referência à importância do suporte teórico actual e abrangente que os conteúdos teóricos leccionados na escola forneceram, proporcionando uma boa base de actuação. A par da teoria, as capacidades de relação e comunicação e o conhecimento da realidade são vitais para uma boa prestação de cuidados. Desenvolver estas capacidades foi possível não só pela adopção de uma postura receptiva à formação e de abertura como, mais uma vez, pela colaboração de todos os profissionais envolvidos no meu projecto de formação.

Ao utilizar a grelha de observação para identificar o tipo/estratégias de comunicação que os enfermeiros utilizam com os adolescentes, analisei e reflecti simultaneamente sobre esta temática. Foram contributos válidos para o enriquecimento do estágio.

Agradeço à minha orientadora de estágio o envolvimento no mesmo e a sua colaboração, que foram uma mais-valia para esta etapa concluída.

Deixei na Unidade bibliografia sobre a temática que estou a desenvolver.

APÊNDICE VIII
CONSULTA EXTERNA

CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA

Neste campo de estágio foram definidos objectivos de aprendizagem que funcionaram como guia orientador para o adquirir de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ao nível da actuação em Cuidados de Saúde Diferenciados, na Consulta Externa De Pediatria Do Hospital Garcia De Orta.

Desenvolveu-se no período compreendido entre 05 e 16 de Dezembro de 2011, com a duração de 25 horas semanais perfazendo um total de 50 horas.

A orientação da presente etapa de formação fica a cargo da Professora Filomena Sousa, docente da ESEL, e da enfermeira graduada e coordenadora da Unidade.

A caracterização sumária da Unidade tem como objectivo um melhor conhecimento da sua estrutura organizacional e física, permitindo a análise das vivências ao longo do estágio.

A Unidade de Consulta Externa de Pediatria, inserida no Serviço de Pediatria, situa-se no 1º piso do Hospital Garcia de Orta em Almada, enquadra-se no Departamento da Mulher e da Criança, tendo sido inaugurada em Novembro de 1992.

A Consulta de Enfermagem Pediátrica do Hospital Garcia de Orta tem por missão prestar cuidados de enfermagem de qualidade, a todos os utentes dos 0 aos 15 anos, com necessidades de cuidados diferenciados, referenciados pelos seus médicos assistentes, dos serviços públicos ou privados, das Unidades de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra, respeitando os Direitos da Criança, Carta da Criança Hospitalizada e os princípios éticos e deontológicos da profissão.

São ainda recebidas crianças e jovens de outros Concelhos e Distritos, no âmbito de algumas especialidades médicas e cirúrgicas, bem como os que têm alta do internamento de Pediatria e eventualmente de outros Serviços.

A consecução desta missão implica que os cuidados sejam prestados em ambiente humanizado, no respeito dos direitos das crianças, jovens e suas famílias, e das suas necessidades específicas, num contexto de relação de ajuda que promova uma plena parceria entre o enfermeiro e o utente.

Tem como finalidade promover na criança, jovem e família um nível máximo de adaptação à sua situação de saúde, numa perspectiva de ajuda, através da avaliação dos seus problemas, da definição dos resultados a atingir e do planeamento de intervenções pertinentes, de forma a ajudá-los a ultrapassar a crise, a viver com as alterações

decorrentes do diagnóstico e terapêutica instituída e a alcançar uma maior autonomia no seu auto cuidado.

Os objectivos da consulta de enfermagem são claros:

- **Acolher a criança, jovem e família com uma atitude de abertura, cordialidade e de cooperação para ajudar a desenvolver e ou manter uma relação empática.**
- **Avaliar a situação bio-psico-social da criança jovem e família de forma a identificar, o motivo de referenciação ou quais as alterações verificadas desde a última consulta.**
- Estabelecer um plano de cuidados que garanta e promova a continuidade de cuidados quer através do auto cuidado quer por outros profissionais.

Os principais valores que marcam a prática de enfermagem na consulta são:

- Respeito mútuo e dignidade da pessoa humana,
- Respeito pelas diferenças individuais,
- Justiça e equidade,
- Aprendizagem contínua e interesse pela aquisição por novos conhecimentos,
- Humanização do atendimento.

A equipa de Enfermagem é constituída por 4 enfermeiras graduadas, que acreditam:

1. Que a criança/jovem e família têm potencialidades para o auto-cuidado,
2. Que a criança desde muito cedo tem capacidade de intervir,
3. Que os pais são verdadeiramente os peritos, no conhecimento do seu filho,
4. Nos cuidados centrados na família,
5. **Na utilização de técnicas de comunicação adequadas com a criança/jovem e família,**
6. No efeito terapêutico do brincar,
7. Que uma linguagem adequada à faixa etária da criança/jovem e à formação dos pais, promove uma relação empática com a equipa e favorece o processo de cuidados,
8. Que um tempo curto de espera para a consulta ou outro procedimento promove a satisfação da criança/jovem e família, a confiança na equipa e melhores resultados no processo terapêutico,
9. Que a explicação prévia de cada procedimento diminui a ansiedade da criança/jovem e família perante o mesmo e promove uma melhor qualidade na nossa execução,

10. Na continuidade dos cuidados para promover a saúde dos utentes,
11. Que o bom funcionamento da equipa multidisciplinar contribui para a melhoria dos cuidados,
12. Que os registos escritos são importantes para a continuidade dos cuidados,
13. Que relações interpessoais abertas, francas, de partilha e cooperação promovem um ambiente de trabalho agradável, com tendência altruísta.

A definição de objectivos tem um carácter fundamental para o desempenho profissional no campo de estágio, permitindo definir prioridades de aprendizagem e orientar as actividades a desenvolver, tendo em conta a sua exequibilidade.

Para atingir os objectivos realizei actividades (Apendice II), assim como adquirir competências comuns do Enfermeiro Especialista e todas as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da criança e do Jovem.

REFLEXÃO

O meu projecto centra-se sobretudo na comunicação com o adolescente e neste estágio usufruí de algumas oportunidades para o desenvolver.

A forma como os adolescentes se apresentam é também uma forma de comunicar.

A roupa, o cabelo, a maquilhagem, a dança e a música são exemplos de comunicação com o mundo, uma mensagem da sua identidade própria (HOCKENBERRY, 2006).

Os adolescentes gostam de qualquer pessoa que demonstre interesse genuíno por eles, sendo que rejeitam facilmente alguém que tente impor os seus valores, com interesses dissimulados, ou que pareça ter pouco respeito pelo que eles são, pensam ou dizem. Por outro lado, têm uma grande necessidade de expressar os seus sentimentos. Sempre que podem, conversam de uma forma bastante liberal, e são bastante emotivos a fazê-lo. Quando factores emocionais estão envolvidos, a linguagem adoptada pode ser bastante intensa e expressiva (HOCKENBERRY, 2006).

Os adolescentes possuem uma linguagem e cultura próprias que os diferenciam. Em situações de imperceptibilidade na mensagem, pode ser necessário esclarecer o significado de determinado termo. Por vezes, quando ainda não se sentem seguros quanto à outra pessoa, podem recusar-se responder às suas perguntas ou fazê-lo por meio de monossílabos. Nestes casos, será positivo introduzir a conversação sobre temáticas irrelevantes de forma a diminuir o factor ameaça, ganhando-lhe confiança (HOCKENBERRY, 2006).

Das várias valências clínicas, assisti e participei em duas que quero destacar, as consultas de endocrinologia e de obesidade infantil.

O trabalho elaborado pelos enfermeiros é dignificante. É realizada na primeira consulta o acolhimento em que é feita a identificação/apresentação da equipa de enfermagem, a informação sobre o funcionamento e circuito da consulta: horário, contacto telefónico.

Neste contexto dá-se o início da consulta em que existem pontos fundamentais a reter: quem referencia à consulta, qual a motivação do adolescente/família para a perda de peso, assim como o padrão alimentar e actividade física praticada.

No que concerne à primeira consulta, é preenchida a folha de registo de Obesidade (peso, estatura, tensão arterial, frequência cardíaca, perímetro abdominal, IMC – Índice de Massa Corporal, Nível de actividade física e Nível de sedentarismo).

Nas consultas seguintes elabora-se em parceria com a criança/jovem e família um plano individualizado para complementar a orientação da dietista e da pediatra.

É também fornecida a informação sobre o ensino de grupo sobre cada um dos temas de acordo com calendarização pré-estabelecida: exercício físico é o ensino feito pelos enfermeiros. É feito segundo os vários estádios de desenvolvimento.

Na consulta do dia do ensino de grupo são realizadas as actividades:

- ✓ Identificação das dificuldades sentidas no cumprimento do plano estabelecido;
- ✓ Reforço positivo quando os objectivos são atingidos;
- ✓ Preenchimento da folha de registo de Obesidade;
- ✓ Fornecimento material de suporte o ensino de grupo adequado ao tema da sessão, para preenchimento na sala de espera enquanto aguarda pela mesma:
 - ↳ Ensino Roda dos Alimentos
 - ↳ Ensino Actividade Física
- ✓ Triagem da necessidade de complementar ensino de grupo com consulta médica e/ou dietista e encaminhamento para os respectivos técnicos de saúde.

Esta consulta tem tido resultados positivos e existe por parte dos profissionais um grande envolvimento, transmitindo aos adolescentes motivação para continuar, através do reforço positivo e esclarecimento de todas as dúvidas colocadas.

Existe uma excelente articulação com as equipas interdisciplinares.

O ensino de grupo sobre a importância da actividade física tem como objectivo geral motivar a criança/jovem e família para a importância da actividade física como uma das estratégias à perda de peso.

Como objectivos específicos pretende-se:

- ✓ Partilhar sucessos e fracassos,
- ✓ Partilhar dificuldades sentidas,
- ✓ Explicar as vantagens da actividade física,
- ✓ Relacionar a actividade física com a perda de calorias,
- ✓ Enumerar o gasto/consumo de calorias nos vários exercícios,
- ✓ Elaborar estratégias que visem ultrapassar as dificuldades,
- ✓ Incentivar à realização de um plano semanal para a prática de actividade física,
- ✓ Reforçar positivamente quando os objectivos são atingidos.

É muito importante que se ensine aos filhos a necessidade de se cultivar hábitos alimentares saudáveis. As crianças precisam de nutrientes importantes para crescer, contudo é necessário que sejam de qualidade e em quantidade adequados.

Também o estudo que foi realizado o ano passado pelo Gabinete Técnico do PNS 2011-2016 refere que, no que diz respeito às prioridades definidas pelos planos de saúde de vários países, a maior parte concentra-se em áreas como os estilos de vida, sendo a abordagem ao consumo de substâncias e a promoção de actividade física dos adolescentes identificadas como as que exigem maior atenção.

Na adolescência, devido à maturação somática e psicológica aceleradas, as necessidades nutricionais são mais elevadas, ocorrendo um aumento do apetite e do peso. (FONSECA, 2005; HOCKENBERRY, 2006).

Na adolescência, comportamentos de rebeldia e a procura de independência também se manifestam através da alimentação. A influência do grupo na aquisição de novos comportamentos alimentares, o desejo de romper com os hábitos alimentares da infância e de contrariar os conselhos dos pais, a adopção de estilos de vida acelerados e de horários irregulares, o tempo de almoço reduzido, as refeições pouco apelativas da cantina da escola, o apelo do marketing e das modas por uma alimentação tipo “fast food”, são factores que podem levar o adolescente a adoptar por um tipo de alimentação menos saudável, desadequado às suas necessidades, e com elevado conteúdo calórico e baixo valor nutritivo.

O aumento de peso e a deposição de gordura são consequências de uma alimentação inadequada. É frequente assistir a adolescentes que optam por dietas de emagrecimento, de baixo valor nutricional, privando o seu organismo em crescimento de nutrientes essenciais. Sucede mais em jovens do sexo feminino, muitas vezes por influência do grupo. Os rapazes são menos propensos a terem uma alimentação inadequada. No entanto, como uma das suas preocupações é o aumento da força e da estatura, tendem a ingerir alimentos ricos em calorias mas pobres em nutrientes essenciais (HOCKENBERRY, 2006).

Para tal, o enfermeiro tem que trabalhar com o adolescente no sentido de que este adopte uma alimentação diversificada e equilibrada, reforçando as relações entre os alimentos que compõem a Roda dos Alimentos, bem como os seus efeitos a curto e longo prazo. Depois de diagnosticar as incorrecções alimentares, o enfermeiro deve colmatar os défices de informação em relação a comportamentos alimentares saudáveis, mas também contraturalizar com o adolescente e família estratégias que estes identifiquem como positivas e que possam integrar na sua vida quotidiana, como cumprir todas as refeições diárias, ou pelo menos o pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. (FONSECA, 2005).

Os jovens que têm consulta de endocrinologia têm maioritariamente de diagnóstico a diabetes tipo 1.

Segundo Malheiro e Cepêda (2006, p.62) “O aumento da incidência da doença crónica na população pediátrica deve-se essencialmente às alterações dos padrões de morbilidade na infância, resultantes dos avanços tecnológicos e científicos na área da Saúde da Mãe e da Criança”. Em Portugal, segundo o Ministério da Saúde (1997), citado por Barros (2003), um terço das consultas e das hospitalizações pediátricas correspondem a situações de doença crónica. No entanto, os avanços no tratamento de inúmeras doenças crónicas geram novas dificuldades, nomeadamente, a necessidade de adaptação da criança/ família a uma nova realidade. A doença crónica na criança vem trazer alterações significativas na vida diária das famílias, nomeadamente um longo processo de readaptação e aquisição de estratégias face à nova situação. Este processo é condicionado pela gravidade e complexidade da doença, bem como pela fase de desenvolvimento em que a criança se encontra.

Neste campo os enfermeiros assumem um papel importante por aperfeiçoarem a sua contribuição na defesa da saúde, na educação para a saúde e na prestação de cuidados, apoiando a criança e família em situação de doença crónica. Assim, cabe ao enfermeiro como elemento da equipa de saúde, um papel fundamental na avaliação, orientação e

acompanhamento da família, tornando os pais participantes activos, autónomos preparando-os para enfrentar as exigências diárias face à doença do seu filho. Neste contexto, a intervenção do enfermeiro ao nível da promoção da saúde através de comportamentos saudáveis, em cada ciclo de vida dos indivíduos, é fundamental e pode contribuir significativamente para a autonomia e qualidade de vida dos mesmos.

Tendo em conta a complexidade desta fase de desenvolvimento, é evidente a necessidade de estabelecer políticas de saúde que apoiem e protejam os adolescentes. É nesta área que a enfermagem e o enfermeiro especialista em Pediatria podem intervir. Não pondo em causa as conquistas até hoje conseguidas, e a exemplo de excelentes projectos de intervenção de enfermagem em saúde do adolescente existentes no país, é consensual que o aprofundar de conhecimentos, através da investigação e divulgação de resultados, bem como o desenvolvimento de competências nesta área, poderão transformar-se, no futuro, em ganhos de saúde.

O adolescente depara-se então com transições em simultâneo, a nível do desenvolvimento, situacional e de transição saúde - doença.

Os processos de transição apresentam um padrão de multiplicidade e complexidade, podendo cada indivíduo, neste caso o adolescente, vivenciar mais que uma transição simultaneamente. (MELEIS, 2010).

A teoria das transições de Meleis é a minha referência, uma vez que o adolescente quando recorre ao hospital encontra-se numa situação de várias transições como acima descrito: desenvolvimental, saúde-doença e situacional. Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos e estes, por sua vez, podem agravar ainda mais o seu estado de saúde (MELEIS et al, 2000).

Há várias razões pelas quais a transição é um assunto de enfermagem: Os enfermeiros passam grande parte do tempo a cuidar de indivíduos que experienciam uma ou mais mudanças nas suas vidas e que são afectados na sua saúde, neste caso o adolescente.

Meleis (2010) define o objectivo das transições saudáveis como domínio de comportamentos, sentimentos, pistas e símbolos associados aos novos papéis e identidades como transições não problemáticas. No entanto a natureza das transições e a natureza das respostas às diferentes transições ainda permanece um mistério.

Meleis (2010) considera necessário desenvolver o papel de suplementação como terapêutica de enfermagem. Começou então a colocar questões sobre a experiencia de transição como um conceito. E em 1985 publicou o seu artigo “transitions: a nursing concern”. Dez anos mais tarde, ao analisar a literatura existente que usava este conceito

verificou que 310 artigos estavam focados em transições. A transição aparecia com um conceito central da enfermagem. Foram identificadas quatro grandes categorias de transições nos quais os enfermeiros tendem a estar envolvidos: desenvolvimento, situacional; saúde/doença e transições organizacionais.

As transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente. Os enfermeiros encontram-se face a face com pessoas que atravessam processos de transição relacionados com a sua saúde, bem-estar e a capacidade de tomar conta deles próprios. Concomitantemente os enfermeiros lidam com ambientes que podem suportar ou dificultar as transições familiares, da comunidade ou da população que cuidam. As transições podem ser definidas de muitas maneiras. Uma definição comum utilizada neste texto é que a transição é a passagem de um estado bastante estável para outro estado bastante estável, este é um processo desencadeado por uma mudança. As transições são caracterizadas por estádios dinâmicos diferentes, marcos e pontos de viragem e podem ser definidos através de processos e/ou resultados (MELEIS,2010).

Deixei na Unidade bibliografia sobre a temática que estou a desenvolver.

Agradeço à minha orientadora de estágio o envolvimento no mesmo e a sua colaboração que foram uma mais-valia para mais uma etapa concluída.

APÊNDICE IX
URGÊNCIA PEDIÁTRICA HNSR

URGÊNCIA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO

Neste campo de estágio foram definidos objectivos de aprendizagem que funcionaram como guia orientador para o adquirir de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ao nível da actuação em Cuidados de Saúde Diferenciados, na Urgência de Pediatria do Hospital Nossa Senhora do Rosário, no Barreiro.

Desenvolveu-se no período compreendido entre 02 e 20 de Janeiro de 2012, com a duração de 25 horas semanais perfazendo um total de 75 horas.

A orientação da presente etapa de formação ficou a cargo da Professora Filomena Sousa, docente da ESEL, e da enfermeira orientadora da Unidade, especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A caracterização sumária da Unidade tem como objectivo um melhor conhecimento da sua estrutura organizacional e física, permitindo a análise das vivências ao longo do estágio.

O Hospital Nossa Senhora do Rosário foi inaugurado a 18 de Janeiro de 1959 e dirigido pela Santa Casa da Misericórdia. Inicialmente uma estrutura mais pequena e menos diferenciada, funcionou durante quase trinta anos, com cerca de 115 camas após o que foi construído o edifício actual inaugurado a 17 de Setembro de 1985, com maior numero de especialidades e de camas (cerca de quinhentas), passando a ser designado Hospital Distrital do Barreiro. Em Setembro de 1995 passou a designar-se Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro e em Dezembro de 2002 transformou-se a instituição numa sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos.

Em 2005 com uma nova reestruturação na legislação transformou-se numa entidade pública empresarial, passando a ser designada por Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. Actualmente, integra o Centro Hospitalar Barreiro e Montijo, E.P.E. que em conjunto com o Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal III – Arco Ribeirinho (da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo) formam a Unidade de Saúde do Barreiro.

O Serviço de Pediatria, criado em 1985, tem como missão assegurar os cuidados de saúde das crianças e adolescentes, garantindo a qualidade sempre numa perspectiva de melhoria contínua, promovendo a satisfação e bem-estar das crianças e famílias, bem como a dos profissionais e potenciar sinergias com outras Instituições.

Desenvolve as suas actividades numa perspectiva abrangente e integrada, em que paralelamente à assistencial decorre a formação e qualidade.

O Serviço de Pediatria tem como principal objectivo promover uma melhoria global na prestação de cuidados de saúde a todas as crianças e adolescentes.

A Unidade de Urgência Pediátrica, situada no 1º Piso do Hospital, existe desde Outubro de 2001 após um período de coexistência na Urgência Geral com início em 2000. A Unidade ganhou assim, autonomia, com espaço físico próprio, que ao longo dos anos tem sofrido constantes melhoramentos, tendo sido em Junho de 2010 a última renovação das instalações face ao alargamento da idade pediátrica aos 18 anos de idade.

A Unidade é constituída por uma sala de espera, um espaço de triagem de enfermagem, quatro gabinetes médicos, uma sala de inaloterapia, uma sala de procedimentos/reanimação e uma Sala de Observação com a lotação de sete camas (4 berços + 3 camas), entre outras divisões para uso dos profissionais de saúde.

À semelhança das restantes equipas de enfermagem da Área Pediátrica, existem duas enfermeiras responsáveis pela unidade, sendo também o método de distribuição de trabalho individual. Existe em todos os turnos um chefe de equipa que orienta e coordena a equipa de enfermagem na prestação de cuidados, assim como também orienta e supervisiona as actividades e tarefas das assistentes operacionais ao longo do turno, e ainda resolve situações pontuais que surjam durante o seu horário.

O utente pediátrico que recorre à Unidade realiza a inscrição na Unidade de Atendimento ao Utente (administrativa) sendo posteriormente chamado para a triagem de enfermagem, onde a enfermeira avalia a situação clínica da criança/jovem e determina o grau de prioridade de acordo com o protocolo instituído na Unidade (têm prioridade utentes referenciados, com idade inferior a 1 mês de vida, com traumatismos, com dificuldade respiratória, vitimas de intoxicação, entre outras situações consideradas urgentes). A triagem de enfermagem incide numa rápida abordagem do utente pediátrico para determinar a severidade da urgência da criança/jovem. Uma observação inicial atenta e adequada determina o grau de atendimento. Existem, então, três níveis de prioridade: 1º nível - Imediata/Emergência; 2º nível – Situação clínica com indicação para observação na urgência hospitalar e/ou referenciados; e 3º nível – Sem indicação para urgência hospitalar.

O enfermeiro presta cuidados imediatos à criança/jovem segundo protocolos existentes na Unidade (hipertermia, convulsões, vómitos, dificuldades respiratórias, entre outros).

Os registos de enfermagem são efectuados num sistema informático próprio e devem ser registadas todas as intervenções e evolução da situação clínica da criança/jovem enquanto esta permanece na Unidade.

Após a observação pelo médico a criança/jovem poderá ser encaminhada para: meios complementares de diagnóstico; administração de terapêutica ou procedimentos de enfermagem; internamento da pediatria/neonatologia; vigilância em Sala de Observação (SO); transferência para outras especialidades (Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia, Ortopedia, entre outros) ou unidades hospitalares; alta para domicílio; consulta externa de pediatria ou consulta no médico assistente.

Na SO a criança ou jovem pode permanecer durante 24 horas sempre acompanhada por um dos pais ou pessoa significativa. Quando uma criança/jovem fica na SO é realizado o acolhimento dando a conhecer as rotinas e regras de funcionamento da unidade. O enfermeiro que presta cuidados deve: estabelecer uma relação de empatia, realizar uma colheita de dados inicial (antecedentes pessoais, vigilância de saúde, hábitos de vida, etc), estabelecer um plano de cuidados de enfermagem, executa-lo e avalia-lo. Os registos de enfermagem são efectuados em sistema informático próprio. Desta forma, há uma melhor articulação entre todas as valências da área pediátrica promovendo-se assim a continuidade de cuidados. Existem ainda outros instrumentos de registo como a Carta de Transferência e a Folha de Articulação de Cuidados de Enfermagem quando é necessário proceder à articulação com outros hospitais e centros de saúde, respectivamente.

Neste contexto o papel do enfermeiro em pediatria incide: no acolhimento do utente pediátrico; na prestação de cuidados individualizados e humanizados; na integração dos pais na equipa de saúde e na orientação e encaminhamento da criança, jovem e sua família face às suas necessidades.

Investir no acolhimento tem sido um compromisso de toda a equipa de saúde sendo que o enfermeiro como prestador directo de cuidados tem o dever de: dirigir-se ao utente pediátrico e apresentar-se; perguntar como gosta de ser tratado; informar sobre as rotinas da Unidade; apresentar o espaço; entregar o Guia de Acolhimento; proceder à colheita de dados sobre o estado de saúde anterior e actual; proporcionar um ambiente calmo e tranquilo; estabelecer uma relação de empatia e respeito; incentivar os pais a permanecer junto da criança; estar disponível para esclarecer as dúvidas colocadas pelos pais, para a manifestação de sentimentos, expectativas e receios e validar com os mesmos toda a informação dada.

A prestação de cuidados exige cuidados individualizados e humanizados ao utente pediátrico, de acordo com a sua patologia, integrando os pais nos cuidados e

identificando as suas necessidades de forma a promover a saúde através de acções de educação.

A articulação de cuidados é fundamental, permitindo a continuidade de cuidados prestados ao utente pediátrico pelas diversas unidades/instituições. Com a existência de recursos materiais que têm permitido essa partilha de informação (instrumentos de registo) e do grupo «Crescer em Parceria» têm-se tornado visíveis todos os esforços realizados pela equipa para que os ideais correspondam à realidade.

Para além da Actividade Assistencial, também a Actividade Formativa faz parte do dia-a-dia da Área Pediátrica, com a formação contínua dos seus profissionais. Dentro das possibilidades, são apoiadas todas as acções de formação dentro e fora do serviço, nomeadamente idas e participação em congressos ou jornadas e incentivadas todas as oportunidades para o desenvolvimento profissional.

Nos últimos anos, a Área Pediátrica tem-se empenhado nos projectos da Área da Qualidade, no âmbito do processo de Acreditação pela Joint Comission Internacional, promovendo a aplicação das várias normas e políticas já aprovadas e a elaboração de algumas ainda em estudo.

Os contributos do grupo dinamizador dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) a nível institucional têm permitido organizar e orientar a intervenção de enfermagem no sentido de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, dando a conhecer as directrizes nacionais, os projectos, as normas e protocolos da instituição, bem como os indicadores de qualidade que permitirão alcançar muitos dos objectivos da acreditação.

Na Área Pediátrica, para além das normas e protocolos das várias unidades que orientam a prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e sua família, também os projectos desenvolvidos têm dado contributos significativos para a melhoria continua da qualidade. Dentro dos vários projectos em desenvolvimento destacam-se: Promoção do Bem-Estar do RN (Método Canguru e Toque Positivo); Excelência na Promoção do Aleitamento Materno; A Linguagem da Dor em Pediatria; Promoção de Estilos de Vida Saudáveis; Triagem Pediátrica Informatizada; Comunicar com Imagens; Caminhos que se cruzam; Crescer em Parceria e Intervenção de Enfermagem junto da Criança e Jovem com Diabetes.

Também na área da qualidade, têm sido realizados alguns inquéritos de satisfação e trabalhos de investigação sobre a opinião das crianças/ jovens e suas famílias em relação aos cuidados prestados ao seu filho nos vários sectores do serviço.

A definição de objectivos tem um carácter fundamental para o desempenho profissional no campo de estágio, pois permitiu definir prioridades de aprendizagem e orientar as actividades a desenvolver ao longo desta, tendo em conta a sua exequibilidade.

No decurso das entrevistas não estruturadas à enfermeira orientadora da Unidade, compreendi que antes do alargamento da idade de atendimento na Unidade foi realizada formação para os profissionais de saúde sobre a adolescência, assim como algumas alterações no espaço físico: espaço com decorações adaptadas para adolescente na sala de espera. Para além disso na SO foram colocadas umas cortinas no espaço para internamento de adolescentes para uma maior privacidade.

Foi comentada pelos enfermeiros da Unidade a importância da formação, pois dessa forma estavam mais despertos para pormenores, como lembrarem algumas estratégias de comunicação para abordar o adolescente e também falaram bastante sobre juízos de valor em relação a este estágio de desenvolvimento. Com a formação foram-se dissipando e dando lugar a novas formas de olhar o adolescente e família.

Sendo os adolescentes uns clientes tão específicos, o atendimento de saúde necessita de especial atenção e exige o incremento dos conhecimentos relativos aos indivíduos desta faixa etária, como forma de responder atempada e adequadamente às suas exigências, não só a nível da saúde, mas também da educação, psicologia, sociologia, entre outras. (Azevedo, 2010)

Os profissionais de enfermagem que cuidam de adolescentes devem ter formação contínua (RCN, 2003).

A comunicação é essencial na relação enfermeiro/adolescente. É importante que os enfermeiros como detentores de conhecimentos científicos que envolvem competências técnicas e humanas, estejam conscientes das suas atitudes perante o outro, o qual espera de nós um profissional atento e compreensivo.

Os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, contemplam a entrevista ao adolescente (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Nela se descrevem os princípios gerais na entrevista ao adolescente, as características do entrevistado, as características do adolescente, o espaço e tempo, os pré-requisitos para a comunicação/relação com o adolescente, assim como a operacionalização da entrevista.

Refere ainda que o adolescente enquanto entrevistado é a principal fonte para a resolução dos seus problemas. Para além disso envolve uma relação terapêutica fomentada no âmbito do desempenho profissional de enfermagem.

A entrevista estruturada através de princípios e estratégias definidas é fundamental no atendimento ao adolescente, facilita a recolha de informação para depois se estabelecer uma relação empática. (Guias Orientadores de Boa prática em Enfermagem de saúde Infantil e pediatria, 2010)

Deixei na Unidade bibliografia sobre a temática que estou a desenvolver.

Agradeço à minha orientadora de estágio o envolvimento no mesmo e a sua colaboração que foram uma mais-valia para mais uma etapa concluída.

APÊNDICE X
URGÊNCIA PEDIÁTRICA HGO

URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA

A orientação da presente etapa de formação ficou a cargo da Professora Filomena Sousa, docente da ESEL, e da enfermeira orientadora da unidade, especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Desenvolveu-se no período compreendido entre 23 de Janeiro a 17 de Fevereiro de 2012, com a duração de 25 horas semanais perfazendo um total de 100 horas.

A caracterização sumária da Unidade tem como objectivo um melhor conhecimento da sua estrutura organizacional e física, permitindo a análise das vivências ao longo do estágio.

A Unidade de Urgência Pediátrica, situada no 1º Piso, iniciou a sua actividade em Novembro de 1992.

Tive o privilégio de fazer parte do grupo que procedeu à sua abertura.

A Urgência dispõe de nove camas para internamento de curta duração (UICD), onde são internadas crianças/jovens cuja permanência se prevê curta ou que, pela sua situação clínica, necessitam de vigilância e cuidados constantes, até estabilização que permita a transferência para a enfermaria ou alta para o domicílio.

Durante todo o circuito de atendimento a criança/jovem é acompanhada pelo familiar ou por pessoa significativa. Nas situações que necessitam de internamento os pais ou acompanhante podem permanecer junto da criança/jovem as 24 horas.

De acordo com a situação clínica da criança/jovem, as deslocações a outros serviços do Hospital são acompanhadas por médico e/ou enfermeiro e/ou assistente Operacional.

Na Unidade de Urgência Pediátrica são admitidos 24horas/dia, todos os dias do ano os clientes com:

- Idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e 364 dias e, querendo os clientes com patologia crónica seguidos no serviço de Pediatria até aos 18 anos;
- Todo o tipo de patologia – médica, cirúrgica, ortopédica, ou de qualquer outra especialidade.

As emergências são observadas de forma directa e imediata.

Dado que a admissão é aberta, existe um sistema de triagem, executado pela equipa de enfermagem que tem como pressupostos:

1. Minimizar os tempos de espera da criança/jovem com doenças potencialmente graves, hierarquizando as admissões, tendo em conta:

- A gravidade da situação,
 - A referência (Cuidados de Saúde Primários, Privados, Saúde 24, do próprio Hospital);
 - A idade dos clientes;
 - A existência de traumatismo;
 - A doença aguda;
 - Outros problemas de saúde.
2. Iniciar atitudes que possibilitem uma assistência mais adequada. Por exemplo: somatometria, medição de parâmetros vitais, analgesia, colheita de urina.
 3. Humanizar, pois permite um contacto célere com prestadores de cuidados de saúde.

Após avaliação médica e consoante a situação clínica, a criança/jovem pode ter alta, encaminhada para exames complementares de diagnóstico, avaliação por outras especialidades ou necessitar de internamento:

- Na UICD: o médico que decide o internamento informa o enfermeiro da situação clínica da criança e acompanha a criança à Unidade. O enfermeiro apresenta-se aos acompanhantes e à criança/jovem, instala-a na cama, colhe informação necessária para a prestação de cuidados especializados e informa sobre os direitos e deveres dos utentes e modo de funcionamento da Unidade.
- Nos internamentos de Pediatria Médica ou Cirúrgica ou de outros serviços: o médico e o enfermeiro contactam telefonicamente os colegas da Unidade, para esclarecer sobre a situação clínica.

Relativamente à Sala de Triagem o acolhimento é fundamental, mediante a utilização de comunicação assertiva.

Objectivo: Promover um bom acolhimento à criança/jovem e família, utilizando comunicação assertiva na prestação de cuidados durante a triagem.

A Triagem tem como objectivo principal priorizar o atendimento.

Durante a triagem são cumpridos os direitos da criança nomeadamente no que se refere ao acompanhamento da criança/jovem pelos pais ou substitutos.

Assertividade implica a comunicação de opiniões, sentimentos e vontades do próprio sem ameaçar, humilhar ou punir o interlocutor.

O enfermeiro deve:

- Chamar a criança/jovem pelo nome.
- Promover o conforto da criança /pais /acompanhantes durante a triagem.
- Fomentar a privacidade, fazendo cada triagem individualmente, excepto em casos que não é possível, evitando que outro utente espere demasiado.
- Evitar conversas paralelas durante a triagem.
- Adequar a linguagem ao nível cultural de cada família e ao nível de desenvolvimento da criança.
- Dar prioridade ao diálogo com a criança sempre que a sua idade e estágio de desenvolvimento o permita.
- Identificar as necessidades de aconselhamento da família.
- Manter-se ao nível da criança/jovem/família de forma a manter o contacto visual permanente.
- Adoptar uma postura de escuta activa.
- Manter um tom de voz adequado à situação.
- Utilizar perguntas “alvo” de forma a obter respostas concretas.
- Evitar termos que possam ser considerados agressivos pela família como “não tem razão”, “tenha calma”.
- Esclarecer a criança/jovem/família sobre os procedimentos que têm como objectivo o início do tratamento, antes de os iniciar.
- Explicar o encaminhamento após o fim da triagem.

O enfermeiro deve ter em atenção que a empatia criada na primeira abordagem é fundamental para o sucesso de qualquer abordagem clínica, especificamente em relação ao adolescente. A competência específica no atendimento ao adolescente implica que a competência técnica seja acompanhada de respeito e sensibilidade para compreender a realidade de cada adolescente e que o treino e maturidade relacional permitam abordar, orientar e/ou referenciar as situações mais sensíveis. Faz ainda parte dessa competência específica a capacidade para trabalhar em equipa multidisciplinar.

À semelhança das outras Unidades onde estagiei no HGO, a missão da Urgência Pediátrica é levada a cabo tendo por base alguns princípios:

- ✓ **Criação de um ambiente humanizado.** Foi nomeado em Setembro de 2003 um Grupo de Humanização que tem desenvolvido vários projectos no âmbito da

humanização da pediatria. Destaca-se a criação / adopção da mascote do serviço, voluntariado, música no hospital, operação nariz vermelho;

- ✓ **Desenvolvimento da interligação / articulação** com os cuidados de saúde primários, as estruturas de educação, as estruturas de acção social da comunidade, garantindo a continuidade de cuidados;
 - ✓ Desenvolvimento de um **trabalho de equipa** – médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, educadores de infância, fisioterapeutas, psicólogo, pedopsiquiatra, dietista, secretário de unidade.
- Assim, a **filosofia** dos cuidados à criança / família baseia-se:
- No respeito pelos direitos da criança e da família;
 - No cumprimento dos direitos consagrados na Carta da Criança Hospitalizada;
 - Na prestação de cuidados atraumáticos, continuados, coordenados e centrados na família.

Neste campo de estágio foram definidos objectivos de aprendizagem que funcionaram como guia orientador para o adquirir de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ao nível da actuação em Cuidados de Saúde Diferenciados, na Urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta, Almada.

A definição de objectivos teve um carácter fundamental para o desempenho profissional no campo de estágio, pois permitiu definir prioridades de aprendizagem e orientar as actividades a desenvolver ao longo desta, tendo em conta a sua exequibilidade.

REFLEXÃO

Quero destacar alguns momentos deste estágio, não menosprezando porém todos os outros, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. O meu projecto debruça-se sobretudo na comunicação com o adolescente e neste estágio usufruí de algumas oportunidades para o desenvolver.

No decorrer do estágio na Urgência e de acordo com a orientadora determinamos os objectivos da formação para sensibilizar a equipa de enfermagem na utilização de estratégias de comunicação com o adolescente:

- Partilhar o percurso dos estágios.

- Reflectir sobre competências comunicacionais da equipa de enfermagem com o adolescente.

O objectivo da formação proporciona a aquisição de competências técnicas/relacionais/comunicacionais da equipa de profissionais e por outro lado reflecte-se numa constante evolução e preparação positiva para a mudança.

Divulguei a formação em todas as Unidades onde estagiei, em que fiz convite pessoal às Chefes de enfermagem das Unidades e às orientadoras dos percursos.

Realizou-se dia 10 de Fevereiro, a sessão de formação subordinada ao tema “A Comunicação com o Adolescente: Um Contributo do Enfermeiro Especialista”

Assistiram à formação enfermeiros de todas as Unidades, incluindo as três Chefes de Enfermagem. Participaram activamente contribuindo com o seu saber e experiência, através da partilha de ideias e vivências. Surgiu a proposta final da elaboração de Norma – “Comunicação com o adolescente – Linhas orientadoras de boas práticas”, que sistematize os princípios e estratégias da intervenção de enfermagem no âmbito da comunicação com o adolescente.

No final da formação entreguei a cada Chefe de Unidade um Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Nº 3 – Vol. 1, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, que contempla a Entrevista ao Adolescente. Considero uma mais valia nesta área, inclui contributos valiosos nas estratégias comunicacionais com o adolescente.

A formação sendo um processo formal ou informal de aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos com relevância para a actividade ou cargo e para o desenvolvimento pessoal e institucional, engloba a reciclagem ou actualização de conhecimentos, bem como o reforço de atitudes e comportamentos desejáveis para o contexto institucional.

A observação deve ter o conhecimento das competências técnicas da equipa de saúde, das relações profissionais, das condições gerais de trabalho e o nível de motivação existente, ou seja, a observação deve ser contextualizada.

Assim, a formação surge como uma estratégia para dar resposta a necessidades, após um diagnóstico aproximado dos problemas.

As necessidades de formação surgem assim da diferença existente quando comparamos o que os indivíduos fazem e o que deviam fazer.

É gratificante, quando posteriormente à realização da sessão, sou abordada como elemento de referência por elementos da equipa em relação aos adolescentes e formas de comunicar ou para solicitarem nova sessão de formação.

Os recursos e actividades referidas anteriormente foram adequadas para tornar o objectivo exequível e plenamente atingido. Tendo contribuído para a alteração de atitudes e comportamentos da equipa de enfermagem em relação aos adolescentes, mobilização de competências comunicacionais e relacionais, quer para a minha formação como enfermeira especialista quer para a equipa de enfermagem, considero que também adquiri competências ao nível de gestão e liderança.

Deixei na Unidade bibliografia sobre a temática que estou a desenvolver.

Vou posteriormente elaborar a Norma proposta na formação, de acordo com orientação da instituição.

Agradeço à minha orientadora de estágio o envolvimento no mesmo e a sua colaboração que foram uma mais-valia para mais uma etapa concluída.

APÊNDICE XI
GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Local

Idade do Adolescente:

GRELHA DE OBSERVAÇÃO		
Estratégias implementadas pelo enfermeiro para comunicar com o adolescente		Observações
Comunicação Verbal		
Linguagem simples e realista/clarificação		
Evitar juízos de valor		
Reforçar comportamentos positivos e auto-estima		
Reforçar competências		
Evitar interrupções		
Respostas em espelho		
Comunicação Não Verbal		
Disponibilidade		
Escuta activa/reflexiva		
Captar mensagens não verbais		
Privacidade		
Reacção do adolescente quando abordado pelo enfermeiro		Observações
Silêncio		
Pausas		
Expressão da face		
Choro/Nervosismo		
Encarnecedor (provocador)		
Falador		
Hostil ou agressivo		

Paula Figueiredo