



Curso de Mestrado Em Enfermagem

Área De Especialização

Saúde Infantil E Pediatria

Capacitação Para a Autonomia do Adolescente Transplantado Renal, Relativamente à Gestão do Regime Terapêutico

M^a Regina Oliveira

2012



Curso de Mestrado Em Enfermagem

Área De Especialização

Saúde Infantil E Pediatria

Capacitação Para a Autonomia do Adolescente Transplantado Renal, Relativamente à Gestão do Regime Terapêutico

M^a Regina Oliveira

**Tutora: Odete Lemos e Sousa
Co-orientadora: Paula Figueiredo**

2012

Agradecimento

A todos aqueles que tornaram possível a realização deste trabalho - à equipe de docentes, a uma tutora especial, que soube orientar e apoiar quase sem se fazer sentir, aos meus colegas de escola e trabalho, à minha chefe que demonstrou genuína disponibilidade, aos profissionais dos campos de estágios e aos meus clientes aqui referenciados.

Aos que estarão sempre no meu coração, eles sabem quem são.

O meu mais sincero OBRIGADA

Pensamento

“Só um ser autónomo na decisão e na adesão às orientações da sua acção pode ser responsabilizado pelo que faz”

Immanuel Kant

RESUMO

Os adolescentes transplantados renais, têm uma experiência de doença prévia, o que por vezes, induz a família a adoptar atitudes de protecção exacerbada, substituindo os seus filhos na gestão do regime terapêutico. Sabemos que a família preocupa-se genuinamente com o bem-estar do adolescente e é uma constante na vida do seu filho, pelo que deve ser incluída no processo de cuidados. Muito embora, o adolescente pelas suas competências em desenvolvimento compreenda melhor o ambiente envolvente o que permite aumentar a sua autonomia e responsabilidade. Contudo, um dos preditores de diminuição de adesão ao regime terapêutico seja a idade e mais concretamente a adolescência, o que pode conduzir à diminuição da sua qualidade de vida, pelas complicações inerentes.

Capacitação para a autonomia do adolescente transplantado renal, relativamente à gestão do regime terapêutico é um programa estruturado para apoiar e orientar a intervenção de enfermagem dirigida ao adolescente e família.

As temáticas envolvidas na capacitação para a autonomia são múltiplas, pelo que optou para base do trabalho abordar enfermagem e competências, dentro da qual incluiu “vinculação, como capacitação para a autonomia”, “significações pessoais”, “aprendizagem e técnicas de reforço”, “competências comunicacionais” e por fim a “implementação do programa” de intervenção de enfermagem.

Tendo em conta que algumas das tarefas de desenvolvimento, no período da adolescência são a descoberta do corpo, as suas potencialidades e a construção da sua identidade pessoal, os profissionais por sua vez, quer através da sua abordagem quer através da orientação que podem proporcionar aos pais, têm que ajudar a reconhecer e a consolidar a sua identidade, ajudando os adolescentes a desenvolver a auto-estima. Para que um jovem consolide a sua auto-estima, é importante que este se sinta apreciado, escutado e compreendido. A auto-estima constitui a base da motivação e da autonomia que por sua vez conduzirá à responsabilização do adolescente face à gestão do seu regime terapêutico.

Palavras-chave: Adolescente; Autonomia; Transplante Renal; Gestão do regime Terapêutico;

ABSTRACT

Teenagers with kidney transplants, have had an experience of a prior disease, which sometimes leads to the family adopting an excessively protective attitude, by sometimes replacing the teenager in the treatment process. We know that the family genuinely cares about the welfare of the teenager and is a constant factor in the child's life, therefore the family should be included in the care process. Also the teenager as he grows up develops an understanding for his situation which may lead to him to increase his self reliance and personal responsibility. Nevertheless, one of the factors affecting decreased adherence to therapy is age and more specifically the teenager, which can lead to decreased quality of life, with its inherent complications.

Guidance for the Development of Independence in the Treatment of Teenage Kidney Transplant Patients is a programme structured to help and direct nursing support towards the teenager and his family.

The issues involved in generating independence are numerous. The foundation of this study of nursing and associated skills includes: "link to develop independence", "personal opinions and values", "learning and stimulation techniques", "communication skills" and the implementation of the contents of this study.

Part of the stages of growing up and adolescence in a teenager is the discovery of their own body, their capabilities, and the development of their own personal identity. The professionals on the other hand through direct communication with the child, or through the parents can help the teenager's development and strengthen it's self esteem. For a teenager to develop self esteem he needs to be heard, appreciated and understood. Self esteem is the very basis of motivation and independence which in turn prompts personal responsibility to accept management of the treatment.

Keywords : Teenager, Self Reliance, Kidney Transplant, Management of Treatment.

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	10
1 – ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS	14
1. 1 – Vinculação como Capacitação para a Autonomia	22
1. 2 – Significações de Saúde e Doença do Adolescente/Família Transplantado Renal	33
1. 3 – Aprendizagem e Técnicas de Reforço	41
1. 4 – Competências Comunicacionais	52
2 – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM IMPLEMENTAÇÃO – CAPACITAÇÃO PARA A AUTONOMIA DO ADOLESCENTE TRANSPLANTADO RENAL, RELATIVAMENTE À GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	60
3 – CONCLUSÃO	71
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	85

ANEXO I

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Hospital de São Francisco Xavier/Serviço de Neonatologia/Ajuda Mútua

ANEXO II

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DE VINCULAÇÃO

ANEXO III

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Hospital de Santa Maria/Serviço de Nefrologia Pediátrica/UMAD

ANEXO IV

GUIÃO DE ENTREVISTA

ANEXO V

TROCA DE EXPERIÊNCIA

ANEXO VI

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

ACES de Oeiras/ Unidade de Saúde Familiar Delta

ANEXO VII

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Serviço de Urgência Pediátrica

ANEXO VIII

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Hospital de Santa Cruz/Unidade de Transplantação Renal

ANEXO IX

Acção de Formação

ANEXO X

Instrumento de Avaliação do Programa de Intervenção de Enfermagem

ANEXO XI

Avaliação Do Adolescente

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE

CHLO, E.P.E. – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Entidade Pública Empresarial

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CMESIP – Curso de Mestrado e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

HIV – Vírus de Imunodeficiência Humana

HPV – Hospital Pulido Valente

HSFX – Hospital são Francisco Xavier

HSM – Hospital de Santa Maria

ICN – International Council of Nurses

IRC – Insuficiência Renal Crónica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMAD – Unidade Móvel de Assistência Domiciliária

UP – Urgência Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

O – INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Curso de Mestrado Em Enfermagem, Área De Especialização Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediatria (CMESIP), Unidade Curricular Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem, foi elaborado este relatório referente às aprendizagens decorrentes dos estágios efectuados no 1º Semestre do 2º Ano lectivo.

Este relatório tem por base o projecto elaborado no 2º Semestre do 1º Ano lectivo e planeado de acordo com os objectivos de formação delineados pelo mestrando, e com as necessidades e exigências preconizadas.

Partindo do pressuposto que um relatório é também um instrumento de análise, servindo de inventário de dificuldades, o estudante procede neste momento, a um trabalho de reflexão e compilação de contributos no sentido de ultrapassar dificuldades e construir um programa de “capacitação para a autonomia do adolescente transplantado renal, relativamente à gestão do regime terapêutico”.

Este programa de intervenção de enfermagem, surge de uma necessidade da equipa de enfermagem da Unidade de Transplante Renal (UTR) do Hospital de Santa Cruz (HSC), ao detectar situações de falta de autonomia pelo adolescente e em simultâneo, a sobre protecção parental, ao substituir o adolescente na gestão do regime terapêutico. O adolescente foi submetido a um transplante renal melhorando a sua qualidade de vida. Contudo, algumas destas famílias mantêm um alto investimento para garantirem a longevidade dessa qualidade de vida adquirida, sem terem em conta que o jovem cresceu e vive um novo estadio de desenvolvimento - a adolescência. Esta problemática esteve presente, em várias situações vivenciadas, com adolescentes que manifestaram algum desconforto pela falta de autonomia. De acordo com OE (2010), no início da adolescência, os pais controlam de forma mais próxima a situação de saúde do adolescente, mas conforme a sua autonomia vai crescendo, é fundamental que haja maior responsabilidade. O adolescente compreende melhor o mundo que o rodeia devido às suas competências em desenvolvimento e desta forma ele pode assumir outras responsabilidades e outro tipo de participação. Sabemos pois, que os pais são as pessoas, segundo Ricou (2004, p.235), “em posição privilegiada para julgar aquilo que será o melhor interesse da criança, uma vez que sobre ela terão um mais profundo conhecimento, a partir do amor que sentem”. Contudo, os enfermeiros pela posição privilegiada que têm junto destes jovens e famílias apercebem-se que os pais nem

sempre estão preparados para as transformações e desenvolvimento dos seus próprios filhos, carecendo de orientações. Pelo que, devem actuar como garantes da sua sensibilização e intervirem prontamente nos casos em que se verifique que o melhor interesse da criança possa estar posto em causa. Por outro lado, um dos preditores de diminuição de adesão à terapêutica é a idade e mais concretamente a adolescência, pela maior autonomia, pela auto-imagem e pelas influências sociais (BUGALHO e CARNEIRO, 2004; WHO, 2003). Torna-se por isso, pertinente a realização de um plano de actuação estruturado que apoie e oriente a intervenção de enfermagem dirigida ao adolescente/família e baseado no modelo conceptual de Virgínia Henderson que permitirá conceptualizar e fundamentar a prática dos cuidados de enfermagem.

Segundo o Dicionário Integral da Língua Portuguesa (2009) **capacitar**, significa tornar capaz, fazer compreender, convencer, persuadir. Por sua vez, **autonomia** é definida como independência, condição ou qualidade de autónomo, direito de se governar por leis próprias. O Internacional Council of Nurses (ICN) (2003, p. 58) define como **gestão do regime terapêutico**,

“(…) um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: executar actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir os objectivos específicos de saúde, integrar actividades para o tratamento ou prevenção da doença na vida diária (...)”.

No entanto, um dos problemas com que o sistema de saúde se confronta é o abandono ou o incorrecto cumprimento dos tratamentos prescritos o que interfere na morbilidade, na mortalidade, na qualidade de vida, no aumento de custos, excesso de utilização dos serviços de saúde, no aumento de resistência aos antimicrobianos, entre outros (ICN, 2009; NETO et al, 2009; SOUSA, 2005; WHO, 2003). A não adesão conduz a 125 000 mortes por ano nos EUA e provoca entre 5% e 15% de hospitalizações (BUGALHO e CARNEIRO, 2004).

Em compensação, o ICN (2009) descreve adesão como, a medida em que o comportamento do cliente está em consonância com as recomendações do prestador de cuidados. Esta condição inclui comportamentos de saúde alargados, que ultrapassam a toma de medicação prescrita, e integra a auto-gestão da doença e das suas consequências. É elevado o número de preditores de adesão/não-adesão dos quais os individuais e ambientais são os de maior destaque (ICN, 2009; NETO et al, 2009).

A WHO (2003) considera como cinco as dimensões da adesão: factores sociais e económicos, a equipe/sistema de cuidado de saúde, as características da doença, terapias da doença e factores relacionados com o cliente. Assim, as pessoas não são responsáveis individuais pelo cumprimento do seu tratamento pois o indivíduo está em contínua interacção com os factores que afectam o comportamento e com a sua capacidade para aderir ao tratamento. Cabral e Silva (2010) no trabalho realizado de adesão à terapêutica em Portugal, com uma amostra de 1400 participantes, inferiram que o primeiro motivo extrínseco para a não adesão à terapêutica deve-se ao “esquecimento”, contabilizando 46.7% dos inquiridos. Seguindo-se a falta de recursos económicos para comprar os medicamentos (18.6%). Quanto aos factores intrínsecos, 26.6% abandonaram a terapêutica “por se sentirem melhor” e 22.2% pelos efeitos secundários que a ingestão dos medicamentos provocam. O ICN (2009) considera, que os enfermeiros são os profissionais melhor posicionados pelo seu mandato social e pelo lugar que ocupam na equipa de saúde para desenvolverem estratégias para a promoção da adesão ao regime terapêutico. Com efeito, são os enfermeiros que desenvolvem junto dos seus clientes, planos de gestão de regime terapêutico que por sua vez, integram orientações de diferentes profissionais, terapêutica medicamentosa, modificações no estilo de vida. Ainda de acordo com o ICN (2009), cabe aos enfermeiros planear com as pessoas e famílias para melhorar a adesão, ajudando a integrar os diferentes aspectos do regime terapêutico e constituindo-nos, a nós enfermeiros, como parceiros e recurso. O adolescente vivencia uma fase peculiar, pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários tornando-se necessário reconhecer uma nova imagem do corpo e adoptar um novo papel em relação ao meio. O sentimento de identidade expressa-se no reconhecimento do seu auto-conceito, do seu papel social. Nesta fase, são importantes, o reconhecimento e apoio dos seus pares. A adolescência é uma fase de auto-reflexões conscientes, pensa-se que existe mudança e reorganização constante nas estruturas o que permite o julgamento moral ao nível do pós convencional ou orientação do princípio ético universal (BIAGGIO, 2009; HOCKENBERRY, WILSON, WINKELSTEIN, 2006; BEE, 2003).

Com a adolescência há uma mudança na relação com os pais, havendo uma evolutiva emancipação da tutela parental (NEUENSCHWANDER, 2002). O mesmo autor, acrescenta que “(...) a construção de uma relação progressivamente mais distanciada entre pais e crianças é desejável” (p. 156).

O Guia Orientador De Boa Prática – Entrevista Ao Adolescente (OE, 2010), a Carta da Criança Hospitalizada (2009), e a Convenção dos Direitos da Criança (CDE, 2005b) preconizam o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo como os principais princípios éticos envolvidos no atendimento do adolescente.

O trabalho que vai expor, diz respeito a um relatório, que por sua vez está dividido em três partes. Enfermagem e Competências, surge como o primeiro capítulo onde se expõe o conceito de enfermagem e de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), sendo estas, o pilar para a realização dos estágios integrados em subcapítulos. Os subcapítulos receberam o nome da temática considerada essencial para a construção do programa proposto, em articulação com as normas preconizadas pelos cadernos de estudos exigidos a um EESIP. Esta etapa, tem o propósito de descrever de forma objectiva os acontecimentos e actividades desenvolvidas durante os estágios, bem como realizar uma análise crítica e auto reflexa face às mesmas. Na segunda parte, pretendeu descrever a implementação do programa que precede a uma súmula dos aspectos mais relevantes na abordagem do adolescente transplantado renal relativamente à gestão do regime terapêutico. Por último, enuncia as principais ideias a reter, do percurso desenvolvido de capacitação para a autonomia do adolescente transplantado renal, relativamente à gestão do regime terapêutico

A recolha e revisão bibliográfica foram feitas entre várias obras e artigos de revistas científicas da especialidade, privilegiando-se as publicações de autores especialistas na temática relacionada e as publicações mais recentes. O principal objectivo, foi constituir e organizar um conjunto de directrizes que funcionassem como eixo do estudo de capacitação para a autonomia e que fundamentassem a construção de um enquadramento teórico. Assim, a recolha e revisão bibliográfica atravessou todas as fases deste relatório, uma vez que se mostrou necessário, fundamentar as actividades concretizadas.

Confiando que este trabalho contribua para o desenvolvimento de linhas orientadoras da intervenção dos enfermeiros junto do adolescente/família, delineou os objectivos gerais:

- Desenvolver competências promotoras de cuidados especializados de EESIP;
- Construir um Programa estruturado do cuidado de enfermagem ao adolescente/família, no sentido de o capacitar para a autonomia na gestão do regime terapêutico.

1 – ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS

A prática dos cuidados de enfermagem inscreve-se num encontro entre uma pessoa que é cuidada e as pessoas que cuidam (OE, 2005). Trata-se de situar a acção num processo, aquele que designa um movimento, que se dirige ao outro para ir ao seu encontro no caminho que é o seu. Para conseguir iniciar e ajustar este movimento que leva ao outro, os profissionais são convidados a dialogar, a reflectir, a analisar, a identificar os elementos que constituem a situação de vida em que vão intervir. O processo é aquele que permite dar espaço à intuição, é aquele que permite elaborar com a pessoa que é cuidada, um projecto de cuidados, ou seja, identificar com ela um horizonte para o qual ela pretende progredir (OE, 2001). Procura-se também a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores.

O modelo conceptual para os cuidados de enfermagem adoptado pelo HSC é o de Virgínia Henderson, pelo que será o que adequará, uma vez que o programa de capacitação para a autonomia do adolescente transplantado renal, relativamente à gestão do regime terapêutico, tem o objectivo final de servir de instrumento de trabalho no local onde desenvolve funções.

O modelo teórico de Virgínia Henderson permite conceptualizar e fundamentar a prática dos cuidados de enfermagem. A compreensão de um enquadramento conceptual de enfermagem envolve conhecimentos relativos à forma como os enfermeiros se vêm a si próprios e aos cuidados de enfermagem. Ter a capacidade de integrar na prática os princípios científicos favorece a previsão das consequências do cuidado e a extensão da resposta dos clientes (MELEIS, 1991). A necessidade de uma instituição propor um modelo para a enfermagem relaciona-se com o facto de cada profissional ser um indivíduo com uma história de vida única, que influencia o seu comportamento e a sua percepção da realidade (KÉROUAC, 2002; GEORGE, 2000). Com a integração de um modelo, o profissional deve reproduzir na sua acção de cuidar o modelo preconizado pela instituição, as emanações da sua ordem/grupo profissional e ter conhecimento das suas competências para as desenvolver de forma continua.

Por outro lado, o doente que procura cuidados, enquanto cliente – consumidor de cuidados com atitude activa e participativa no seu processo de saúde, procura também uma instituição que satisfaça as suas percepções, as suas necessidades de saúde.

O modelo conceptual de Virgínia Henderson, surgiu na década de 50, a Escola do Pensamento diz respeito ao Paradigma da Integração, que por sua vez se integra na Escola das Necessidades, influenciada pela hierarquia das Necessidades Humanas Básicas de A. Maslow e pela teoria do desenvolvimento de Erickson (ALLIGOOD e TOMEY, 2004; KÉROUAC, 2002; GEORGE, 2000).

Para Henderson (1994), o cliente é a figura central dos cuidados de enfermagem e o profissional de enfermagem deve ajudá-lo a recuperar a saúde. Nas funções específicas de enfermagem para a satisfação das necessidades humanas básicas. Virgínia Henderson (1994) identifica três níveis de actuação: A enfermeira como substituta do cliente, a enfermeira com ajuda para o cliente e a enfermeira como companheira do cliente. Segundo Virgínia Henderson, o ideal seria que como companheira, a enfermeira e o cliente idealizassem juntos um plano de cuidados.

Alligood e Tomey (2004) referem que Virgínia Henderson assume como principais conceitos da sua teoria 14 componentes para o atendimento básico em enfermagem, que denomina de Necessidades Humanas Básicas. Acrescenta que necessidade é algo de que se precisa e não uma falha de qualquer coisa, sendo este conceito positivo, comum a todos os seres humanos. De acordo com a teórica, estas são constituídas pela dimensão bio-fisiológica, psicológica e cultural e variam de indivíduo para indivíduo, constituindo um todo que é o homem. Considerar uma só necessidade, é negar o todo que constitui o ser humano. Outro dos conceitos de Henderson (1994) é o binómio dependência/independência, na realização ou satisfação das 14 necessidades. Os objectivos esperados serão a curto prazo, a satisfação das necessidades que se encontram afectadas, e a médio e longo prazo, que recupere a independência na satisfação das suas necessidades, ou uma morte tranquila.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1996, p.6):

“enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente, quanto possível”.

Para Henderson (1994, p. 150) “os cuidados de enfermagem consistem principalmente em assistir o indivíduo, doente ou são, na realização dos seus actos que (...) ele faria por si mesmo se tivesse a força, a vontade ou o saber”

Por sua vez, ser enfermeiro é ser pessoa com um conjunto de saberes, conhecimentos, pensamentos, reflexões, compromissos, sentimentos e emoções, colocados em conjunto com o outro no cuidar. De acordo com o REPE (1996, p.6), o Enfermeiro:

“(...) é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”

George (2000) cita que Henderson proferiu, que a enfermeira possui conhecimentos das ciências sociais e biológicas, deve interiorizar de tal forma as necessidades sentidas e aparentes do doente, de modo a saber de forma precisa o que este necessita, tem como objectivo promover a saúde, prevenindo em vez de tratar.

Ainda recorrendo ao REPE (1996, p.6) 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 título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

O exercício profissional do EESIP, tal como o dos outros enfermeiros, insere-se num contexto de actuação multiprofissional, pelo que a regulamentação específica torna-se imprescindível para clarificar o espaço de actuação e reduzir as áreas de sobreposição interprofissional, potenciando o exercício profissional autónomo, de forma a dar visibilidade e assegurar a qualidade dos cuidados que se prestam ao cidadão.

Segundo o Regulamento n.º 123/2011, a especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, que compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos, ou, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

Atendendo ao enquadramento legal e conceptual da profissão e tendo em conta que o Modelo de Desenvolvimento Profissional conduz à especialização de todos os enfermeiros, o Sistema de Individualização das Especialidades determina que a definição das competências específicas dos Enfermeiros Especialistas assente nos domínios das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, considerando os três níveis de prevenção. Embora, já haja quem preconize quatro níveis de prevenção, tal como Nunes (2011) que explica, que prevenção primária diz respeito à protecção e promoção de

saúde, secundária para o tratamento da doença, terciária para a reabilitação e reinserção, acrescentando a quaternária para o cuidado paliativo.

Daqui resulta que as competências do EESIP decorrem do aprofundamento dos domínios: (A) Prática Profissional, Ética e Legal, (B) Prestação e (C) Gestão de (D) Cuidados e Desenvolvimento Profissional, constituindo o tronco comum a todos os enfermeiros especialistas (OE, 2009). A individualização das especialidades clínicas em enfermagem definem o alvo de intervenção, consequentemente o campo de intervenção e a sua área de intervenção originando o quinto domínio de competências específicas (E), assumindo-se que este domínio específico é o da prestação de cuidados especializada (OE, 2009).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003, p.16) define competência como, “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”. Competências e práticas competentes, conforme Benner (2005), dizem respeito aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais. Porque ter conhecimentos não significa ser competente. A competência, é entendida como a capacidade para agir de modo pertinente face uma situação específica, é a resposta adequada a uma situação concreta. Nunes (2011) refere que, quando um enfermeiro decide e age, o seu procedimento reflecte os saberes, capacidades e competências científicas, técnicas e humanas.

Se a expressão de um perfil de competências, visa comunicar aos cidadãos os padrões de cuidados que podem esperar, e disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa/família e prestados por enfermeiros especialistas (OE, 2009), interessa neste momento decompor resumidamente os conceitos envolvidos.

Das competências comuns do Enfermeiro Especialista, domínio da **Responsabilidade Ética e Legal**:

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O Decreto-Lei nº104/98, alega que os enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem. Esta comunidade científica organizou-se e criou a OE cujo

principal objectivo é regular e controlar o exercício profissional, designadamente nos seus aspectos deontológicos e disciplinares (EOE, 1998)

Os Princípios gerais do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) emitido pela OE, expressam os valores e os princípios orientadores da profissão. Segundo o Artº. 78 “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, os valores universais a observar na relação profissional, a destacar “a verdade e a justiça”, “a igualdade”, nos princípios orientadores da actividade dos enfermeiros é abordada a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício na profissão. O enfermeiro tem o dever de conhecer e cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega; defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (Artº. 79 do CDE, 2005).

Está expresso na perspectiva deontológica, um dever que se cruza com o plano ético e jurídico. No plano ético, cada um de nós é responsável por outro, pelo que está directamente ligado ao direito civil e penal, o que na prática significa que o enfermeiro enquanto cidadão está também sujeito à Constituição da República Portuguesa, Código Civil, Código Penal.

Reforçando, o REPE (1996) no seu Artº. 8 refere que “os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos “

Deste modo, o enfermeiro assume o dever de “actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma (Artº. 91, alínea a) do CDE, 2005).

Actualmente existem normas de conduta para o comportamento humano, em geral na sociedade e em particular na profissão que se exerce. Para os enfermeiros toda a acção a desenvolver devia fundamentar-se no integral respeito pelos direitos humanos, na liberdade e dignidade da pessoa humana, sem nunca discriminar em função de convicções políticas, religiosas, ideológicas, filosóficas ou de diferenças étnicas, sociais, económicas.

Tendo em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), cada pessoa é concebida como um ser social e agente intencional de comportamentos, baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:

B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

A melhoria contínua da qualidade impõe ao enfermeiro uma conduta que se liga ao desenvolvimento contínuo. Estes princípios orientadores estão expressos no Artº. 78 e 88 do CDE (2005). Os programas para a qualidade dos cuidados, têm o objectivo de angariar um conjunto de informação e indicadores de uma organização para posteriores validações e aferições. São os seus resultados estatísticos, que por vezes conduzem a adaptações ou reformulações de práticas. A OE (2001) preocupada com a possibilidade de normas uniformizadas, definiu os padrões de qualidade. A pessoa é única e a sua necessidade de cuidados também são individuais pelo que o enfermeiro deve adaptar os critérios de qualidade às necessidades concretas de cada pessoa.

Todavia, o desenvolvimento de uma cultura de qualidade na saúde, deve ser um objectivo assumido, tendo em conta a qualidade como a melhor resposta com os meios e recursos que se adequa à pessoa (CDE, 2005).

Quanto à manutenção de um ambiente terapêutico e seguro o ICN (2007) esclarece que a gestão de riscos é uma abordagem estruturada que resulta em sistemas de trabalho, práticas e premissas seguras e numa maior consciência dos profissionais relativa ao perigo e às responsabilidades. Pelo que é uma competência dos enfermeiros promover e manter um ambiente seguro nas nossas Instituições de Saúde para os clientes, profissionais e visitantes. Os profissionais de enfermagem devem fazer uma identificação, avaliação e monitorização dos riscos, adoptando medidas preventivas ou correctivas de modo a reduzi-los ou controla-los.

Competências do domínio da gestão dos cuidados:

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Estas competências referem-se à adequação dos recursos de forma a responder às necessidades da pessoa cuidada, ponderando factores de eficiência e indicadores de eficácia, de maneira que se consiga garantir a prossecução dos objectivos dos cuidados. Nunes (2006) menciona que a gestão de cuidados pode ser realizada através da adequação dos cuidados tendo em conta um plano realista com a carga em horas de cuidados e o horário de trabalho. Cabe ao enfermeiro, gerir os processos de modo a obter uma melhoria dos níveis de saúde. Através do método de distribuição de trabalho pretende-se “dar a cada um os cuidados que necessita”, pelo “enfermeiro mais capaz”, ou seja uma prestação de cuidados personalizados com execução de um plano de cuidados individualizado, de modo a tornar eficaz os cuidados prestados. E por último, através da continuidade de cuidados, que é entendida como o realizar dos cuidados que não foram executados naquele turno e o venham a ser em tempo útil, com o mínimo de prejuízo para o cliente. Nesta altura o enfermeiro deve ser capaz de estabelecer prioridades de modo a assegurar quais os cuidados necessários e os disponíveis, fazendo posteriormente um ajustamento em termos de estratégia para reduzir o défice de cuidados associada à escolha do que se faz ou não se faz.

O enfermeiro no domínio da gestão, citando Nunes (2011) pode não prestar cuidados directos às pessoas, mas gere, adequando os recursos às necessidades ou aos objectivos e cuida da equipa de enfermagem, promovendo o seu desenvolvimento de competências com a finalidade de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Competências do domínio das aprendizagens profissionais:

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

As emanações da OE (2005) é que “todo o acto profissional” seja praticado sob a busca de excelência e em simultâneo se procure continuamente o desenvolvimento de saberes e competências. Nunes (2011) explica que o caminho da competência é o

aperfeiçoamento profissional, sendo este um valor universal e um dever, de análise regular da prática e de actualização contínua.

Segundo a Texto Editores (2009), conhecimento significa domínio teórico e/ou prático de determinada área, pelo que auto-conhecimento será domínio próprio, pessoal. Assertividade é definida como um conjunto de atitudes e comportamentos que permitem ao indivíduo afirmar-se social e profissionalmente sem violar os direitos dos outros. Nunes (2011) refere que somos guiados por um mosaico pessoal que nos constitui e que integra a formação pessoal, a cultura, os valores, o nosso contacto e a nossa inserção no contexto do mundo. Cada um de nós tem e trás em si um conjunto de referências que utiliza para atribuir ou constituir sentido. Esta auto consciência, produz a necessidade de nos interrogarmos sobre o modo como vemos as coisas procurando filtrar os nossos pré-juízos no sentido de percebermos em que os baseamos ou se são infundados. Ser assertivo passa por nos interrogarmos sobre a justeza das nossas atitudes, comportamentos e decisões.

Contextualizando esta competência, o REPE no seu Artº. 9, define que os Enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da Enfermagem, em particular e da saúde em geral. E ainda que no processo de tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o Enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

As **competências específicas** do EESIP:

E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;

E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

As várias etapas necessárias à elaboração do programa de capacitação para a autonomia do adolescente transplantado renal, relativamente à gestão do regime terapêutico, permitiram a assunção das competências do EESIP. O desenvolvimento do programa só é possível com a utilização transversal de todas as competências quer sejam comuns ou específicas. Durante os estágios que realizou foi possível abordar a criança e jovem/família mobilizando cada uma das competências. Na relação interpessoal estabelecida, foram envolvidas as competências da Responsabilidade Ética

e Legal. Com a articulação e implementação do programa, foram envolvidas as competências da Melhoria Contínua da Qualidade, da Gestão dos Cuidados e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Este programa de intervenção de enfermagem permitiu assistir o adolescente e a família na maximização da sua saúde, com a finalidade de autonomizar, no sentido do autocuidado, capacitando para a independência. A implementação de “capacitar para a autonomia” impõe a abordagem de situações de especial complexidade como seja o agravamento do seu processo de saúde, o retroceder na prossecução das tarefas de desenvolvimento. Capacitar para a autonomia o adolescente transplantado renal, possibilitou ainda, prestar cuidados específicos e ajustados à fase de desenvolvimento - a adolescência.

As competências do Enfermeiro Especialista, quer comuns, quer específicas foram consideradas a base para o desenvolvimento e apresentação deste trabalho, pelo que, com a inquietação de lhes dar continuidade seguem-se os contextos reais, que consentiram a sua assunção.

1. 1 – Vinculação como Capacitação para a Autonomia

Iniciou este percurso com o estágio em Neonatologia. Programou-o em primeiro lugar, como o começo de um processo que pode ter início com o nascimento e que poderá perpetuar-se para lá da adolescência. O transplante renal é sequente à insuficiência renal crónica (IRC) e esta por sua vez, tem múltiplas causas, tal como um defeito urológico congénito. Esta alteração fisiológica, originará um processo crónico de saúde. Pelo que, capacitar e empoderar as crianças (tendo em conta a sua idade) e famílias, para que consigam vivenciar as suas experiências de saúde com qualidade de vida, sentindo-se apoiadas, informadas e orientadas, tem lugar na acção profissional do EESIP.

À semelhança do programa de capacitação para a autonomia do adolescente transplantado renal, relativamente à gestão do regime terapêutico, capacitar os pais para a vinculação é também prepará-los para a autonomia e para a parentalidade. A vinculação é um processo complexo que se desenvolve gradualmente. Observar cuidadosamente os indicadores de formação de uma ligação afectiva, implementando

estratégias de capacitação aos pais através da acção do EESIP, contribuirá para o desenvolvimento de competências que auxiliarão na execução do programa em construção.

Elegeu o Serviço de Neonatologia do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), por desenvolver a sua actividade profissional no mesmo centro hospitalar e por ter obtido dados do contexto, que determinaram ser uma oportunidade de aprender com a intervenção dos enfermeiros que aí desenvolvem a sua actividade. Este estágio decorreu entre o dia 10 a 28 de Outubro de 2011. A caracterização da instituição encontra-se em Anexo (ANEXO I), assim como a descrição do serviço.

A equipa multidisciplinar do Serviço de Neonatologia é constituída por 31 enfermeiros, 7 Neonatologistas, 9 Assistentes Operacionais, 1 Psicólogo, 1 Administrativa.

A equipa de enfermagem está dividida em 5 equipas, constituídas por 5 a 6 enfermeiros em roulement, 1 enfermeiro por equipa é EESIP, 1 enfermeiro em horário fixo que reforça o turno das manhãs, a enfermeira coordenadora e a enfermeira chefe.

O método de distribuição de trabalho respeita os princípios do método individual, ou seja, cada enfermeiro é responsável pela totalidade dos cuidados prestados aos recém-nascidos (RN)/ família que lhe são atribuídos.

Na unidade prestam-se cuidados a RN pré-termo e de termo até aos 28 dias de vida que necessitem de cuidados diferenciados, vindos do bloco de partos, serviço de obstetrícia, urgência pediátrica ou de outros hospitais.

A filosofia dos cuidados de enfermagem prestados na unidade, tem como base os pressupostos teóricos da Dorothea Orem. A teórica de enfermagem Orem (2001) é responsável pela Teoria do Autocuidado e descreve-o como a prática de actividades que o indivíduo inicia e realiza em prol de si próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar. O conceito de autocuidado engloba as actividades que o indivíduo necessita de desenvolver para manter o bem-estar. A competência para executar as actividades, depende das suas capacidades cognitivas, de percepção e de memória, assim como um conjunto de habilidades e valores que lhe permita identificar as suas necessidades e que o torna o agente do autocuidado. As acções desenvolvidas para a concretização do autocuidado, designadas, pela autora, como requisitos de autocuidado, englobam os requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. A teoria do deficit de autocuidado reporta-se às acções desenvolvidas por outro, que não o próprio, quando este não é capaz de satisfazer os requisitos de autocuidado. Neste contexto emerge a

teoria dos sistemas de enfermagem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio e educação), em que dependendo da capacidade da pessoa, o enfermeiro decide quer as acções a desenvolver, quer o agente executivo.

A taxonomia de enfermagem utilizada é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), associada ao aplicador informático de Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), disponível nos terminais informáticos locais, não existindo registos de enfermagem em papel.

Foi colocada numa das equipas que tinha EESIP, que no seu caso foi o EESIP A., que foi o seu orientador ao longo destas três semanas. Foi portanto, neste contexto físico e organizacional que desenvolveu a actividade como formando em ESSIP.

Durante este período foi possível observar que os cuidados de enfermagem são centralizados no RN e família. Considerando a complexidade das situações de saúde vividas e o inúmero material de apoio tecnológico, torna-se imperativo desenvolver competências de grande complexidade, no campo científico, humano e técnico para que se possa assegurar cuidados com elevado grau de qualidade, tendo como objectivo minimizar sequelas traumáticas e encaminhar os pais ou substitutos no sentido de atingir o máximo de autonomia, para serem os agentes de auto-cuidado do RN.

Nos primeiros dias de internamento é realizado com os pais o histórico de enfermagem, que determina as necessidades em cuidados de enfermagem.

Um dos aspectos que percepcionou dar-se grande relevância, relaciona-se com o aspecto social/familiar e económico no sentido de se viabilizar a máxima permanência junto do RN, pelo que, nesta fase, parece haver um profundo investimento ao se aferir dificuldades nas deslocações ao hospital ou apoio familiar e social aos irmãos do RN que, se houver pertinência, são encaminhados para as valências competentes.

É realizada a colheita de dados e em sequência o histórico de enfermagem dando lugar ao diagnóstico de enfermagem e ao planeamento da acção de enfermagem. A última fase inclui, em concordância com Orem (2001), execução da acção de enfermagem onde o enfermeiro pode prestar auxílio ao RN/ família no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde. A avaliação é realizada em conjunto entre o profissional e mãe/pai ou pessoa significativa.

A alta do RN vai sendo preparada ao longo do internamento, através da acção de enfermagem diária. A articulação com os cuidados de saúde primários é considerada fundamental, por isso, quando o RN tem alta envia-se informação específica entre a qual

segue informação relacionada com a vinculação e diz respeito a um documento específico chamado de “Interacção pais/ filho”.

Para melhorar a eficiência dos cuidados desenvolvidos na unidade de neonatologia foram criados grupos de trabalho. Estes grupos são responsáveis por realizarem um documento escrito sobre as boas práticas de cuidados de enfermagem, que depois de aprovado pelas entidades responsáveis, torna-se numa norma de serviço. O grupo de trabalho dá então formação, vigia a implementação da norma e actualiza os procedimentos. Existem diversos grupos de trabalho, é exemplo o de “Aleitamento Materno”, “Ajuda Mútua”, “CIPE”, “Cuidados Paliativos”, “Dor do RN”, “Observação das Competências Precoces de Alimentação Oral”, “O Banho do RN”.

A fim de reunir contributos, para o desenvolvimento de competências, que lhe permitam intervir junto do adolescente transplantado renal, capacitando-o para a autonomia relativamente à gestão do seu regime terapêutico, delineou para este estágio, o objectivo de “identificar estratégias de capacitação para a autonomia na vinculação, promovidas pelos enfermeiros especialistas aos pais/bebé”.

Segundo a CIPE (2011, p.79), vinculação é um foco ou área de atenção relevante para a enfermagem e que diz respeito à “ligação entre a criança e mãe e/ou o pai; formação de laços afectivos”.

Para Klaus e Kennell (1989), o processo de vinculação processa-se durante a fase gestacional, envolvendo uma gravidez planeada, a confirmação da gravidez e a aceitação da mesma gravidez, e a fase neonatal, na qual o recém nascido pode ser visualizado, acariciado e cuidado.

Jonh Bowlby (1969) citado por Brazelton (2000) foi um dos pioneiros relativamente ao estudo da vinculação humana. Do ponto de vista evolutivo, Bowlby (1969) distingue a fase de desenvolvimento de “orientação e sinais sem discriminação de figura” em que o bebé não sendo capaz de diferenciar uma pessoa de outra, nas primeiras semanas, orienta-se em direcção às pessoas, olhando, sorrindo e serenando quando vê uma cara; “orientação e sinais dirigidos a uma ou mais pessoas”, em que o bebé ainda se orienta de forma amigável em relação às pessoas embora de forma mais relevante em direcção à mãe; “manutenção de proximidade a uma figura discriminada através de locomoção e sinais”, nesta fase a ligação é mais forte e o bebé segue a mãe, agarrando-se a ela; “formação de uma relação recíproca”, o bebé ajusta o seu comportamento ao da mãe e em simultâneo altera o comportamento da mãe em relação a ele. Posteriormente, Bowlby

(1973) dedicou-se aos fenómenos de “ansiedade de separação” e “ansiedade em relação a estranhos”, em que uma vez que a ligação afectiva esteja fortemente estabelecida, pode acontecer entre o sexto e oitavo mês (HOCKENBERRY, WILSON, WINKELSTEIN, 2006), o bebé manifesta ansiedade através de protestos ou choro pela ausência da mãe e estranha ou demonstra medo em presença de estranhos.

Os cuidados desenvolvidos neste serviço de neonatologia, visam promover a vinculação precoce pais/filho, estimulando os pais a tocarem e conversarem com os filhos. Porque neste período, de acordo com Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006), a mãe encontra-se no período materno sensível que propicia o estabelecimento de laços afectivos com o filho. O método do canguru e o aleitamento materno também contribuem para esta vinculação. A técnica ou método do canguru, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2009), foi desenvolvida na Colômbia em 1979 e consiste em colocar o RN sobre o tórax da mãe/pai para prolongar o contacto físico, mantendo a temperatura corporal, através da pele nua.

Os pais são incentivados pelos enfermeiros a iniciarem o mais cedo possível, a participação nos cuidados de acordo com as suas capacidades e estado de saúde do bebé para que se tornem autónomos nos cuidados de higiene, conforto e alimentação.

Nos anos 60 e 70 aprendeu-se muito sobre os bebés de termo saudáveis. Segundo Jorge (2004), a noção de bebé competente relaciona-se com o facto de os bebés nascerem com capacidades perceptivas, sensíveis e activas capazes de participarem na interacção social. A maturação de respostas instintivas, complexas e equilibradas dão-se nos primeiros meses de vida. Estas respostas visam assegurar cuidados parentais para a sua sobrevivência. Biaggio (2009) baseando-se na teoria de Bowlby proposta em 1958, refere que os sistemas de comportamento que compõem a vinculação são: “Chupar, agarrar, seguir, chorar e sorrir”.

A vinculação segundo Brazelton e Greenspan (2003) é uma relação emocional única, de adaptação mútua, que se estabelece gradualmente, é instintiva mas não automática e instantânea. Biaggio (2009), Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006), Jorge (2004), corroboram que, crianças com vinculação segura, são mais afectivas, menos agressivas, mais cooperantes. Nas interacções com outras crianças tornam-se mais simpáticas e cooperantes. Neuenschwander (2002), refere que a teoria da vinculação postula que uma ligação estável e segura com os pais no que concerne a regulação dos afectos, desenvolvimento de identidade e controlo de stress, representa um recurso fidedigno. O

mesmo autor cita, que a experiência de vinculação, segura ou insegura, será marcante numa fase posterior da vida. Com opinião semelhante, Brazelton e Greenspan (2003), atestam que as crianças precisam de cuidados sensíveis e afectivos para possibilitar o desenvolvimento de capacidades de confiança, empatia e solidariedade. Acrescentam ainda, que padrões familiares que subestimam os afectos podem comprometer de forma significativa as capacidades cognitivas e emocionais. Contrariamente, interacções com bebés baseadas no apoio, carinho e afecto contribuem para o desenvolvimento do sistema nervoso central. Os bebés aprendem e activam estruturas neurológicas quando ouvem a voz humana distinguindo sons e desenvolvendo a linguagem. A interacção de gestos emocionais provoca nos bebés uma aprendizagem e uma reacção emocional. A privação ou o comprometimento das vivências necessárias pode originar défices intelectuais e sociais. Biaggio (2009, p.112) recorre aos estudos de Spitz (1949) ao referir os efeitos nefastos da privação social, especialmente de comunicação – expressão facial como o sorriso. Spitz cita o facto de “crianças institucionalizadas ficarem deitadas apaticamente nos berços, chorando e não respondendo a tentativas dos adultos que tentam atrair a sua atenção, são retardadas em desenvolvimento motor, perceptivo e intelectual, e em casos extremos, morrem”. Os enfermeiros por sua vez, compreendem as consequências da vinculação comprometida pelo que implementam estratégias necessárias para a criação de laços afectivos no período neonatal. Ao intervirem junto dos pais para a interacção com o bebé, capacitam e tornam os pais, capazes de investirem no processo de vinculação. Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006), refere que os profissionais capacitam as famílias criando oportunidades para revelarem as suas aptidões e competências e adquirirem novas, para atender às necessidades da criança. De uma forma geral, neste serviço, os cuidados básicos são programados com os pais. É desta forma que se intervém e se supervisiona a autonomia dos pais até ao momento da alta, informando e instruindo. De uma maneira prática, todo o processo de aprendizagem passa por uma fase de demonstração, seguindo-se a fase de experimentação e treino e por último a fase de supervisão e autonomia.

A capacitação para vinculação é permanente. A família é alvo dos cuidados, pois sendo parte integrante e fundamental na vida do RN, ao promover-se esta relação contribui-se para o desenvolvimento do mesmo e consequentemente para o equilíbrio familiar.

O acolhimento aos pais é realizado pelo enfermeiro que recebe o RN, que se apresenta, explica como está o bebé e o equipamento que o rodeia, informa de forma resumida das

normas do serviço, direitos e deveres, entregando cartões de acompanhante e o guia de acolhimento da unidade. Se o bebê vem do bloco, principalmente se nasceu de cesariana, ou se vem de outro hospital em que a mãe ainda fica internada, é entregue ao pai uma fotografia do bebê para levar à mãe. Pergunta-se o nome do bebê que se escreve num cartão e se coloca na unidade do RN. Os pais, podem permanecer na unidade o tempo que desejarem e podem telefonar a qualquer hora do dia, ou da noite para saberem informações. É ainda importante mostrar disponibilidade para esclarecer dúvidas, receios, angústias ou medos. As actividades desenvolvidas por estes enfermeiros têm subjacente a promoção da vinculação e o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Nos momentos seguintes, o enfermeiro instrui para posturas adequadas à vinculação, demonstra agarrando a mão dos pais para que estes percecionem o movimento e a força com a qual se massaja o abdómen do bebê ou se procede ao toque de contenção. O reforço positivo aos pais é uma das estratégias utilizadas, pois persuade das suas recentes capacidades parentais.

Teve oportunidade de observar uma mãe dizer “não estar preparada”, pelo que o enfermeiro valorizando o seu estadio de aprendizagem, apenas a solicitou para ficar perto do bebê. - Precisa de mais tempo – disse, a título de confiança.

“Maternage” traduz o pensamento de enfermagem, quanto à utilização do afecto e das emoções, para promover e ser um estímulo a um desenvolvimento saudável a várias dimensões. Mimo, colinho, conversa, aconchego, integram a lista de cuidados prestados a estes bebês, sendo mais evidentes em bebês cujo vínculo pais/filho não está estabelecido, como sejam as situações de doação para adopção.

O recém-nascido, segundo Yang (2004) possui competências perceptivas, sensoriais e motoras para comunicar e interagir com o adulto. No bebê prematuro, estas podem estar ausentes, são imaturas, pouco consistentes e estruturadas. É através do olhar que se processam grande parte das primeiras trocas interactivas entre os pais e o RN. O RN de termo, ainda tem uma visão imatura, pois apresenta fotofobia a luzes intensas, todavia é capaz de ver, seguir e fixar. No RN prematuro, só após 30 a 34 semanas há uma resposta visual consistente, com reflexos pupilares à luz e períodos breves de fixação do olhar a estímulos, mas que provocam fadiga.

O estágio de consciência de “alerta calmo” segundo Brazelton (2000), é aquele em que o bebê está mais disponível para interagir. Antes das 34 semanas, a comunicação com o

bebé prematuro é difícil. O toque é o principal meio de comunicação entre os pais e o bebé. O contacto é benéfico para os bebés favorecendo o padrão do sono, oxigenação e regulação da temperatura corporal e para os pais favorece o sucesso na amamentação, reduz o stress fisiológico e psicológico e contribui para maior segurança nos cuidados prestados aos filhos.

Os pais são estimulados a visitarem os bebés e a permanecerem junto deste, de acordo com as suas capacidades e disponibilidade, são ajudados a identificarem qual o melhor momento para interagirem com o seu bebé, respeitando períodos de sono, são incentivados a tocarem no bebé, a pegarem ao colo envolvendo-o, a embalá-lo, a acalmá-lo, através da contenção e da sucção não nutritiva.

Simultaneamente, desenvolve-se uma relação de interajuda e torna-se importante escutar os pais, esclarecer dúvidas, promover a expressão de sentimentos e preocupações.

Os enfermeiros registam as visitas dos pais, a sua duração, qualidade da interacção e os cuidados prestados.

A acção de enfermagem é desenvolvida num ambiente sereno, por grande parte de enfermeiros generalistas. Apesar de ter a pretensão de acompanhar a acção do EESIP quando traçou o objectivo, acompanhou também a actividade profissional de enfermeiros generalistas e percepcionou por vezes a ausência de intencionalidade, embora o respeito pelo preconizado, pela norma da unidade estivesse patente. Todavia, o orientador deste ensino clínico, munido de intencionalidade, evocando a filosofia dos cuidados pediátricos, demonstrou com rigor justificado, cada acção desenvolvida, realçando a importância do investimento quotidiano para uma vinculação bem sucedida.

Como segundo objectivo, definiu “avaliar o impacto do diagnóstico de uma condição crónica na vinculação pais/bebé”.

Os motivos de internamento mais frequentes da UCIN são: prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória, asfixia neonatal, convulsões, síndrome de aspiração meconial, sépsis, malformações congénitas, síndrome de abstinência, cardiopatias, hipoglicémia, hiperbilirrubinémia, atraso de crescimento intra-uterino, etc.

Os pais de bebés internados na UCIN segundo Klaus e Kennell (1989), experimentam sentimentos de choque, perda, angustia, incompetência, desilusão, culpa, tristeza, frustração, incapacidade, incerteza.

O ambiente da UCIN, conforme Brazelton (2000), constitui uma barreira para o desenvolvimento de interações pais/bebé pela presença de equipamento e tecnologia necessária à recuperação do bebé.

Em reunião com o EESIP orientador, procurou saber através da sua experiência em neonatologia, qual a sua percepção, relativamente ao impacto do diagnóstico de uma situação crónica de saúde na vinculação. Segundo o entrevistado, a globalidade das situações mesmo após a alta passam por um período de vigilância especializada até atingirem o padrão de crescimento e de desenvolvimento normalizado. Pelo que, uma situação crónica está quase sempre patente. Com o nascimento do filho, a vida dos pais muda de forma relevante e essa mudança pode adquirir significado diferente, quando o filho apresenta uma alteração de saúde. Torna-se numa circunstância, que se vive de forma complexa para a família, uma vez que exige uma nova adaptação psicológica, pois há uma série de novas exigências com as quais os pais terão que lidar. Pois a doença crónica na infância poderá ter implicações tanto para o desenvolvimento da criança como para toda a família. Em sequência, o EESIP acrescentou que já testemunhou situações ambíguas, em que a família não está preparada para a gravidade do diagnóstico e fica distanciada, apática pelo choque, precisando de tempo para reflectir. Em consonância, Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006) afirmam que, quando um RN está doente, a separação física necessária parece ser acompanhada por um afastamento emocional pelos pais, que pode prejudicar seriamente a capacidade de assumir os seus papéis parentais. Acrescentam ainda, existirem evidências, indicando que a separação emocional que acompanha a separação física entre mães e o RN pode interferir no processo de criação de laços familiares. Estas famílias têm que enfrentar várias crises e sentimentos arrebatadores de responsabilidade e desamparo. Contudo, conheci neste serviço, um pai de um RN com cardiopatia complexa congénita e de prognóstico reservado, que ao se inteirar de que o filho corria risco de vida, aumentou o tempo de permanência junto do filho, justificando que este poderia ter uma vida curta. Estabeleceu estratégias para permanecer junto deste, embora tivesse outros filhos em casa com a esposa. Durante o tempo de interacção com o RN, fazia fotografias e filmes de vídeo que enviava diariamente por mail à restante família.

Quando se deparou com um bebé com o diagnóstico de atraso de crescimento intra-uterino, RN com 35 semanas de gestação, aplicou o guião de observação de vinculação em anexo (ANEXO II). Preencheu parcialmente o guião de observação. Tendo em conta

que a vinculação é um processo, foi sem surpresa que constatou que o guião não foi preenchido na totalidade, pois a relação observada não envolvia o total dos indicadores. Sentiu contudo, alguma urgência em voltar a aplicar o mesmo guião para observar a evolução ou não da vinculação. Pesa embora, a observação dos indicadores em falta sirvam, como base de planeamento de intervenções com o objectivo de orientar para a vinculação efectiva.

Numa fase posterior à alta da mãe (serviço de obstetrícia), constatou que as visitas eram escassas e curtas e a hora de chegada não correspondia ao agendado. Assistiu por isso, a um reforço das estratégias para melhoria da atitude parental. O enfermeiro assumiu uma atitude de verdadeiro interesse ao abordar os pais perguntando o motivo do atraso e informando da importância das suas presenças para interagirem com o bebé. O motivo do atraso tinha a ver, com o facto dos pais fazerem questão de se apoiarem um ao outro e não prescindirem de ir juntos visitar o filho. O pai trabalhava e com frequência ficava retido no trabalho. Ambos demonstraram interesse em obterem informações acerca do bebé. O EESIP abordou aspectos do comportamento, das capacidades e do estado de saúde do bebé, bem como as suas reacções. Informou ser o bebé um ser activo, que consegue estabelecer relação e comunicar as suas necessidades através de comportamentos de stress e de estabilidade. Os pais, através da relação que estabelecem com o bebé, aprendem a compreender e interpretar os seus sinais, adequando assim os cuidados de acordo com o que o bebé lhes comunica. Foram valorizados aspectos do comportamento do bebé, capacidades adquiridas e evolução do seu estado de saúde.

Os pais demonstraram interesse pela informação facultada e apresentaram-se motivados para logo de seguida interagirem com o bebé. Apenas verbalizaram que quando o bebé tivesse alta da UCIN estariam mais juntos. Em sua opinião, estes pais tencionam compensar o bebé em casa, sem talvez a exposição a que estão sujeitos ou sem terem real consciência da importância da fase imediata ao nascimento para o iniciar da vinculação. De seguida, foi proporcionado ambiente calmo para a interacção, diminuiu-se a intensidade da luz e ruído, baixou-se a incubadora ao nível dos olhos dos pais e com intencionalidade afastamo-nos para facultar privacidade.

Como terceiro objectivo, definiu “Observar indicadores de formação de vinculação entre o bebé/pais aplicando guião de observação”.

Para a concretização deste objectivo teve em consideração a pesquisa bibliográfica já realizada. Com o intuito de aplicar o guião de observação de vinculação, optou por seleccionar bebés com idade gestacional superior a 35 semanas para desde logo excluir a imaturidade sensorial associada à imaturidade. Optou ainda por incluir 3 bebés recém chegados ao serviço em que eu pode presenciar a primeira visita da mãe. De forma discreta foi preenchendo o guião de observação, sinalizando os indicadores que lhe foram possíveis observar. Voltou a aplicar o mesmo guião uma semana depois ao mesmo bebé/mãe. O intervalo de tempo estabelecido foi intencional para que pudesse perceber a evolução da vinculação Este procedimento, permitiu-lhe constatar que a vinculação, tal como alguns dos autores estudados é um processo que se vai construindo entre o bebé e a sua mãe/pai, que começa por sorrir-lhe e tocar-lhe, para ir progredindo, embalando-o e conversando baixinho de forma mais segura e decidida. Confirmando, Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006) referem que, o vínculo materno é um processo cumulativo, é simultaneamente um processo complexo, que se desenvolve gradualmente e é influenciado por muitos factores, entre eles o tipo de contacto inicial. Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006) evocam Goulet et al (1998) que por sua vez descreveram atributos na ligação de pais e filhos como a proximidade, a reciprocidade e o comprometimento. Dentro destes atributos existem dimensões maiores, que incluem contacto, estado emocional, individualização, complementaridade, sensibilidade, equilíbrio e o papel de exploração dos pais. As pesquisas revelam que o processo de ligação entre pais e filhos como um dos mais complexos e não pode ser avaliado por simples observações de atitudes e comportamentos dos pais em relação com os seus filhos. No entanto, os enfermeiros podem usar estas informações para orientar os pais na interacção com os filhos.

Muitas acções contribuem para esse processo, como seja a atitude dos profissionais ao abordarem os seus filhos, ao programarem os próximos cuidados a implementar aos seus filhos, as estratégias permanentes de informação, treino e supervisão dos cuidados facultados pelas mães (ex: desinfectão dos olhos, com recurso a uma compressa e com movimentos do canto interno para o externo).

De forma semelhante, poder-se-á desenvolver estratégias dirigidas ao adolescente e família, capacitando-o para a autonomia. Este estágio contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das suas competências. As estratégias adoptadas pelos profissionais neste serviço, à imagem de Machado (2009, p. 58) que alega “as

intervenções de enfermagem são fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar”, favoreceram a compilação de contributos para incrementar um plano estruturado para a abordagem do adolescente e sua família e à luz de Viginia Henderson, promover a saúde, prevenindo em vez de tratar (GEORGE, 2000).

Apesar de neste serviço, os cuidados de enfermagem serem inspirados no modelo de Orem, este aspecto contribuiu significativamente para reflectir no seu papel, pois em consonância com George (2000), por diferentes que sejam os modelos conceptuais de enfermagem, todos têm em comum o facto de serem centrados na pessoa como sujeito de cuidados, na acção do enfermeiro e ainda na relação entre este e a pessoa. Com o exposto e pelos aspectos envolvidos num serviço de neonatologia, considera ter adquirido a competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” e mais concretamente a Unidade de competência - E3.2. “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém nascido doente ou com necessidades especiais” (OE, 2009).

Como já referido anteriormente, o Serviço de Neonatologia tem grupos de trabalho que desenvolvem actividades complementares em contexto laboral. “Ajuda mútua” com base na teoria da esperança é um dos programas a decorrerem no serviço, com forte adesão dos pais que colaboram na sua consecução. Durante o estágio, foi interessante participar numa das reuniões promovidas. Por condicionamento de espaço remeto para anexo onde pode ser consultado [\(ANEXO I\)](#).

1. 2 - Significações Pessoais de Saúde e Doença do Adolescente /Família Transplantado Renal

Em sequência, foi programado o estágio no Serviço de Nefrologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria (HSM). Elegeu este serviço pelo facto de contemplar adolescentes transplantados renais, e possibilitar a comparação entre dois serviços, de diferentes instituições, que desenvolvem actividade semelhante. Iniciou este estágio com a expectativa de ter uma visão do adolescente internado e de esta experiência, contribuir para o conhecimento do percurso do adolescente transplantado renal.

Este ensino clínico, decorreu entre o dia 31 de Outubro a 25 de Novembro de 2011.

A caracterização da instituição encontra-se em anexo (ANEXO III), assim como a descrição do serviço.

A equipa multidisciplinar do Serviço de Nefrologia Pediátrica é constituída por 16 enfermeiros, três em horário fixo e os restantes em horário de roullleman, 5 nefrologistas pediátricos, 10 assistentes operacionais, 1 educadora de infância e 1 administrativo. Apenas uma das enfermeiras é especialista em reabilitação.

O método de trabalho adoptado, diz respeito ao método de distribuição individual.

A Enfermeira Chefe atribuiu-lhe um orientador se estágio, sendo este um enfermeiro perito. Foi portanto, neste contexto físico e organizacional que desenvolveu a sua actividade como formando em ESSIP.

Durante este período, foi-lhe possível observar, que os cuidados de enfermagem são centralizados na criança/adolescente e família, embora não esteja fundamentado em documento escrito, é perceptível nas acções e atitudes dos profissionais. Após o acolhimento, é realizada a colheita de dados, através de formulário protocolado pelo serviço, que é depois integrado no processo físico da criança/adolescente. Este formulário para a colheita de dados, resultou de um trabalho realizado por enfermeiros do serviço, tendo sido posteriormente adoptado. Quando inquiri acerca do referencial teórico de base, não consegui apurar a sua identificação. Todavia, existe a possibilidade do grupo de trabalho ter-se apoiado em Virginia Henderson, pois em meu entender, descubro o seu carisma nesta abordagem. O formulário começa pela identificação, segue-se os antecedentes pessoais, dados específicos da insuficiência renal, o tipo de acesso para tratamento de substituição da função renal, respiração/circulação, alimentação, eliminação, higiene e conforto, actividade e exercício, cognitivo-perceptivo, sono e repouso e religião. Ao longo do preenchimento, o enfermeiro vai tomando notas relacionadas com a adesão ao regime terapêutico. Foi interessante, constatar a preocupação cuidada quando se pergunta “e tu gostas da sopa sem sal?”, “sabes porque não podes beber a água toda que desejas?” e logo após ter obtido a resposta da criança, faz-se a extensão aos pais, perguntando se compreendem as razões ou se há alguma dúvida a esclarecer. A acção de enfermagem é desenvolvida através das fases do processo de enfermagem preconizado pelo REPE (1996) que inclui a utilização de metodologia científica, que engloba, a identificação dos problemas de saúde, a recolha e apreciação de dados, a formulação do diagnóstico de enfermagem, a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem, a execução e a

avaliação dos cuidados de enfermagem. Com este ensino clínico, constatou o quanto é transversal o programa de intervenção que pretende estruturar. Ele encontra-se patente, na intervenção de enfermagem que desenvolvemos no quotidiano.

Quanto à preparação para a alta, em seu entender, não é preparada de forma contínua. Os enfermeiros que teve oportunidade de observar, pareceram-lhe algo demitidos e passivos ou submissos à decisão médica. O enfermeiro responsável pela criança/adolescente no momento da alta, fala então, nos aspectos relevantes a ter em conta. Dá como exemplo um caso concreto, em que uma criança com 5 meses de idade foi submetida a um internamento de 3 dias por pielonefrite e para administração de terapêutica endovenosa. Na informação da admissão do serviço de urgência, constava a informação de que a criança era alimentada com leite de vaca para conforto da família (por ser mais fácil de preparar). Este aspecto, apenas foi abordado no momento da alta, aconselhando a mãe a adoptar uma dieta adaptada à idade de crescimento. A mãe manifestou constrangimento, por não ter sido informada dos perigos associados à ingestão de leite não adaptado. Esse momento, revelou-se uma oportunidade de grande aprendizagem pessoal, não pela forma de abordagem, mas pelo momento escolhido não ter sido de todo o adequado pois não proporcionou oportunidade de informação adjuvante ou ajuste à informação fornecida. No entanto, todo o internamento que visa a aprendizagem e treino de uma técnica é implementado de forma criteriosa e pormenorizada.

Com o propósito de conhecer o adolescente quanto às suas significações, propôs para este estágio, “avaliar as significações pessoais do adolescente/família sobre saúde e bem-estar”.

O sociólogo Antonovsky (1987), estudou os factores que promovem a saúde das pessoas e os processos de confronto com as adversidades. Reconheceu que as ciências médicas têm como principal objectivo explicar a razão da doença. Em oposição, este investigador propõe saber a razão pela qual as pessoas se mantêm saudáveis. Defende ainda, que a chave das ciências da saúde consiste no estudo dos factores que determinam o estado de tensão. Entende-se por estado de tensão o confronto com um stressor e o controlo pessoal desse stressor. Antonovsky (1987), remete-nos para o conceito de coerência que desempenha um papel causal no estado de saúde

aumentando a resistência à doença. O sentimento de coerência caracteriza-se por a pessoa possuir um sentimento de confiança geral e estável, dinâmico, relativo à sua vida. Reis (2005), refere que o sentimento de que a vida tem sentido ou coerência e, simultaneamente, a percepção de controlo sobre muitos aspectos da vida, tem implicações evidentes no estado de saúde. As significações pessoais são parte integrante do estado de saúde e podem ser definidas como actividades cognitivas que servem para explicar a realidade e têm o objectivo de dar significado à experiência, ao vivido. Segundo o mesmo autor, as significações pessoais envolvem os sistemas e processos da dimensão psicológica, como sejam o comportamento, o pensamento, a emoção, a atenção e a memória e os sistemas corporais, como o endócrino, o imunitário e o nervoso. Os sistemas trocam informação entre si convertendo as significações em realidades bioquímicas e fisiológicas. De acordo com Reis (2005), o processo de interpretar ou de dar uma explicação pessoal ao estado de saúde é um processo autónomo. Traduz-se numa avaliação subjectiva sobre os sintomas, sobre as causas e as evoluções de uma determinada doença, na reflexão da implementação e mudança de estilo de vida ou na decisão de adesão às recomendações feitas pelo profissional de saúde.

Dias et al (2011), ao realizarem uma revisão da literatura, reforçam que vários estudos acerca de adesão à terapêutica, têm demonstrado a influência das crenças e das percepções do indivíduo sobre a toma de medicação, sendo que é frequente a suspensão da medicação por a considerarem ineficaz ou não tolerarem os efeitos secundários. Reis (2005) acrescenta que, compreender as significações ou as interpretações que as pessoas fazem dos processos de saúde e doença, facilita a compreensão da forma de como a pessoa reage, quer do ponto de vista comportamental ou emocional. Assim, as significações pessoais constituem um ponto de partida para qualquer acção terapêutica. Reis (2005), afirma que no âmbito da perspectiva holística, visa-se que a pessoa participe no seu processo de prevenção da doença ou de cura, que se torne responsável pelos seus comportamentos e atitudes, que escolha e assuma as suas opções, através de melhor conhecimento sobre si própria, dos factores de risco das doenças e dos comportamentos e atitudes que promovem a saúde. O profissional é um facilitador do processo clínico ou preventivo, ajudando o paciente na tomada de decisão e informando-o sobre os factores de risco de determinada doença. Reforçando, é de grande importância ter conhecimentos sobre os hábitos sociais e as práticas religiosas

de modo a valorizar os perigos (Henderson, 1994), conhecer as motivações do cliente e a sua interpretação e construir com ele uma estratégia de adesão ao seu regime terapêutico.

A avaliação das significações pessoais sobre a saúde e doença que se propôs realizar, justifica-se pela importância atribuída à compreensão da reacção da pessoa à doença quer do ponto de vista emocional quer do ponto de vista comportamental.

Reis (2005, p.39), afirma que “a nível individual são as significações que ajudam a perceber as reacções emocionais e os processos de confronto utilizados para fazer face à doença”. O mesmo autor reforça a ideia, lembrando que em qualquer intervenção de educação para a saúde que se pretenda mudança de comportamento e atitude, deverá ter-se em conta as significações pessoais. Porque, se determinada pessoa atribui a causa de uma doença a factores externos como alterações climáticas, humidade, vírus, não compreenderá o facto de se evocarem factores internos ou pessoais como a causa para a mesma doença. No que se refere à capacitação para a autonomia do adolescente transplantado renal face à gestão do regime terapêutico, compreender o adolescente avaliar e discutir com ele as suas expectativas, preocupações, crenças, experiências e efeitos dos medicamentos, poderá potenciar e otimizar o autocontrolo e a adesão ao regime terapêutico. Por outro lado, o PNS 2004-2010 preconiza “a melhoria no acesso dos doentes crónicos, quer à informação que habilite a um melhor autocontrolo, quer a materiais que viabilizem a autovigilância da doença, capacitando os doentes para as decisões e, simultaneamente, aumentando o seu grau de responsabilidade, individual e social, sobre a evolução da doença” (p. 57).

De acordo com Padilha (2010) é fundamental conhecer a percepção que os doentes têm da doença, das suas implicações no seu quotidiano social, profissional, familiar e económico. Klein e Gonçalves (2005), atestam que a adesão pode ser perspectivada como um comportamento relacionado com a saúde/doença. Deve-se por isso, compreender os factores que levam as pessoas a aderir ou não às recomendações do regime terapêutico. A não adesão é o conceito tradicionalmente empregue para designar a falha em seguir o regime instituído.

Considerando as implicações favoráveis da avaliação das significações pessoais, durante este ensino clínico, seleccionou três adolescentes para aplicar guião de entrevista das significações pessoais sobre a saúde e doença.

A realização das entrevistas exigiu preparação prévia, através de leitura dos princípios orientadores da entrevista centrada no entrevistado, de forma a adoptar uma linguagem cuidada verbal e não verbal, requerida a um entrevistador. Com excepção da entrevista realizada ao adolescente em regime ambulatorio/hospital de dia, que foi iniciada e finalizada no mesmo dia, os restantes dois adolescentes foram entrevistados em momentos vários e em diferentes dias. Embora tenha usado o guião de entrevista como base de orientação da entrevista, optou por não exhibir o mesmo guião, como estratégia para diminuir a inibição do adolescente. Memorizou as questões que foi enunciando.

Os três adolescentes tinham 16 anos, um do sexo feminino e dois do sexo masculino. Um era de raça negra e dois caucasianos. Dois dos adolescentes eram transplantados renais e um tinha insuficiência renal crónica em programa de diálise peritoneal automatizada.

Um dos jovens transplantados estava em consulta de hospital de dia, outro em situação de internamento por pielonefrite e o último dos adolescentes, em internamento para ensino da técnica de diálise peritoneal automatizada. Durante as reuniões que foi desenvolvendo com os três adolescentes, recorreu ao guião de entrevista das significações pessoais sobre a saúde e doença que se encontra em anexo (ANEXO IV). Este procedimento, permitiu-lhe concluir que embora houvesse diferenças na verbalização dos seus sentimentos, nas suas reacções, nas suas opiniões, todos os adolescentes se referiram à saúde (o que é para si a saúde?), ao acontecimento actual (o que pensa que lhe está a acontecer?) e à causa de doença (o que pensa que lhe provocou a sua doença?) como disfunção de órgão (rim).

Os mesmos entrevistados, expressaram que têm um papel importante no seu estado de saúde, que o cumprimento dos seus regimes terapêuticos mantém a qualidade de vida, sendo as suas participações importantes, nos seus processos de saúde e para terem uma saúde melhor. Todos concordam que o cumprimento dos seus regimes terapêuticos terá um efeito positivo no controlo da doença.

As suas motivações, denotaram diferenças. Para os dois adolescentes caucasianos, quando inquiridos acerca do que pensam fazer para ter uma vida melhor, responderam que tencionam conservar o enxerto renal através do cumprimento do regime terapêutico

para manterem uma vida escolar mais estável, pois só esta condição, de se manterem transplantados é que lhes permite terem vidas com maior autonomia. Em relação ao adolescente de raça negra, a justificação prendia-se em voltar para a sua terra natal, onde estava a sua família, por isso, iria convencer a mãe a doar-lhe um rim, para ser transplantado com brevidade e voltar para a sua terra natal.

Interessante foi assistir à recordação de um dos adolescentes transplantados, de já ter experimentado um período de não-adesão, acrescentando que tinha corrido riscos graves, tendo percebido, que a sua condição de bem-estar actual, só permanece se cumprir o seu regime terapêutico. Na altura encontrava-se triste e desinteressado. Em harmonia, Henderson (1994), evoca que os indivíduos obterão saúde se possuírem a força, a vontade e os conhecimentos necessários.

Reis (2005), afirma que no âmbito da perspectiva holística, visa-se que a pessoa participe no seu processo de prevenção da doença ou de cura, que se torne responsável pelos seus comportamentos e atitudes, que escolha e assuma as suas opções, através de melhor conhecimento sobre si própria, dos factores de risco das doenças e dos comportamentos e atitudes que promovem a saúde. O profissional é um facilitador do processo clínico ou preventivo, ajudando o paciente na tomada de decisão e informando-o sobre os factores de risco de determinada doença.

O profissional interage com o paciente para facilitar o recurso a metodologias de resolução de problemas e de tomada de decisão, e a procura de formas autónomas e flexíveis de integrar e adaptar as soluções mais eficazes nas suas condições específicas de vida, objectivos, valores e representações.

A Análise das significações permitem ao profissional estruturar a informação inerentes à própria doença, ao esclarecimento de dúvidas e receios, eventuais complicações ou consequências, percursos e protocolos usuais, de forma dirigida e individualizada. Relativo ao adolescente/família, que tenciona apressar o transplante, através de dador vivo, foi informado dos aspectos legais e protocolados à luz do que se pratica na UTR do HSC, que fomenta esta consulta específica, de transplante renal de dador vivo, que por sua vez, tem tido uma procura crescente, com resultados positivos relevantes.

Para capacitar para a autonomia, o adolescente transplantado renal, torna-se indispensável avaliar as suas significações para poder delinear um plano ajustado e personalizado de maneira a trabalhar com antecipação nos défices de informação inerentes à doença, à saúde e ao regime terapêutico. Esta análise também pode servir

de base para orientação da família na supervisão e orientação do adolescente. Pelo apresentado, considera ter gerado a assunção da competência específica do EESIP “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”.

O Serviço de Nefrologia Pediátrica tem um recurso patrocinado pela Fundação Gil que diz respeito à Unidade Móvel de Visitação Domiciliária (UMAD). A visitação domiciliária tem o objectivo de dar continuidade aos cuidados iniciados no hospital e diminuir o número de ídas ao hospital da criança e família melhorando a sua qualidade de vida. Por ter considerado pertinente essa experiência, decidiu transpô-la para este relatório, no entanto por limitação de páginas, a sua apresentação faz-se através de anexo, junto à caracterização do serviço responsável ([ANEXO III](#)).

Troca de Experiência

Durante este ensino clínico, foi transplantado no HSC um adolescente do Serviço de Nefrologia Pediátrica do HSM. Esta situação despertou alguma curiosidade pela actividade de enfermagem do HSC. A pedido da orientadora, preparou uma apresentação que denunciou a sua acção profissional, na consulta de transplante renal do HSC.

A sessão decorreu na sala de trabalho do serviço.

Era a sala mais próxima dos utentes internados, com condições físicas para esta apresentação no serviço. O meio auxiliar pedagógico utilizado foi o computador disponível na mesma sala, com apresentação de um power point. Estiveram presentes os enfermeiros escalados para o turno da manhã e para o turno da tarde num total de 8 enfermeiros.

Durante a preparação da sessão teve em consideração que o grupo que iria assistir seria profissionais de saúde, todos com prática em transplante renal. A informação reunida foi preparada de forma cuidadosa para não se tornar maçadora ou pouco estimulante. Abordou os aspectos mais significativos discutidos na consulta de enfermagem, por si promovida, e cuja informação pode ser abordada num estadio precoce como seja o internamento.

Aproveitou a oportunidade de usar dados epidemiológicos que havia pesquisado para o seu projecto de intervenção e ainda alguns aspectos relacionados com o acolhimento na unidade de transplantação renal do HSC, as complicações mais frequentes de um transplante renal, promoção do autocuidado responsabilizando o adolescente/família pela vigilância do seu estado de saúde.

Sentiu que contribui para o esclarecimento de algumas dúvidas, que foram colocadas durante a sessão. Houve oportunidade de expor a sua experiência e transmitir o papel relevante dos enfermeiros na equipa multidisciplinar, reconhecido pelos diferentes profissionais e pelos utentes da UTR. Concretamente, dispõe de alargada autonomia para desenvolver estratégias para melhoria da adesão ao regime terapêutico. A relação terapêutica que se estabelece, leva-nos a contactar o utente que não compareceu à consulta, por genuína preocupação e a assegurar se tem terapêutica necessária até à próxima data de consulta.

Esta, foi para si uma possibilidade de transmitir a sua experiência que emerge do trabalho quotidiano desenvolvido por uma equipa de enfermagem que detém uma acção dinâmica e activa junto dos seus clientes. A apresentação efectuada, pode ser consultado em anexo [\(ANEXO V\)](#).

1. 3 – Aprendizagem e Técnicas de Reforço

Aprendizagem e técnicas de reforço, foi a temática programada para desenvolver durante o estágio em Cuidados de Saúde Primários (CSP), para posteriormente, com a implementação do programa de capacitação para a autonomia, a acção de enfermagem ser incrementada com intencionalidade e estratégias adequadas.

Por questões de organização deste relatório, trocou a ordem deste estágio com o próximo. Apenas pela sequência, que agora entendo ser mais lógica, precedendo as competências comunicacionais.

Para a realização do estágio de CSP, foi programado o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Oeiras – Unidade de Saúde Familiar Delta (USF Delta).

A escolha da instituição deveu-se ao facto de ser uma unidade recente e fazer parte da sua área do CHLO.

Conjecturava presenciar, neste estágio, a abordagem do adolescente na comunidade e as estratégias implementadas pelos enfermeiros, para a gestão do seu regime terapêutico.

Este estágio, decorreu entre o dia 2 e 20 de Novembro de 2012.

A caracterização da instituição encontra-se em anexo (ANEXO VI), assim como a descrição do serviço.

A USF Delta, conta com 6 enfermeiros e oito médicos de família, cada um com cerca de 1.850 utentes a seu cargo. A cada médico está associada uma enfermeira e juntos cuidam das famílias que lhes estão atribuídas. Cada enfermeiro em associação com o médico tem dias e horário de atendimento específico para cada uma das valências.

Como instrumento de trabalho é utilizado o programa informático SAPE estando inerente a linguagem CIPE. O serviço está plenamente informatizado através de um aplicador informático que se apelida de Medsoft.

Utiliza-se ainda o Sinus, que é o programa preconizado pelo Ministério da Saúde para registo electrónico de vacinas. Em simultâneo, procede-se ao registo manual da respectiva vacina no boletim individual e ainda fica sinalizada a próxima vacina a lápis de carvão como estratégia de orientação da família com o objectivo de melhorar a adesão.

A orientadora que acompanhou ao longo das três semanas programadas é EESIP pelo que é responsável pelo Programa de Vigilância de Saúde Infantil dos zero aos dois anos de idade, integra o Núcleo da Criança em Risco sinalizando e acompanhando a criança de risco nos primeiros dois anos de vida, realiza a visita domiciliária aos RN agendados, acumula ainda algumas actividades de gestão, na área da saúde infantil, tais como requisição de material e terapêutica, gestão de stock de vacinas, vigilância de consultas preconizadas pelo Programa-tipo de actuação 12 de Saúde Infantil e Juvenil, nos primeiros 2 anos de vida, movimento estatístico de vacinas. Sempre que se proporcionou, acompanhou a EESIP, em algumas das suas actividades de gestão, tendo sido uma ocasião de aprendizagem adjuvante.

Os RN acompanhados nesta USF, são bebés cujas mães foram acompanhadas na mesma USF durante a gestação, o que permite um conhecimento mais profundo e de proximidade com estas famílias. Há também RN que iniciam o contacto com a USF após o nascimento, procurando cuidados na comunidade por indicação da maternidade, como por exemplo, a indicação que recebem para a necessidade de realizarem o rastreio de doenças metabólicas até ao 6º dia de vida. São muito frequentemente as famílias, as

responsáveis pelo primeiro contacto com a USF, no sentido de procurarem localmente suporte. Assim, antecipam-se ao contacto da instituição (Notícias de Nascimento), que é recepcionado posteriormente.

Não há memória de RN alienados de cuidados. Ora são utentes da USF Delta, ora optam pelo apoio privado. Quando contactados evocam com precisão, as instituições ou os pediatras que lhes prestam assistência.

As estatísticas da USF Delta de adesão ao Plano Nacional de Vacinação (PNV) de 2011 são elevadas, 98%. Todavia, existe ainda espaço (2%) para implementação de estratégias com vista à melhoria de adesão tal como o preconizado pelo ICN (2009), pertencendo aos enfermeiros planear com as pessoas e famílias estratégias para melhorar a adesão.

As crianças que recorrem à consulta de enfermagem de Saúde Infantil na USF Delta têm habitualmente a sua consulta previamente agendada. O RN/criança e família é acolhido pela EESIP, que por sua vez, faz o levantamento de necessidades desde a última visita. Procede à avaliação de desenvolvimento e Sinais de Alarme com base no teste de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan. Realiza a avaliação dos parâmetros antropométricos preconizados e procede aos registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, assim como no processo de enfermagem. Integra as indicações do PNV e as Orientações inerentes aos Cuidados Antecipatórios. Durante a consulta de enfermagem realiza-se a avaliação inicial e respectivo histórico sucedendo os focos de atenção e a respectiva intervenção de enfermagem, integrando o modelo de sete eixos da CIPE (CIPE, 2010).

Em termos práticos, são discutidas questões relacionadas com o papel parental no que diz respeito a estilos de vida e comportamentos saudáveis como cuidados a ter com o RN de famílias com hábitos tabágicos, condições de segurança para o transporte da criança, tempo de permanência na cadeira de viagem (“ovo”), ou tempo de permanência deitado, local onde dorme, atendendo à idade de desenvolvimento e crescimento e alimentação adaptada à idade. De seguida é solicitado o médico para na mesma sala fazer a sua avaliação. Desta feita, a EESIP informa o médico do resultado da avaliação de enfermagem, conduzindo este a avaliar o mesmo parâmetro ou a dar seguimento ao achado, encaminhando ou requisitando avaliações especializadas. Por fim, a EESIP, assegura a consulta de revisão de parto e planeamento familiar agendando a consulta médica e de enfermagem.

Planeou como objectivo para este estágio “utilizar técnicas de reforço para a capacitação da autonomia do adolescente/família relativamente à gestão do regime terapêutico”.

Uma das actividades planeadas para alcançar o objectivo foi o conhecimento de modelos de aprendizagem e técnicas de reforço para as poder implementar na intervenção de capacitação para a autonomia.

O que é a aprendizagem? Foi uma das perguntas que Tavares e Alarcão (1992) fizeram na sua obra, para conceptualizar aprendizagem. Da resposta extrai-se que, aprendizagem é “uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável”(p. 86). A acção de aprender é um processo pelo que é progressivo. De acordo com os mesmos autores, a construção pessoal, relaciona-se com uma experiência pessoal de procura de equilíbrio entre o adquirido e aquilo que falta adquirir e através de mecanismos de assimilação e acomodação. Assim, a aprendizagem é um processo de construção interna que induz no sujeito melhor aptidão, maior capacidade, mais igual a si mesmo.

O termo “ensinar” por sua vez, e segundo a CIPE (2011), é a acção, denominado como o processo intencional aplicado a um cliente para dar informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde. Da mesma fonte também se extrai o termo “educar”, que significa a transmissão de conhecimentos sobre alguma coisa a alguém.

Segundo Stipek (1993), distinguem-se três orientações diferentes, na concepção da aprendizagem:

- A perspectiva behaviorista considera a aprendizagem pela aquisição de respostas. O ensino é a actividade destinado a conseguir o maior número de respostas certas, prevalecendo o saber fazer. O behaviorismo é o estudo científico do comportamento observável. John Watson (1913) foi o seu autor que considerou o meio, como o factor determinante do comportamento. O nascimento é considerado uma *tábula rasa* na qual, os estímulos do meio vão construindo o que possibilitam o desenvolvimento e a aprendizagem. Para um behaviorista todo o comportamento é aprendido. Segundo esta corrente, a aprendizagem corresponde a uma mudança de comportamento sujeita a determinado estímulo ou, a aprendizagem é o resultado de um processo de condicionamento – os reflexos aprendidos seriam condicionais a uma história anterior de acontecimentos ambientais (STIPEK, 1993).

Segundo Biaggio (2009), a Teoria da Aprendizagem Social integra o condicionamento operante, condicionamento por reforço ou Skinneriano por ter sido enfatizado por Skinner (1948). É chamado de operante, porque se traduz por respostas do organismo, que tem um efeito sobre o ambiente. É chamado por reforço porque o que fortalece a conexão é o reforço, ou a consequência que um comportamento gera.

O reforço é um dos procedimentos de ensino mais eficaz para ajudar o sujeito a incrementar as suas aprendizagens. Assim, entende-se por **reforço**, citando Biaggio (2009), qualquer evento ambiental que, quando se segue à emissão de uma resposta, aumenta a probabilidade de ocorrência da mesma. Comida, água, calor, elogio, reconhecimento, classificações, prêmios, sorriso, festas, atenção positiva ou informações positivas acerca do comportamento emitido, são exemplos de reforço.

Segundo Stipek (1993) as regras a aplicar para que o uso do reforço seja eficaz devem ser: contingente (quando o comportamento ocorre); individual (usar o reforço mais adequado ao gosto do sujeito); imediato; consistente; justo; claro.

Tendo em conta que o programa de capacitação para a autonomia do adolescente pressupõe modificação do comportamento favorável ao controlo do seu regime terapêutico, carece por isso de um conjunto de técnicas operacionais, resultantes da aplicação dos princípios subjacentes à teoria do condicionamento operante. A finalidade é melhorar o comportamento do indivíduo, aumentando as suas competências e aptidões e tornando-o mais adaptado às suas circunstâncias ambientais. O adolescente deve no entanto, ser respeitado na sua dignidade e na sua individualidade.

- A perspectiva cognitivista, citando Stipek (1993), considera que a aprendizagem passa a ser concebida como aquisição de conhecimentos. O sujeito torna-se um processador de informação, que é capaz de adquirir, armazenar e recuperar informação. Esta concepção tem como objectivo aumentar os conhecimentos do indivíduo, prevalecendo o saber. Tanto os behavioristas como os cognitivistas têm a preocupação, em analisar as relações de estímulo e resposta, de forma a compreender a aprendizagem e o desenvolvimento humano.

O profissional com base na teoria cognitivista, ao implementar o programa de intervenção de capacitação para a autonomia, ajuda o adolescente nos seus processos cognitivos, na sua capacidade de memorização, no domínio da informação facultada, para demonstrar como gerir o regime terapêutico de forma autónoma.

- Na perspectiva sócio-cognitiva, a aprendizagem passa a ser concebida como construção de conhecimentos. Nesta perspectiva, o educando é visto como alguém que constrói os seus próprios conhecimentos prevalecendo o saber, o saber fazer e o saber aprender. É atribuída relevância à capacidade de auto-regulação da aprendizagem e aos mecanismos sócio-cognitivos, integrando os aspectos sociais e a experiência pessoal. Segundo esta perspectiva, a cultura e o meio social são intrínsecas do comportamento humano. As significações, ou crenças, são material psicológico para compreender os processos de aprendizagem e a motivação (STIPEK, 1993).

De acordo com esta teoria, o adolescente reflecte nas vantagens da autonomia e constrói a responsabilidade pessoal, desenvolvendo mecanismos de regulação para a gestão do regime terapêutico.

Para Redman (2003), a aprendizagem é a mudança persistente no desempenho real ou potencial e está no centro da capacidade dos seres humanos para se adaptarem. O ensino é o arranjo deliberado para promover o alcance de uma meta intencional.

A intervenção é organizada para estimular o ensino face às necessidades.

A motivação relaciona-se com forças actuantes dentro de um organismo que inicia, dirige e mantém o comportamento. Esclarecendo, Reis (2005) afirma que, a nível do sentimento de controlo nas pessoas, é importante distinguir entre o “controlo externo” e o “controlo interno”. Indivíduos que têm um sentimento de controlo interno (o que faço é determinante para originar as consequências pelo meu comportamento) comparativamente a indivíduos que atribuem o comportamento a factores externos, incontroláveis (o que eu faço deve-se à sorte ou ao destino ou a outras pessoas), são mais pró-activas e positivas para com o seu estado de saúde.

Motivação para Ariza e Pérez Ferra (2009), relaciona-se com diversos factores, tais como, as experiências prévias, a percepção sobre o próprio nível de competência e habilidade (auto-conceito), a capacidade de controlo das coisas (as atribuições causais), os interesses, metas e objectivos pessoais, o contexto sociocultural e familiar, etc. Se tivermos em conta o adolescente, com um auto-conceito favorável, quando capacitado e incentivado para a autonomia, tende a adoptar estratégias que promovam o seu bem-estar, o sentimento de competência e de controlo sobre a situação. De forma inversa, se considerarmos o adolescente com um auto-conceito desfavorável, dificilmente desejará

envolver-se numa actividade que pensa que não é capaz de realizar ou controlar, pelo que vai manter a autonomia diminuída. Desta feita, torna-se imperativo reforçar o auto-conceito e projectar sobre os adolescentes com diminuição da autonomia, as nossas melhores expectativas, convencendo-os que as capacidades são qualidades para desenvolver e cultivar, mediante trabalho e esforço, ajudando-os a fazer atribuições causais realistas, vinculadas a causas internas e controláveis de forma a favorecer que se responsabilizem e se impliquem na aprendizagem para gestão do seu regime terapêutico. Ariza e Pérez Ferra (2009) reforçam que, o profissional deve ser capaz de transmitir com entusiasmo, o valor da aprendizagem, como caminho de crescimento e desenvolvimento pessoal. É importante conhecer as aspirações e metas do adolescente, ajudá-los na tomada de consciência acerca do que desejam e do trabalho necessário para a realização do seu objectivo.

Interessante foi durante este percurso, de construção de um programa de capacitação para a autonomia do adolescente, vir a contactar no âmbito dos CSP - consulta da Saúde Infantil, com jovens pais, a carecerem de orientação e controlo para o cumprimento do regime terapêutico pessoal e de seu filho. Tratou-se, de uma experiência muito significativa em termos pessoais por estes pais, muito recentemente, terem deixado de ser adolescentes, em termos cronológicos.

Acedeu à consulta de enfermagem, um casal de jovens de etnia cigana, pais de um menino de dois meses de idade. A mãe agora com 18 anos, foi portanto, uma gestante adolescente.

Na consulta de enfermagem em Saúde Infantil, com o apoio da EESIP, procedeu à avaliação do desenvolvimento e detecta que o bebé apresenta hipoacúsia à direita e não segue o objecto nem a face humana, apresentando por vezes “olhos em sol poente”. Esta situação leva-a a inquirir os pais no sentido de aprofundar a informação relativa ao bebé e do seu comportamento em casa.

Percepciona alguma ansiedade nos pais que descrevem com fluência as reações do bebé, concordantes com os achados da enfermeira.

Folheou o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil à procura de informação adjuvante e detectou uma consulta marcada pela maternidade para despiste de diminuição da audição à direita, à qual filho e pais não compareceram.

No momento sequente, procedeu à avaliação da mãe uma vez que não fez consulta de revisão de parto à 6 semana.

Esta, apresenta pele e mucosas pálidas. Em sequência desta observação, a mãe informa-nos que na maternidade lhe disseram que tinha anemia e quando teve alta deram-lhe uma receita que não chegou a aviar. Exibe no mesmo momento, uma prescrição de sulfato ferroso.

Refere ainda ter hemorragia importante desde o parto.

Fez avaliação ginecológica, citologia e foi requerida à jovem mãe uma ecografia pélvica para despiste de presença de resíduos placentários.

Quando se tenta obter junto dos pais, uma justificação para a não comparência à consulta do filho e não tomar o medicamento para a anemia, a razão evocada é o esquecimento.

Num momento posterior, fez-se o implante subdérmico, que foi o método anticoncepcional escolhido por esta jovem, sob anestesia local.

A avaliação do desenvolvimento durante a consulta de Saúde Infantil na USF Delta faz-se com base no Teste de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan. A sua utilização serve para saber se a criança está a desenvolver-se dentro dos padrões normais para a sua idade, identificação precoce de sinais de alarme, encaminhamento de situações anómalas detectadas.

A consulta de enfermagem de Saúde Infantil na USF Delta, em termos globais, obedece aos requisitos da DGS (2005) e do Programa-tipo de Actuação 12.

Segundo Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006), o desenvolvimento infantil é um processo complexo, que envolve as diferenças individuais e específicas de cada período, como mudanças nas características, nos comportamentos, nas possibilidades e nas limitações de cada fase da vida, indistintamente.

Sigaud e Veríssimo (1996), consideram o desenvolvimento como um processo vital que engloba crescimento, maturação e aprendizagem. O desenvolvimento é intrínseco ao crescimento mas pode haver dissociação entre os conceitos.

O conceito de crescimento é algo mais objectivo e quantitativo ou seja, é o “aumento de tamanho de um ser vivo ou de qualquer de suas partes, que ocorre no processo de desenvolvimento” (STEDMAN, 1996, p.558). A criança é o ser/pessoa que engloba desenvolvimento, crescimento e aquisição de competências.

Por sua vez criança, “é um organismo em desenvolvimento cujo crescimento se exprime através de comportamentos ou reacções que são simultaneamente bio-anatómicos, psicológicos e sociais e que evoluem (...)” (BELLMAN, LINGAM, AUKET, 2003, p.xiii) Independentemente de a criança e família pertencerem a etnia cigana, a OE (2001) conceptualiza que a pessoa é um ser social com intenção de agir sobre o seu comportamento baseado nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve.

Quando são detectados sinais de alarme na avaliação de desenvolvimento que realiza, transmite-se a informação ao médico que confirma o diagnóstico de enfermagem e referencia o bebé para nova consulta de especialidade.

Com efeito, o PNS (2004, p. 30), relativamente à promoção de saúde infantil, na avaliação actual atesta que “as crianças portadoras de deficiência ou que estão em risco de atraso grave de desenvolvimento exigem uma atenção especializada que deve enquadrar-se com o reforço da intervenção precoce e a implementação dos Centros de Desenvolvimento Infantil”.

O enfermeiro, de forma responsável, responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora. É responsável pelas decisões, que presidem aos actos e por aquilo que decidiu não fazer. Quando o médico é solicitado, o enfermeiro reconhece os limites do seu papel e da sua competência tal como o recomendado pelo CDE (2005). De forma análoga Henderson (1994) cita que a enfermeira actua independentemente do médico elaborando o seu plano de cuidados, pode e deve diagnosticar e ajuda a pessoa a adquirir independência.

O enfermeiro trabalha em articulação e complementaridade, procurando esclarecimento com outros profissionais de saúde e organizações no processo de tratamento, tendo por objectivo a melhoria da qualidade de vida dos clientes ou grupos, em função das suas necessidades (CDE, 2005).

O “esquecimento” é a razão de não-adesão. Em concordância, Cabral e Silva (2010) no trabalho realizado de adesão à terapêutica em Portugal, com uma amostra de 1400 participantes, inferiram que o primeiro motivo extrínseco para a não adesão à terapêutica deve-se ao “esquecimento”. Machado (2009), afirma que aumentar o conhecimento do indivíduo, fornecendo-lhe informações adequadas sobre a doença, conduz a uma maior

probabilidade de induzir a adopção de estilos de vida saudáveis. Educar as pessoas sobre a eficácia dos tratamentos pode ser uma forma de melhorar o seu comportamento de adesão.

O fenómeno da adesão ao regime terapêutico tem sido uma preocupação dos enfermeiros e uma área de atenção, como o recomendado pelo ICN (2009). O foco de atenção dos enfermeiros é utilizado para descrever necessidades de cuidados de enfermagem, da pessoa, família ou comunidade, expressa no diagnóstico de enfermagem, capacidade para gerir o regime comprometida, como o mencionado na CIPE (2011). O diagnóstico de enfermagem, capacidade para gerir o regime comprometida, refere-se a uma necessidade de cuidados em que a pessoa perante o confronto com a sua situação de saúde (neste caso a anemia e a vigilância especializada do filho) tem que criar disposições individuais, para adoptar comportamentos e realizar actividades destinadas a controlar e a minimizar o impacto da doença na sua vida, a longo prazo.

Para que essas actividades sejam integradas, como refere Machado (2009), na rotina diária é necessário que a pessoa tenha conhecimento sobre a doença e o regime terapêutico, de modo a saber o que dela se espera e que adquira o domínio de habilidades práticas associadas ao treino, ou seja a aprendizagem de capacidades. Atendendo ao recomendado pela OE (2001), cada vez que a pessoa procura melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual. Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa. O dever de informação sobre porquê mudar, o que mudar e como fazer para mudar é essencial para que alguém altere ou adopte comportamentos adequados à sua nova condição de saúde. Consolidando, Padilha (2010) no trabalho realizado sobre a influência da percepção da DPOC na promoção do autocontrolo da doença, afirma que a gestão eficaz do regime terapêutico implica a aquisição de competências cognitivas e instrumentais que permitam a sua integração com fluência e mestria no quotidiano do doente, promovendo a adaptação à nova condição de saúde. É fundamental conhecer a percepção que os doentes têm da doença, das suas implicações. Com opinião similar, Dowson et al (2010), relatam que quando os doentes acreditam que o seu comportamento de saúde pode ter pouca influência sobre a sua condição de saúde, a motivação para a adesão ao regime

terapêutico recomendado vai ser baixa, pelo que é necessário avaliar e discutir preocupações, crenças, experiências e efeitos dos medicamentos para encontrar estratégias que permitam potenciar a adesão ao regime terapêutico.

Com este casal, foram abordados aspectos familiares, se o casal dispunha de apoio familiar/social, se existia desentendimento familiar, se a família estava contente com o bebé. Validou junto dos pais o seu entendimento para a importância do acompanhamento especializado para o seu filho.

Foi reforçada a data da consulta, lembrando onde encontrar o seu registo e a importância da consulta de especialidade para orientação futura e eventual tratamento em tempo útil de forma a garantir o desenvolvimento e bem-estar do bebé. Os pais foram encorajados a desenvolverem competências parentais para a vigilância da saúde do seu filho. A EESIP disponibilizou-se para os ajudar a ultrapassar eventuais dificuldades, facultando o telefone do seu gabinete. Dois dias após a data da consulta no HSF, fizemos um telefonema a estes pais, com o intuito de conhecermos o resultado da consulta de especialidade, sem êxito.

Reflectindo neste caso prático, o enfermeiro desenvolveu a sua prática profissional e ética no seu campo de intervenção (OE, 2009) de forma responsável ou de acordo com o CDE (2005) actuou com capacidade e obrigação de responder ou prestar contas pelos actos e seus efeitos, comprometeu-se com alguém.

De forma resumida, o atendimento desta jovem família propiciou o uso das temáticas propostas neste subcapítulo. Foi possível conhecer as suas percepções, validar com eles as implicações de diminuição de audição, foram respeitadas as suas crenças, valorizado o valor do género na raça cigana e utilizado como reforço para a pertinência do despiste. De forma global, esta ocasião, foi um momento de ensino e reforço. A aprendizagem só se revelará no comportamento modificado e posterior. A interacção estabelecida objectivou-se no incentivo a mudanças positivas, estimulando-os para a conquista de um sentido de controlo nas recentes competências parentais.

Na acção prática, as temáticas discutidas comportam-se como solventes, porque mobilizamos os conceitos como se de uma mistura homogénea se tratasse. O conhecimento e o nosso próprio desenvolvimento proporcionam a faculdade de particularizar como seja a aprendizagem e o reforço. Todavia, em termos pessoais, foi importante esmiuçar estes conceitos para que os utilize com assertividade a fim de a praxis clínica ser baseada em sólidos e válidos padrões do conhecimento (OE, 2009).

A implementação de capacitação para a autonomia, não seria exequível sem a integração destas temáticas. A experiência deste episódio e a sua descrição com distanciamento conferiram desde já, uma oportunidade de manusear estes conceitos. Considera que este ensino clínico lhe permitiu adquirir competências do domínio da Responsabilidade Ética e Legal, pelas situações experienciadas.

1. 4 – Competências Comunicacionais

O Serviço de Urgência de Pediatria (UP) do HSFX foi o contexto eleito para desenvolver competências comunicacionais com a criança/família em contexto de triagem.

A escolha da instituição prende-se com razões de proximidade e por pertencer ao grupo hospitalar onde exerce a sua actividade profissional. Previa experienciar, neste estágio, a abordagem do adolescente/família em contexto de triagem e as estratégias dos enfermeiros em comunicar.

O estágio no Serviço de UP, decorreu entre o dia 28 de Novembro e o dia 16 de Dezembro de 2011.

A caracterização da instituição encontra-se em anexo (ANEXO VII), assim como a descrição do serviço.

O Serviço de UP do HSFX, conta com 4 enfermeiros, quatro a seis médicos, um Assistente Operacional por turno.

Em estudo consultado relativo a triagem, Diogo (2007) concluiu que os utentes não dominam o sistema de triagem, isto é, não o conhecem verdadeiramente e pouco sabem dele.

A fim de aprofundar conhecimentos relacionados com o conceito de triagem, pergunta a si própria:

- O que é o processo de triagem?

Segundo o Dicionário Integral da Língua Portuguesa (2009) triagem, significa selecção, escolha, separação de alguns entre muitos.

De acordo com a página electrónica do CHLO, EPE¹ as urgências Hospitalares existem para o atendimento rápido das situações que põem em risco a saúde, pelo que quanto

¹ <http://www.hsc.min-saude.pt/Emergencia/Triagem/>

mais grave a situação clínica mais rapidamente devem ser atendidos. O processo de triagem permite uma avaliação inicial e a atribuição de prioridade no atendimento, chama-se por isso Triagem de Prioridades e constitui um instrumento da prática diária de cuidados de enfermagem. O aplicativo informático utilizado no Serviço de UP do HSFY chama-se HCIS (Health Care Information Systems). Os enfermeiros para atribuírem uma prioridade tomam decisões, tendo por referência o processo de triagem de Manchester.

O sistema de triagem de Manchester (STM), é utilizado em vários Hospitais do País e está acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros. Citando Diogo (2007), o STM consiste num instrumento de gestão de prioridades/ categorias de urgência, que tem por objectivo identificar, de forma organizada e sistematizada, os utentes em situação de doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente, para que sejam atendidos com prioridade. O STM pode ser considerado como a chave para a promoção da equidade do acesso dos utentes aos Serviços de Urgência.

Cordeiro, Silveira e Raposo (2002), referem que o enfermeiro, é o profissional de saúde de excelência para o desempenho da actividade de triagem no serviço de urgência. Consideram que os enfermeiros têm uma linguagem clínica orientada para os sinais e os sintomas e não para os diagnósticos, conseguindo estabelecer uma relação empática fundamental na minimização de sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência, explicando calmamente ao utente o objectivo do processo de triagem. Para além disso, os enfermeiros têm uma visão da globalidade do serviço e dos recursos nele existentes, bem como do cliente.

A criança/família que acede ao Serviço de UP do HSFY, efectua a sua inscrição e é encaminhada para um gabinete onde será atendida por um Enfermeiro que os inquirirá sobre o motivo da sua vinda ao Serviço UP e após uma observação rápida e objectiva lhe atribuirá uma "cor". O programa informático HCIS dispõe de 7 cores, **vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, preto, branco**, cada uma representando um grau de gravidade e o tempo ideal em que o doente deverá ser atendido.

Associado ao HCIS o serviço dispõe do aplicador informático SAPE e a linguagem utilizada é a CIPE.

A orientadora do ensino clínico nomeada pela enfermeira chefe, era EESIP. O seu desempenho profissional permitiu-me observar destreza e intencionalidade em cada

gesto ou mensagem dirigida. Existe uma grande preocupação com o tempo de atendimento num acto de triagem. O tempo de espera de cada pessoa não deve ultrapassar os dez minutos. No entanto, o tempo de um acto de triagem deve fazer-se em menos de 5 minutos. Todavia, é com frequência que assistimos a um enfermeiro com experiência sugerir para aguardar num espaço contíguo, para logo que possa fornecer informação adicional. A comunicação, tem neste contexto uma importância basilar. A decisão de fazer esta pessoa aguardar, porque pode haver um caso mais premente, é precedida de um pré diagnóstico de enfermagem e de uma permanente observação do contexto de trabalho, das listas de inscrições, das situações que aguardam prescrições médicas ou outros encaminhamentos. Em concordância com Nunes (2011, p.132), “tomar uma decisão consiste em escolher a melhor alternativa, de acordo com critérios estabelecidos, com base numa certa quantidade e qualidade de informação, com o propósito de atingir um objectivo específico ou um determinado resultado”. O EESIP destacado para a triagem é também responsável por dar continuidade aos utentes atendidos, pelo que acede às prescrições e observações médicas para se inteirar do percurso de cada utente atendido. É um permanente “virar de página” no seu terminal informático. Causou alguma estranheza ao discente, por não ser este o seu padrão laboral. Se este contexto nos sugerir distanciamento, esse sentimento dilui-se no momento seguinte, em que o enfermeiro dirigindo-se ao jovem ou à família, dependendo da idade da criança, confirma a sua identificação e informa do procedimento sequente com tempos de espera ajustados, tal como Benner (2005, p.75) recomenda, “a nossa maior responsabilidade (...) como profissionais: ser pessoalmente um actor empenhado na qualidade do serviço oferecido à população.”

A comunicação é essencial, para normalizar o sentimento de urgência, para sossegar ou para confortar em situações limites. Interessa por isso conceptualizar a comunicação.

Comunicação, em latim “Communicare” significa “pôr em comum, estar em relação”.

A comunicação é considerada como um acto e a informação é o seu produto. É a troca de informações, factos, ideias e significados. A comunicação é definida por Phaneuf (2005, p. 23) como “um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”. Os componentes envolvidos numa comunicação, de acordo com Quinn (2003), são a mensagem, o comunicador, o receptor e o meio. Nos processos de codificação, decodificação e *feed-back* são sentidas as influências dos seus componentes como: a

urgência da mensagem, a experiência e a habilidade do emissor e a imagem que este tem do receptor. Uma função importante da comunicação é transmitir mensagens. Embora o propósito real seja o de gerar a compreensão na pessoa e influenciá-la a produzir mudanças (RILEY, 2004).

Lopes (2006) refere que a comunicação interpessoal é a capacidade que o comunicador possui, para expressar o que pensa, sente e precisa. Recorrendo a Ramos (2001) a comunicação interpessoal constitui o instrumento psicossocial da relação entre duas pessoas. Não sendo possível separar o acto de comunicar com o acto de se relacionar, partilhar, colocar em comum.

As capacidades interpessoais são da competência pessoal de cada um, de um percurso feito de interiorização e de se colocar em questão inúmeras vezes ou da capacidade que cada um tem de se apropriar do seu próprio vivido. Deve possuir auto-conhecimento das suas crenças e valores pessoais de modo a poder controlá-los, evitando a sua interferência na relação com o cliente, (CDE, 2005). Apelando a Phaneuf (2005) o enfermeiro tem de saber escutar, ser flexível e ter abertura para aceitar o outro como ele é, com os seus valores, as suas recriminações, o seu carácter e a sua labilidade emocional muitas vezes causadas pela dor e ansiedade.

Santos e Pessoa (2009), por sua vez, informam que, a competência da comunicação não é uma habilidade natural, mas pode ser desenvolvida com treino e prática. A comunicação eficaz implica alcançar os objectivos da pessoa, de forma ideal, para que mantenha ou melhore o relacionamento em que ocorre.

Considerado um dos impulsionadores da comunicação humana, Bateson (1999) realça que, ignoramos quase todos os processos por meio dos quais fabricamos as mensagens, descodificamos e compreendemos as mensagens do outro, e da forma como a elas respondemos. Não prestamos atenção, em cada instante, à multidão de detalhes comportamentais, por meio dos quais comunicamos. Na comunicação, o tipo de relação entre os locutores é uma variável essencial à compreensão da comunicação. Esta presença “do outro” influencia enormemente o modo de comunicação e o seu desenvolvimento no tempo. Partindo para uma outra distinção terminológica mais específica e mais metódica é de realçar a importância da comunicação digital e comunicação analógica, na área da saúde e especificamente na prática de enfermagem. A comunicação analógica é portanto menos abstracta e mais arcaica do que a

comunicação digital. A comunicação analógica está mais próxima da realidade e abrange todo o registo não verbal e paraverbal da comunicação.

Esclarecendo, Alarcão (2002) narra que a comunicação digital refere-se habitualmente à comunicação verbal, sujeita aos códigos semânticos e de sintaxe, apresentando maior objectividade. Por sua vez a comunicação analógica “deixa mais espaço à interpretação pessoal e é menos precisa, embora seja muito rica do ponto de vista afectivo-emocional” (p. 74). O conteúdo é habitualmente transmitido digitalmente, enquanto a relação enfatiza a comunicação analógica, habitualmente traduzido pela linguagem não verbal, complementando-se, e integrando-se.

Maturana & Varela (2005), referem que a realidade produzida por cada indivíduo resulta da interacção com o mundo, consigo próprio e com os outros, através da linguagem. Consideram a linguagem, verbal e não verbal, caracterizadora de qualquer comportamento, inerente ao processo de comunicação e, determinante na forma como os indivíduos percebem a realidade e como a co-constroem, a partir do “mundo que criamos juntamente com os outros”.

A profissão de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa que cuida. Neste sentido, a relação de ajuda torna-se o alicerce onde assentam os cuidados de enfermagem. É através dessa relação que o enfermeiro conhece e compreende a pessoa, tornando-se ele mesmo um valor terapêutico para ela. A relação de ajuda é “uma forma de proceder”, guiada por saberes e técnicas e manifestada através de comportamentos e atitudes do profissional. Implica capacidade de comunicação verbal e não verbal. Segundo Rodgers, (1971), a relação de ajuda é aquela em que se procura promover o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade para enfrentar a vida. O acto de ajudar impõe exigências, às quais o enfermeiro não se pode abstrair. De acordo com Lazure (1994), o enfermeiro deverá utilizar seis habilidades fundamentais: (1) Escutar o cliente atentamente, respeitando a sua individualidade, sem impor o seu poder; (2) Clarificar, ser preciso e concreto, centrar-se no presente, tanto em relação a si próprio como em relação aos outros; (3) Respeitar-se e respeitar os outros; (4) Ser congruente consigo próprio e com os outros; (5) Ser empático consigo próprio e com os outros; (6) Confrontar-se consigo próprio e com os outros. A capacidade de escuta é uma prioridade para Lazure (1994), porque a considera uma capacidade de base primordial à relação de ajuda. A escuta é uma das capacidades a ser desenvolvida pelo enfermeiro, pois é a única forma que o

enfermeiro tem de compreender o utente. A disponibilidade para escutar é uma das condições essenciais para que o cliente se sinta verdadeiramente cuidado. Por sua vez Phaneuf (2005, p. 346), define empatia como “um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda (...)”; o respeito como “(...) qualidade pela qual a pessoa que ajuda reconhece a enorme dignidade e o enorme valor da pessoa ajudada apesar da sua aparência física, do seu carácter, dos seus comportamentos e dos seus hábitos de vida” (p. 340); e a congruência, como a “(...) maneira de ser da enfermeira que manifesta uma certa consistência entre o que ela sente, o que ela pensa, o que ela diz e o que ela faz, e entre o seu comportamento verbal e o seu comportamento não verbal” (p.364). Para ser congruente, o enfermeiro deve continuar a ser ele próprio, ser capaz de expressar abertamente os seus sentimentos e as suas emoções. Lazure (1994, p.63) considera a congruência como “(...) uma característica fulcral da pessoa emocionalmente sã (...)” ou seja, refere-se à correspondência entre o que sentimos e o que exprimimos durante a relação de ajuda. O autor acrescenta ainda que o enfermeiro deve demonstrar autenticidade no que sente e comunica ao cliente, deve ser espontâneo, exprimir-se com clareza, ajudando o utente a evoluir e a reencontrar o seu verdadeiro eu. A autenticidade, valendo-se de Phaneuf (2005), implica sinceridade, espontaneidade, ausência de comportamentos defensivos e de juízos de valor. A clarificação é a capacidade de manter uma comunicação concreta, clara e eficaz com o cliente, facilitando a formulação e delimitação dos seus problemas. O enfermeiro ao utilizar a confrontação na relação com o cliente proporciona-lhe novas perspectivas, o que implica mudanças de comportamento. Para Phaneuf (2006, p.366) confrontação é a “(...) maneira de proceder na relação de ajuda que leva a pessoa ajudada, sem agressividade nem negativismo, a tomar consciência dos seus procedimentos”. Por sua vez, Lazure (1994, p.176) refere que a confrontação que ajuda “(...) tem a sua origem na empatia e no respeito profundo pelo cliente e constitui uma manifestação suplementar de congruência da enfermeira no seu desejo de ajudar o cliente a ser aquilo que ele pode ser”. A confrontação é uma característica que se encontra envolvida em grande controvérsia e nem todos os autores que tratam da relação de ajuda são unânimes em relação à sua utilização. Todavia, a enfermeira não deve utilizar a confrontação como um escape da sua agressividade em relação ao cliente. Para isso, não basta a boa vontade, é necessário todo um trabalho pessoal, através do desenvolvimento de capacidades específicas que serão concretizadas nas suas atitudes e no seu comportamento.

Atendendo à conceptualização de comunicação, foi possível observar em contexto de triagem o cumprimento inicial integrando as boas práticas da conduta social. O acolhimento como forma de iniciar o processo de triagem e iniciar a entrevista. Segundo Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006), a entrevista consiste numa forma específica de comunicação direccionada a uma meta.

O cumprimento inicial, só por si, direccionado à família e/ou à criança/adolescente denunciou conhecimentos relacionados com o estágio de desenvolvimento, pois de acordo com Neuenschwander (2002), o adolescente reúne maturidade intelectual para desenvolver a autonomia, pode no entanto carecer de capacitação ou motivação para assumir essa responsabilidade. Todavia, o adolescente em situação de grande vulnerabilidade a eventos que possam diminuir o seu sentimento de controle e poder, pode regredir ao estágio de desenvolvimento anterior que segundo a teoria psicossocial de Erickson (1959), sentimentos de inadequação e inferioridade podem existir se as expectativas depositadas sobre ele forem muito altas (PAPALIA, 2009). Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006) corroboram, referindo que à medida que as crianças vão entrando no estágio da adolescência, elas flutuam entre o pensamento e o comportamento de criança e de adulto. No entanto, quando surgem tensões, elas procuram segurança nas lembranças da infância mais familiares e confortáveis. Os mesmos autores acrescentam que “prever essas mudanças na identidade permite que o enfermeiro ajuste o curso da interacção para atender às necessidades do momento” (HOCKENBERRY, WILSON, WINKELSTEIN, 2006, p.113).

A solicitação, o pedido do consentimento informado e ao mesmo tempo o pedido de colaboração junto dos adolescentes e família também foi presenciado tal como o preconizado pelo CDE (2005), são elementos do exercício profissional de enfermagem sendo também um direito moral dos utentes que geram obrigações morais nos enfermeiros. Conforme Thompson et al (2004) o termo de consentimento informado materializa o princípio da Autonomia, que sempre orientou toda doutrina envolvida na ética. Citando Ricou (2004), o processo de obtenção do consentimento informado baseia-se no pressuposto de que o indivíduo tenha capacidade para decidir, cabendo aos pais, decidir pelos seus filhos em virtude do melhor interesse da criança. De acordo com o Código Penal Português (2002) no nº 3 do seu Artº 38 “o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 14 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta”. Todavia e

com base na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo ou Lei 147/99 a idade estatuída é de 12 anos.

Segundo Beretta (2010), a humanização na assistência de enfermagem passou a assumir um alto grau de importância dentro do âmbito clínico. Contudo, para relacionar a humanização da assistência com o poder de liderança do enfermeiro, é necessário que o profissional domine as suas competências e habilidades pessoais e as aplique no desenvolvimento da sua rotina de trabalho. Não há regras estabelecidas para cada contexto laboral. A utilização de uma comunicação eficiente depende das aptidões de cada profissional e em conjunto com a sua sensibilidade e respeito em considerar a presença do outro. O contexto da UP impõe um ritmo de atendimento, porque tem objectivos bem definidos. No entanto, originam-se aí momentos de escuta, de empatia, de congruência, de clarificação, de respeito e até de confronto. Este trabalho de descrição e análise permite reflectir sobre a acção e nos extensos conteúdos que o momento de triagem envolve, tais como as estratégias de comunicação. Um episódio bem sucedido não lhe confere êxito em todas as ocasiões seguintes. Corroborando, Adler (2002) explica que, o comportamento comunicacional que é competente num relacionamento não é necessariamente eficaz noutras situações, o que exige escolher o comportamento mais adequado para a situação em causa.

Uma das necessidades identificadas por Henderson (1994) como básicas para o indivíduo foi “comunicar-se com os demais”, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões, pelo que o enfermeiro deve proporcionar espaço para o adolescente/família expor as suas necessidades e simultaneamente estar atento a todos os sinais por ele manifestados para eventual orientação na sua autonomia.

Este ensino clínico trouxe, de forma global, a oportunidade de clarificar e mobilizar conceitos, fazer pontes com alguns dos instrumentos conhecidos. São requisitos substanciais para a ponte ao programa de capacitação para a autonomia. Vai construindo desta forma, um conhecimento mais profundo para a posterior abordagem do adolescente adequando estratégias comunicacionais. Promover a sua autonomia de forma afirmativa e motivando-o é o objectivo final.

Os momentos experienciados foram um contributo para desenvolver competências de comunicação interpessoal que lhe possibilitam comunicar “com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (ODE, 2009, p.22).

2 – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM IMPLEMENTAÇÃO - CAPACITAÇÃO PARA A AUTONOMIA DO ADOLESCENTE TRANSPLANTADO RENAL, RELATIVAMENTE À GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

O último estágio decorreu em contexto de trabalho, na Unidade de Transplante Renal (UTR) António Pina do Hospital de Santa Cruz (HSC), com o propósito de apresentar e implementar o programa de intervenção de enfermagem de “Capacitação para a autonomia do adolescente transplantado renal, relativamente ao regime terapêutico”.

Este estágio decorreu entre o dia 27 de Janeiro e 17 de Fevereiro de 2012.

A caracterização da instituição, encontra-se em anexo (ANEXO VIII), assim como a descrição do serviço.

Já foi referido anteriormente, que este programa resultou de uma necessidade sentida pela equipe de enfermagem. Os adolescentes transplantados renais, têm uma experiência de doença prévia, o que por vezes induz a família a adoptar atitudes de protecção exacerbada, substituindo os seus filhos na gestão do regime terapêutico. Sabemos que a família, está em posição privilegiada para julgar aquilo que será o melhor interesse do adolescente, uma vez que sobre ele terão um conhecimento mais profundo (RICOU, 2004), no entanto, poderá carecer de orientação, em situações de sobreprotecção dos filhos e dessa forma restringirem a autonomia e a responsabilização do regime terapêutico (BARROS, 2003).

Reforçando, Ricou (2004) dirigindo-se aos profissionais menciona que, devem actuar não como substitutos da família mas como garantes da sua sensibilização e formação nos valores primordiais da educação de um filho e intervir nos casos em que se verifique que o melhor interesse do adolescente possa estar em causa.

Torna-se impreterível nesta fase, proceder a uma súpula, da abordagem ao adolescente para facilitar a promoção do programa que se pretende implementar.

A maioria das teorias do desenvolvimento divide o ciclo de vida em três fases. A infância, a adolescência e a vida adulta. De acordo com Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006), a classificação do crescimento e do comportamento infantil é realizada em estádios aproximados de acordo com a idade ou com as tarefas do desenvolvimento. As tarefas do desenvolvimento são definidas, como um conjunto de habilidades e competências características de cada estágio do desenvolvimento que a criança deve alcançar ou

dominar, de forma a lidar com eficácia com o seu meio ambiente. Como é difícil definir com rigor o começo da adolescência, considera-se o seu início quando aparecem as características sexuais secundárias e o seu fim quando cessa o padrão de crescimento corporal. A adolescência é também considerada a fase de transição até a vida adulta. Este estadio é referenciado como um período turbulento, de maturação e de mudanças rápidas físicas, cognitivas, sociais e emocionais. Os eventos da puberdade são causados por influências hormonais, por estímulo precedido do hipotálamo, donde resulta a maturação sexual ordenada e uma aceleração do crescimento físico de cerca de 20% a 25% (Hockenberry, Wilson, Winkelstein, 2006; Papalia, 2009). Segundo Biaggio (2009) e Neuenschwander (2002), as modificações físicas associadas ao aparecimento dos caracteres sexuais secundários, provocam duas tarefas do desenvolvimento: a necessidade de reconstruir a imagem corporal sexuada e de assumir a identidade do género e ascender gradualmente à sexualidade genital adulta. Posteriormente, ocorrem alterações nas relações com as pessoas significativas, como sejam a família e os amigos, os quais influenciam o modo como o adolescente resolve as tarefas da adolescência, nomeadamente a autonomia, sexualidade, ou a identidade (ALMEIDA, 2003). Durante a fase da adolescência, ocorrem um conjunto de alterações cognitivas, em que o pensamento do adolescente se diferencia qualitativamente do pensamento infantil pela aquisição do aumento da capacidade de abstracção, o que possibilita a reflexão sobre objectos abstractos, o que Piaget (1966) designa por pensamento formal (BIAGGIO, 2009). Ocorre uma progressiva desvinculação parental e a sua substituição pela autonomia individual, no grupo dos pares, como agente preferencial de socialização, tarefa que exige o abandono de normas familiares, de referência e de atribuição de estatuto e a solidariedade para com os ideais de um grupo. As pressões dos grupos ou a necessidade de integração em novos grupos tornam o adolescente mais vulnerável à cultura do grupo adoptando comportamentos semelhantes (DUCLOS, LAPORTE e ROSS, 2006; NEUENSCHWANDER, 2002). Porém, segundo Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006), no fim da adolescência, o jovem começa a internalizar todos os valores previamente aprendidos e a concentrar-se numa identidade individual em vez da identidade de grupo.

A construção do *auto-conceito*, citando Neuenschwander (2002), consiste em auto-esquemas coordenados. A definição do auto-conceito prende-se com a noção do que cada pessoa pensa acerca de si própria ou a representação reflectida do eu, com base

nas suas experiências. A *identidade* não só tem em conta as regras e normas como também a perspectiva do indivíduo. A identidade é entendida como a expressão do eu e é aprendida a partir do comportamento, numa determinada situação.

Quando o adolescente vive um conflito ao conquistar a sua identidade, conquista também a competência comunicativa que é a capacidade para se tornar flexível, adaptando-se às situações, sendo o comportamento conduzido por princípios. Segundo Kohlberg (1981), esta competência preenche os requisitos do desenvolvimento moral (BIAGGIO, 2009). A moral passa para o estágio pós-convencional, porque o comportamento não é apenas entendido como sendo controlado através de normas, mas também porque o sujeito pode controlar o seu comportamento de forma autónoma e auto-reflexiva.

Ultrapassar com sucesso estas tarefas do desenvolvimento significa que o indivíduo conseguiu equilíbrio entre a determinação social e o contributo individual. Neuenschwander (2002), menciona que o resultado do processo de *coping*, ou de superação reside na redução de stress e tensão, para que seja possível absorver novas aprendizagens sobre o meio e sobre a própria pessoa, mantendo-se a autonomia. A superação de experiências de vida importantes pode ser bem ou mal sucedida. O reconhecimento social, bem-estar e o sentimento de controlo, são os critérios para a superação com sucesso das tarefas de desenvolvimento. O elogio público aumenta a auto-estima e o bem-estar do indivíduo. No entanto, quando o indivíduo não dispõe de recursos para resolver a tarefa de desenvolvimento, ou por falta de confronto, a personalidade pode regredir para um estado anterior ou adoecer.

A noção de auto-conceito pode relacionar-se com a noção de valor próprio ou auto-estima. Para Duclos, Laporte e Ross (2006), a auto-estima é o valor que cada um atribui a si próprio nos diferentes aspectos da vida. Neuenschwander (2002) expõe que, uma auto-estima elevada provoca o sentimento de que a vida faz sentido. O conceito de identidade e auto-conceito, estão cada vez mais ligados ao sentimento de controlo. O sentimento de controlo designa a acção, dirigida a um fim, provocando uma mudança consciente. De forma semelhante, Duclos, Laporte e Ross (2006), afirmam que o jovem tem que aprender a conhecer-se avaliando as suas forças, as suas qualidades, as suas vulnerabilidades, as suas dificuldades antes de reconhecer a sua auto-estima, ou seja, avaliar-se de forma positiva. A adolescência tem a tarefa de definir a sua própria identidade e de a interiorizar para a tornar permanente. Os profissionais por sua vez,

quer através da sua abordagem quer através da orientação que podem proporcionar aos pais, têm que ajudar a reconhecer e a consolidar o seu sentimento de orgulho ajudando os adolescentes a desenvolver uma boa auto-estima. Ter boa auto-estima conforme Duclos, Laporte e Ross (2006), significa assumir as suas responsabilidades, afirmar-se, saber corresponder às suas necessidades, ter objectivos e conseguir os meios para os atingir. É essencial promover um sentimento de confiança no adolescente, por este encontrar-se num processo contínuo de mudanças, não se revê na imagem que tinha de si mesmo.

Como ajudar o adolescente a adquirir maior confiança em si? É sobretudo necessário ser menos dependente dos pais, a viver experiencias diversificadas, a fazer escolhas tendo consciência dos aspectos positivos e negativos que elas envolvem e a aceitar os seus erros e a vê-los como oportunidades para evoluir (NEUENSCHWANDER, 2002). O adolescente capaz de autodisciplina é aquele que foi encorajado a ser autónomo e que continua a ser orientado e encorajado nas suas iniciativas pessoais.

A educação familiar pode ajudar a tornar o adolescente autónomo. Não basta levar o jovem a autodisciplinar-se, é necessário deixá-lo controlar a sua imaginação, a sua inteligência e a sua liberdade. Ao proteger-se em demasia um jovem, este é desvalorizado e impedido de descobrir formas próprias de se adaptar às situações. Quando lhe é atribuída total liberdade, é sentida pelo adolescente insegurança impedindo-o de testar os seus limites. Para Bee (2003), a disciplina democrática estabelece regras levando em consideração cada um dos membros da família. As regras baseiam-se na comunicação, negociação e atenção. O jovem que conhece os limites definidos pelos pais e que dá conta que os pais arranjam tempo para o consultar, tem melhor auto-estima.

Para que um jovem consolide a sua auto-estima, é importante que este se sinta apreciado, escutado e compreendido. Os profissionais podem apreciar as suas capacidades em voz audível, para que o adolescente ouça de outro as suas qualidades. Duclos, Laporte e Ross (2006), referem que quando se sente que se é escutado, sentimo-nos importantes o que contribui para o impacto directo na nossa auto-estima. Ser compreendido, significa ser reconhecido nos seus sentimentos, nos seus gostos, nos seus desejos e nas suas ideias.

A autonomia é pois uma competência que se adquire na prática quotidiana, reconhecendo as suas forças, as suas aptidões, as suas capacidades pessoais, acreditando em si próprio.

O adolescente sente o desejo de se distanciar dos pais (TONG et al, 2009). No entanto, o que os pais lhe transmitiram, valores e regras, continua vivo dentro deles. O distanciamento em relação aos pais, provoca medos e sentimentos de ambivalência. Esta experiência permite o desenvolvimento de uma verdadeira capacidade de se perceber como sendo diferente dos pais (NEUENSCHWANDER, 2002). A auto afirmação consiste em saber «quem sou eu, o que quero e como posso ser eu mesmo sem ter medo de ser rejeitado». Duclos, Laporte e Ross (2006) mencionam que, o ser humano afirma-se em primeiro lugar dizendo «não», quando o jovem se sente em segurança e reconhecido nas suas capacidades, pode afirmar-se dizendo «sim». O adolescente ao descobrir a sua identidade, define um estilo pessoal tendo em conta as suas forças e fraquezas. Os pais e os profissionais podem ajudar o adolescente a saber quem é e a desenvolver uma boa auto-estima reagindo de forma positiva e incentivando-o a resolver os problemas com que se depara. A auto-estima constitui a base da motivação e da autonomia. Assim, o adolescente que tem confiança nas suas capacidades estará preparado para empreender uma tarefa e arranjará meios para a realizar e será perseverante. Em sequência, irá sentir-se capaz o que aumentará a sua auto-estima sentindo-se valorizado quando obtém êxito nos seus empreendimentos.

De acordo com Duclos, Laporte e Ross (2006), a negociação é uma estratégia construtiva e pacífica de resolução de problemas. O seu objectivo é a resolução de um problema, em virtude de um compromisso, que em certa medida satisfaz ambas as partes e as suas consequências são as menos negativas. Não há ganhador nem perdedor quando se utiliza a estratégias da negociação. Neuenschwander (2002) indica que o adolescente deve ser apoiado e ajudado a reflectir sobre si próprio. A pensar de forma autónoma e a fazer escolhas para prosseguir com os seus objectivos pessoais.

Duclos, Laporte e Ross (2006), consideram que o processo de aprendizagem envolve a capacidade do adolescente compreender que o resultado que obtém – êxito ou fracasso, é sequencia lógica causal – de causa e efeito, das suas atitudes – motivações, autonomia e das estratégias que utiliza. Os profissionais têm um importante papel no sentido de fazer o adolescente compreender que o seu valor como pessoa não está posto em causa quando obtém um resultado negativo ou quando não alcança o objectivo

que havia fixado. Pelo que tem que adquirir consciência de que ter êxito é uma questão de motivação, de autonomia e de método de trabalho. O adolescente, ao centrar-se no processo de aprendizagem, ao corrigir os seus erros e ao rectificar as estratégias, chega ao êxito. Sente-se então eficaz e orgulhoso que por sua vez alimenta a auto-estima o que desenvolve o sentimento de competência. Sentir-se competente significa estar convencido de que se pode envolver com êxito na gestão autónoma do seu regime terapêutico.

Ponderando a doença crónica no adolescente, que por sua vez o Decreto-Lei nº.101/06, de 6 de Junho, através do seu Artº. 5, estabelece que, doença crónica é “doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada”. Atendendo ao conceito exposto, poderia generalizar e concluir que a ocorrência de doença crónica, na fase da adolescência pode ser prejudicial. Tendo em conta que algumas das tarefas de desenvolvimento, no período da adolescência são a descoberta do corpo, as suas potencialidades e a construção da sua identidade pessoal. O adolescente por se encontrar numa fase de maior vulnerabilidade, quando considerado diferente pode ser experimentado como problemático. Nesta fase da vida é importante o apoio dos pais, familiares, amigos mais próximos para a auto-estima do adolescente. Poderá igualmente ser extremamente benéfico para o adolescente com doença crónica ou incapacidade o convívio e diálogo com pares que partilham dos mesmos problemas de saúde e/ou limitações (HOCKENBERRY, WILSON, WINKELSTEIN, 2006; BARROS, 2003). O adolescente com uma doença crónica poderá depender em maior ou menor grau dos familiares. A dependência imposta pelas necessidades de saúde, pode conduzir a conflitos relativamente à independência do adolescente (PEDRO, 2009). Estes sentimentos podem ser orientados para a revolta que se reflectem na não adesão do regime terapêutico, na negação da doença e incapacidade, preservando um sentimento de normalidade junto dos seus pares e a adopção de comportamentos desviantes e de risco. Com efeito, Bugalho e Carneiro (2004) referem que, um dos preditores da falta de

adesão à terapêutica é a idade e mais concretamente a adolescência. Contrariando esta referência de diminuição de adesão, Santos *et al* (2011) realizaram um estudo transversal e comparativo, entre adolescentes com doença crónica e adolescentes saudáveis e inferiram que apenas 30% dos adolescentes do estudo não cumprem a terapêutica instituída de forma regular, em vantagem aos estudos de Cabral e Silva (2010) e WHO (2003) que estimaram cerca de 36% e 50% (em países europeus), respectivamente para a não adesão. De forma semelhante, o discente entende que em relação aos adolescentes que são acompanhados na consulta de enfermagem na UTR do HSC, onde desenvolvemos um trabalho de vigilância e onde o adolescente e família expõe qual a terapêutica que manipula e o respectivo horário, aferindo com estratégias de controlo de *stock's* em casa, estarão inseridos num contexto de adesão aumentada. Carece no entanto, de dados estatísticos para confirmação.

Interessa recorrer ao estudo de Santos *et al* (2011), a fim de registar outros achados interessantes, para conduzir a sua acção quotidiana. Do estudo, 96% dos adolescentes com doença crónica, referiram precisar de se sentirem apoiados pelos familiares. Este achado, leva-me a considerar a importância da Filosofia da Enfermagem Pediátrica e a privilegiar o atendimento da família, ainda que promova o atendimento individual do adolescente como o preconizado pela OE (2010). Do trabalho referido, a percentagem de adolescentes com doença crónica a namorar foi maior do que nos jovens saudáveis. Esta diferença percentual pode ser explicada pela importância do relacionamento com os pares, na aceitação e na “forma de lidar” com a doença.

Quanto aos comportamentos de risco, os adolescentes com doença crónica referiram mais frequentemente o uso do preservativo e menor consumo de tabaco, álcool e outras substâncias. Santos *et al* (2011) justifica que, poderá estar relacionado com o facto de os adolescentes com doença crónica serem indivíduos apoiados em consultas, onde é feita uma abordagem biopsicossocial que procura prevenir comportamentos de risco e fortalecer a resiliência destes adolescentes. Quanto à auto-estima, no estudo de Santos *et al* (2011), não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Este estudo, sugere que reflectamos na normalização da doença crónica. Os profissionais de saúde, para além de abordarem os aspectos relacionados com a doença, devem também consolidar competências para lidar com o adolescente integrando os aspectos de desenvolvimento, prevenindo comportamentos de risco, de forma expandir uma boa auto-estima para a responsabilização e autonomia na gestão do regime terapêutico.

Os métodos para aumentar a adesão ao regime terapêutico, conforme Osterberg e Blaschk (2005), podem ser resumidos em: a educação do doente; a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente; a posologia e tipo de fármaco; a disponibilidade dos serviços de saúde em atender o doente.

Por sua vez, Bugalho e Carneiro (2004) anunciam dois tipos de intervenções para melhorar a adesão terapêutica, as intervenções educacionais e comportamentais. As intervenções educacionais, promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença, facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. O ensino pode ser de transmissão oral e/ou escrita, sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos. É essencial que a linguagem seja clara e objectiva e deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização. As intervenções comportamentais, indicadas por Bugalho e Carneiro (2004) visam incorporar na prática diária mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver os doentes no tratamento, fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação. Completando, Machado (2009) cita que, a explicação e compreensão das indicações, efeitos secundários e a forma de os ultrapassar são algumas das estratégias que facilitam a adesão, sendo imprescindível manter o doente informado sobre os progressos e os resultados dos exames laboratoriais.

Em conclusão, Bugalho e Carneiro (2004), referem que os doentes devem envolver-se activamente no seu tratamento, através da auto-administração da terapêutica, permitindo a monitorização e o controlo da sua doença. Para o efeito, o doente deverá recorrer a estratégias de forma a prevenir o esquecimento da toma da medicação, socorrendo-se de memorandos, tais como a utilização de caixas de contagem com a medicação diária distribuída, a marcação das consultas no calendário e a necessidade de adquirir novas receitas médicas. Dever-se-á, tanto quanto possível, evitar a alteração dos esquemas terapêuticos, pois este é um factor que interfere desfavoravelmente na correcta memorização, levando consecutivamente a esquecimentos e à não adesão.

Em termos práticos, quando analisa as recomendações sugeridas pelos diversos autores, verifica que na prática da UTR do HSC, utiliza-se um manual individual, onde se actualiza a terapêutica prescrita; quando são alteradas doses ou medicamentos, a opção adoptada é a mais favorável à capacidade cognitiva de cada adolescente; recorre-se

sempre que possível a terapêutica de libertação longa com toma única diária, para diminuir o esquecimento; contacta-se o adolescente que não comparece à consulta, remarcando a próxima consulta; as consultas são agendadas de acordo com as necessidades do adolescente ou em períodos de férias escolares; acolhe-se e integra-se a família no regime terapêutico, etc. Todavia, ainda existem muitos aspectos a melhorar na abordagem do adolescente, integrando os aspectos do seu desenvolvimento, cuidando da sua auto-estima, promovendo a definição do seu auto-conceito e identidade, incentivando e reforçando a sua autonomia, utilizando meios de recompensa.

Nesta fase, encontra-se em ensino clínico e em contexto de trabalho. Recorre ao programa de intervenção já estruturado e integra-o na sua acção profissional diária. Depara-se com constrangimentos circunstanciais. Conforme uma situação experienciada, com um adolescente de 17 anos, na companhia da sua mãe. Na entrevista de enfermagem, expõe a necessidade de aumentar a autonomia e a responsabilidade do adolescente, apresentando as razões que entende mais adequadas e escuta um aviso da mãe em relação ao filho “Vês? A partir de hoje trata tu de tudo!” Esta situação levou-a a reformular a sua intervenção, valorizando o papel da mãe no controlo e supervisão do cumprimento do regime terapêutico do seu filho. Apesar do acontecimento, em consultas seguintes, verificou que já é o adolescente que trás consigo o inventário da medicação e que verbaliza as suas necessidades.

Com esta família, tem vindo a desenvolver um trabalho de grande sensibilidade, na orientação da mãe, no sentido de esta contribuir para uma boa auto-estima do adolescente, acreditando nas suas capacidades a fim de o ajudar a desenvolver competências na gestão do seu regime terapêutico. Por sua vez, em momentos separados, tem interagido com o adolescente no sentido de construir o seu auto-conceito, reforçando-o e motivando nas suas escolhas.

A preparação da apresentação do programa de “capacitação do adolescente transplantado renal, relativamente à gestão do regime terapêutico” junto da equipe de trabalho, foi fácil de efectuar. O contexto envolveu 3 enfermeiras e a chefe de enfermagem. Desenvolveu reuniões que lhe permitiram avaliar as expectativas, integrar os colegas nos objectivos estratégicos aos quais a formação vai dar resposta. A satisfação manifestada pelos colegas, pela pertinência do tema, tornou-se orientador para si, enquanto formadora, por ter detectado na mesma reunião, algumas dificuldades sentidas na abordagem do adolescente como sejam, aspectos relacionados com o

desenvolvimento, o que potenciou maior concentração nessa temática. A presença da Enfermeira Chefe trouxe um contributo, pelo interesse demonstrado e pela importância que a equipe atribui ao líder interessado na melhoria contínua da qualidade.

A apresentação do programa que pode ser consultada em anexo [\(ANEXO IX\)](#), foi dividida em duas sessões. Este planeamento, liga-se ao tempo disponível no serviço e à extensão da temática. Considera a estratégia utilizada positiva, porque permitiu integração de conceitos e uma avaliação em sequência, verificando de forma sucinta a evolução da aprendizagem. Pode desta forma perceber o grau de interesse e a motivação dos colegas com a formação e com as discussões de dúvidas suscitadas.

Porém, como se estima melhoria de competências e melhoria da qualidade de cuidados na UTR, torna-se importante a criação de um instrumento de avaliação do impacto da formação. Desta forma, poderemos apurar o impacto da aprendizagem nos colegas envolvidos na formação. Recorreu ao modelo de Kirkpatrick (1998) para elaborar um instrumento de avaliação, um questionário, a aplicar em Agosto de 2012, como foi estabelecido no projecto. Baseado no modelo de Kirkpatrick, adaptou o questionário de avaliação de Gerard (2003) que pode ser consultado em anexo (ANEXO X), embora não sendo possível trazer os resultados dessa avaliação para este relatório. Fica no entanto a promessa da continuidade do estudo.

Com a apresentação do programa de intervenção de enfermagem foi também apresentada um instrumento de avaliação do adolescente em anexo [\(ANEXO XI\)](#) que em conjunto se decidiu integrar no processo de enfermagem do adolescente. Este instrumento, orienta-nos na abordagem do adolescente, proporcionando continuidade ao que foi desenvolvido em consultas anterior. Com a monitorização do programa, tem-se apercebido que as dificuldades estão relacionadas com os conceitos de identidade e auto-conceito. Estas situações levam-na a criar formas de acompanhamento e apoio para minimizar as dificuldades sentidas.

Quando aprecia os resultados alcançados, a implementação deste programa gerou desde já, múltiplas reuniões entre a equipa, para oferecer uma intervenção adaptada a determinado adolescente/família, sendo este um dos pontos fortes. A melhoria da comunicação, a melhoria do nosso próprio desempenho, a maior motivação na abordagem do adolescente atendendo às suas necessidades específicas da fase de desenvolvimento em que se encontra, a procura de informação complementar de cada

enfermeiro que sem estar em formação acadêmica, faz um investimento na sua própria formação, também são considerados positivos.

Neste capítulo, em que se expôs a implementação do programa de intervenção de enfermagem, considera que em simultâneo, foi um percurso de aquisição de competências do EESIP. As competências envolvidas foram as do domínio da Responsabilidade, Ética e legal; da Gestão da Qualidade; da Gestão dos Cuidados; do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais e as específicas do EESIP, mais concretamente “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” e “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”.

3 – CONCLUSÃO

O programa de intervenção de enfermagem “Capacitação para a Autonomia do Adolescente Transplantado Renal, Relativamente ao Regime Terapêutico”, surge em sequência de inquietações sentidas pelos enfermeiros que preocupados com aspectos de desenvolvimento do adolescente transplantado renal e com questões relacionadas com adesão terapêutica, favoreceram a realização deste programa.

O programa foi gerado através de uma recolha e pesquisa bibliográfica cuidadosa e dos contributos adquiridos e compilados nos estágios realizados. Nesta fase de balanço, reflectindo na importância de cada uma das partes, torna-se difícil desvalorizar uma delas, pois todas as fases contribuíram de forma crucial. Mesmo os aspectos menos favoráveis, representaram uma oportunidade de aprendizagem. Ao meditar nos aspectos controversos, considera que serviram para descobrir a melhor estratégia para a sua prática quotidiana. Todavia, ao programar o Serviço de Neonatologia e o programa que aqui se propõe, ser destinado a adolescentes, parece desajustado ou forçado. Foi no entanto, o local onde pode observar de forma plena a capacitação aos pais para a autonomia nas competências parentais e um estímulo fortemente dirigido à vinculação. Essa realidade permitiu-lhe ensaiar cenários, para a abordagem do adolescente transplantado renal.

A família é alvo dos cuidados, tal como Henderson (1994), o cliente e a família são inseparáveis, pois sendo parte integrante e fundamental na vida do RN, ao promover-se esta relação contribui-se para o desenvolvimento do mesmo e consequentemente para o equilíbrio familiar. Segundo a CIPE (2011, p.79), vinculação é a “ligação entre a criança e mãe e/ou o pai; formação de laços afectivos”. O toque é o principal meio de comunicação entre os pais e o bebé (Brazelton, 2000). O reforço positivo aos pais é uma das estratégias utilizadas, pois persuade das suas recentes capacidades parentais.

Quanto às significações pessoais, Reis (2005, p.39), afirma que “a nível individual são as significações que ajudam a perceber as reacções emocionais e os processos de confronto utilizados para fazer face à doença”. Em qualquer intervenção de educação para a saúde que se pretenda mudança de comportamento e atitude, deverá ter-se em conta as significações pessoais. Completando, o mesmo autor afirma que, no âmbito da perspectiva holística, visa-se que a pessoa participe no seu processo de prevenção da doença ou de cura, que se torne responsável pelos seus comportamentos e atitudes, que

escolha e assuma as suas opções, através de melhor conhecimento sobre si própria, dos factores de risco das doenças e dos comportamentos e atitudes que promovem a saúde. O profissional é um facilitador do processo clínico ou preventivo, ajudando o cliente na tomada de decisão e informando-o sobre os factores de risco de determinada doença.

No que se relaciona com aprendizagem, Tavares e Alarcão (1992) expõem, que é um processo de construção interna que induz no sujeito melhor aptidão, maior capacidade.

O termo “ensinar” por sua vez, e segundo a CIPE (2011), é a acção, denominado como o processo intencional aplicado a um cliente para dar informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde.

Para Redman (2003), a aprendizagem é a mudança persistente no desempenho real.

As três perspectivas de aprendizagem expostas – a perspectiva behaviorista, cognitiva e a sócio-cognitiva, podem ser cuidadosamente utilizadas na orientação do adolescente, quer através da mudança do seu comportamento mediante estímulos ou reforço, quer através da adição de informação que possa aumentar os seus conhecimentos, quer através do envolvimento do seu meio cultural e social e dos seus mecanismos de motivação e regulação.

Reforço, é definido por Biaggio (2009), como sendo qualquer evento ambiental que, quando se segue à emissão de uma resposta, aumenta a probabilidade de ocorrência da mesma. Comida, água, calor, elogio, reconhecimento, classificações, prémios, sorriso, festas, atenção positiva ou informações positivas acerca do comportamento emitido, são exemplos de reforço.

O valor da aprendizagem deve ser transmitido ao adolescente, com entusiasmo pelo profissional, em consonância com Ariza e Pérez Ferra (2009), como caminho de crescimento e desenvolvimento pessoal.

A comunicação é definida por Phaneuf (2005, p. 23) como “um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”.

Santos e Pessoa (2009) asseguram que é difícil definir competência de comunicação. E é errado pensar que se possui ou não a competência comunicativa. Todavia, é possível aprender e desenvolver a competência de comunicar eficazmente, alcançando os objectivos da pessoa.

A adolescência é referenciada como um período turbulento, de amadurecimento e de mudanças rápidas físicas, cognitivas, sociais e emocionais. Segundo Biaggio (2009) e

Neuenschwander (2002), as modificações físicas associadas ao aparecimento dos caracteres sexuais secundários, provocam duas tarefas do desenvolvimento: a necessidade de reconstruir a imagem corporal sexuada e de assumir a identidade do género e ascender gradualmente à sexualidade genital adulta.

A definição do auto-conceito prende-se com a noção do que cada pessoa pensa acerca de si própria, a identidade prende-se com a acção ou comportamento do indivíduo (NEUENSCHWANDER, 2002). O reconhecimento social, bem-estar e o sentimento de controlo, são os critérios para a superação com sucesso das tarefas de desenvolvimento. O elogio público aumenta a auto-estima e o bem-estar do indivíduo.

A noção de auto-conceito pode relacionar-se com a noção de valor próprio ou auto-estima. Para Duclos, Laporte e Ross (2006), a auto-estima é o valor que cada um atribui a si próprio nos diferentes aspectos da vida. Ter boa auto-estima conforme Duclos, Laporte e Ross (2006), significa assumir as suas responsabilidades, afirmar-se, saber corresponder às suas necessidades, ter objectivos e conseguir os meios para os atingir. Para que um jovem consolide a sua auto-estima, é importante que este se sinta apreciado, escutado e compreendido.

Se tivermos em conta o adolescente, com um auto-conceito favorável, quando capacitado e incentivado para a autonomia, tende a adoptar estratégias que promovam o seu bem-estar, o sentimento de competência e de controlo sobre a situação. De forma inversa, se considerarmos o adolescente com um auto-conceito desfavorável, dificilmente desejará envolver-se numa actividade que pensa que não é capaz de realizar ou controlar, pelo que vai manter a autonomia diminuída. Desta feita, torna-se imperativo reforçar o auto-conceito e projectar sobre os adolescentes com diminuição da autonomia, as nossas melhores expectativas, convencendo-os que as capacidades são qualidades para desenvolver e cultivar, mediante trabalho e esforço, ajudando-os a fazer atribuições causais realistas, vinculadas a causas internas e controláveis de forma a favorecer que se responsabilizem e se impliquem na aprendizagem para gestão do seu regime terapêutico.

A autonomia é pois uma competência que se adquire na prática quotidiana, reconhecendo as suas forças, as suas aptidões, as suas capacidades pessoais, acreditando em si próprio.

Os pais e os profissionais podem ajudar o adolescente a saber quem é e a desenvolver uma boa auto-estima reagindo de forma positiva e incentivando-o a resolver os

problemas com que se depara. A auto-estima constitui a base da motivação e da autonomia. Sentir-se competente significa estar convencido de que se pode envolver com êxito na gestão autónoma do seu regime terapêutico.

Bugalho e Carneiro (2004), referem que os doentes devem envolver-se activamente no seu tratamento, através da auto-administração da terapêutica, permitindo a monitorização e o controlo da sua doença. Por sua vez, os mesmos autores, anunciam dois tipos de intervenções para melhorar a adesão terapêutica, as intervenções educacionais e comportamentais. As intervenções educacionais, promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença, com linguagem clara e objectiva de acordo com o nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização. As intervenções comportamentais, indicadas por Bugalho e Carneiro (2004) visam incorporar na prática diária mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver os doentes no tratamento, fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação.

A integrar nas intervenções de enfermagem, pretende-se que segundo Henderson (1994), haja a adaptação de uma estrutura teórica, que permita que os objectivos que levam à saúde, ou seja, à independência, restabelecimento, manutenção ou à morte serena sejam conseguidos.

A realização deste relatório, permitiu concretizar os objectivos propostos, contribuindo para a concepção e estruturação de uma metodologia de avaliação do adolescente. Deste modo, foi possível, por um lado, destacar uma temática essencial na abordagem do adolescente, e por outro lado, organizar e propor um conjunto de boas práticas que parecem ser relevantes para assegurar uma maior qualidade e eficácia das intervenções de capacitação para a autonomia face à gestão do regime terapêutico.

Para os enfermeiros decidirem as intervenções às quais devem dar resposta, de acordo com as necessidades do adolescente/família, é necessário identificar, com rigor, tais necessidades, constituindo-se os referenciais teóricos como instrumentos metodológicos no desenvolvimento das práticas. A partir deste enquadramento, procurou promover o desenvolvimento da enfermagem, contribuindo para a definição do seu corpo de conhecimentos e convertendo esse mesmo conhecimento em acção.

Gostaria ainda de manifestar a expectativa de que este trabalho, com as diversas leituras e sugestões que daí possam decorrer, possa vir a constituir um contributo no atendimento do adolescente transplantado renal.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, M. (2002) - **(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica**. Coimbra: Quarteto Editora.
- ADLER, R. B. & TOWNE, N. (2002) – **Comunicação Interpessoal**. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora SA.
- ALLIGOOD, Martha; TOMEY, Ann (2004) - **Teorias de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Ed. Loures: LUSOCIÊNCIA. ISBN 972-8383-74-6.
- ALMEIDA, Paulo (2003) - **IMPACTO DOS FACTORES PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS À ADESÃO TERAPÊUTICA, AO CONTROLO METABÓLICO E À QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1**. Braga: Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Tese de Doutoramento.
- ANTONOVSKY, A. (1987) – **Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well**. San Francisco: Jossey Bass.
- ARIZA, Marta Romero; PÉREZ FERRA, Miguel (2009) - **CÓMO MOTIVAR A APRENDER EN LA UNIVERSIDAD: UNA ESTRATEGIA FUNDAMENTAL CONTRA EL FRACASO ACADÉMICO EN LOS NUEVOS MODELOS EDUCATIVOS**. **REVISTA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN**. N.º 51. 87-105.
- AUSLOOS, G. (2003) - **A competência das famílias**. Lisboa: Climepsi.
- BARROS, Luísa (2003) – **Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista**. 2ªed. Lisboa: Climepsi EDITORES. ISBN 972-796-081-2
- BASETON, G. (1999). **Una Unidad Sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente**. Barcelona: gedisa.
- BEE, Helen (2003) - **A criança em Desenvolvimento**. 9ª ed.. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-884-7.
- BELLMAN, Martin; LINGAM, Sundara; AUKET, Anne. (2003) – **SGS II. ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL. DOS 0 AOS 5 ANOS**. Manual Técnico. Lisboa: Cegoc. ISBN 972-881-04-5.
- BERNTSSON, L. et al (2007) – Adolescents experiences of well -being when living with a long -term illness or disability. **Scand J Caring Sci**. Vol. 21. 419 -425.

- BENNER, Patrícia (2005) – **De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora.
- BERETTA, Darlene (2010) - **Características de liderança do enfermeiro à prestação da assistência humanizada**. Acedido em 3.12.2011. Disponível em: <http://www.artigonal.com>
- BIAGGIO, Ângela (2009) – **PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO**. 21^a ed. Petrópolis: Vozes. ISSN 978-85-326-0632-7
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA (2009) - **Atenção humanizada ao recém -nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde. ISBN 85-334-0489-1
- BRAZELTON, T. Berry; GREENSPAN, Stanley I. (2003) – **A CRIANÇA E O SEU MUNDO. REQUISITOS ESSENCIAIS PARA O CRESCIMENTO E APRENDIZAGEM**. 3^a ed. Barcarena: Editorial Presença.
- BRAZELTON, B. T. (2000) – **Tornar-se família – o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento**. Lisboa: Terramar.
- BOWLBY, Jonh (1989) - **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BOWLBY, Jonh (1973) – **Attachment and loss, Vol. II. Separation Anxiety and Anger**. Nova Iorque: Basic Books.
- BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. (2004) – **Intervenções para Aumentar Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas**. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- CABRAL, Manuel; SILVA, Pedro (2010) – **A Adesão à terapêutica em Portugal. Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas**. Lisboa: Imprensa de Ciências sociais. ISBN 978-972-671-257.2
- CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES. Acedido em 2/12/2011 Disponível em: <http://www.chmt.min-saude.pt/InfoUtente/DireitosDeveres/>
- CÓDIGO PENAL PORTUGUÊS (2002) – Organização de Carlota Pizarro de Almeida e José Manuel Vialonga. 5^a ed. Coimbra: Livraria Almedina.

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS/ICN (2003) - **CIPE® Versão Beta 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Genebra: International Council of Nurses.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS/ICN (2007) – **Ambientes Favoráveis À Prática: Condições no Trabalho = Condições de Qualidade**. Genebra: International Council of Nurses. ISBN 92-95040-80-5
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS/ICN (2009) – **ESTABELECE PARCERIAS COM OS INDIVÍDUOS E AS FAMÍLIAS PARA PROMOVER A ADESÃO AO TRATAMENTO**. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-96021-1-3
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS/ICN (2011) - **CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2
- CORDEIRO, A.; SILVEIRA A. & RAPOSO, A. (2002) - **Triagem nos Serviços de Urgência Geral. Nursing**. (Fevereiro 2002).12-16.
- DECRETO-LEI n.º 413/71. **D.R I Série**. 228 (71-09-27) 1406-1434.
- DECRETO-LEI nº 161/96. **REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE)**. (96/09/04).
- DECRETO-LEI nº 104/98. **Criação da Ordem dos Enfermeiros e aprovação do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. (98/04/21).
- DECRETO-LEI nº 147/99. **D.R I Série/Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo**. 204 (99-09-01) 6115 – 6132.
- DECRETO-LEI n.º 156/99. **D.R I Série**. 108 (99-05-10) 2421-2424.
- DECRETO-LEI n.º 60/2003. **D.R I Série**. 77 (03-04-01) 2118-2127.
- DECRETO-LEI n.º 101/2006. **D.R I Série**. 109 (06-06-06) 3856-3665.
- DECRETO-LEI n.º 298/2007. **D.R I Série**. 161 (07-08-22) 5587- 5596.
- DESPACHO NORMATIVO n.º 97/83. **D.R I Série**. 93 (83-04-22) 1439-1453.
- DIAS, F. (2001) - **Sistemas de Comunicação de Cultura e de Conhecimento. Um olhar Sociológico**. Lisboa: Instituto Piaget.
- DIAS, A. M.; [et al] (2011) – **ADESÃO AO REGIME TERAPEUTICO NA DOENÇA CRÓNICA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**. **Millenium**. Nº 40. 201-219.

- DIOGO, Carla Silva (2007) – **IMPACTO DA RELAÇÃO CIDADÃO – SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER NA REQUALIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS DO SNS.** [em linha] Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de saúde. Acedido em 30.11.2011. Disponível em: <http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/993/1/IRC-Sistema%20Triagem%20Manchester%20na%20requalifica%C3%A7%C3%A3o%20das%20urg%C3%Aancias%20do%20SNS.pdf>
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2005) - **Saúde Infantil e Juvenil. Programa-tipo de Actuação 12. ORIENTAÇÕES TÉCNICAS.** Lisboa: DGS. ISBN 972-675-084-9
- DOWSON, C. A.; [et al] (2004) - Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. **Journal of Psychosomatic Research.** Vol. 56. 333 -340.
- DUCLOS, Germain; LAPORTE, Danielle; ROSS, Jacques (2006) – A auto-estima dos adolescentes. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-245-9
- FREDERICKSON, B. L. (2003) - The value of positive emotions: the emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. **American Scientist.** Nº 91. 330-335.
- GEORGE, Júlia B. (2000) – **TEORIAS de ENFERMAGEM. Os fundamentos à prática profissional.** 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED.
- HAYNES, R., TAYLOR, D., & SACKETT, D. (1979) – **Compliance in health care.** Baltimore: John Hopkins University Press.
- HENDERSON, Virginia (1994) – La Nature des Soins Infirmiers. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique.
- HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. (2006) - **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN 85-352-1918-8
- JORGE, Ana Maria (2004) – **FAMÍLIA E HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA. (RE) PENSAR O CUIDAR EM ENFERMAGEM.** Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-79-7
- KÉROUAC, Suzanne ; [et al] (2002) – **EL PENSAMIENTO ENFERMERO.** Barcelona: MASSON. ISBN 2-7607-0584-6

- KLAUS, M.; KENNEL, J. (1989) - **O surpreendente recém-nascido**. Porto alegre: Artes Médicas.
- KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. G. (2005) – A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**. Vol.10, nº2 (Jul./Dez. 2005). 113-120.
- KIRKPATRICK, D.L. (1998). **Another look at evaluating training programs**. Alexandria, VA: American Society for Training & Development.
- KOHLBERG, L. (1981) – Essays on moral development. San Francisco: Harper e Row.
- LAZURE, Hélène (1994) – Viver a relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.
- LEI n.º 56/79. **D.R I Série**. 214 (79-09-15) 2357-2363.
- LEI n.º 48/90. **D.R I Série**. 195 (90-08-24) 3452-3459.
- LOPES, Manuel J. (2006) – **A Relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. ISBN 972-8485-6-X
- MACHADO, Maria (2009) - **Adesão ao Regime Terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. Braga: Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Tese de Mestrado
- MARTINEZ, Luís (2007) - A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. **COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL E GESTÃO**. VOL. 13, N.º 1. 37-54.
- MARTINS, M. (2002) - **Uma crise acidental na família: o doente com AVC**. Coimbra: Formasau.
- MATURANA, H. & VARELA, F. (2005) - **A árvore do Conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano**. São Paulo: Palas Athena.
- MELEIS, A. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances In Nursing Science**. Nº 9.12-28.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral de Saúde (2004) – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. 1 e 2 Vol. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-109-8.
- NETO, D.; [et al] (2009) – Adesão ao tratamento imunossupressor no transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. ISSN2175-8239. Vol.31, nº2. (Abr./Mai./Jun. 2009).199-146.
- NEUENSCHWANDER, Markus (2002) – **DESENVOLVIMENTO E IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA**. Coimbra: Almedina. ISBN 972-40-1769-9

- NUNES, Lucília (2006) - **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos cuidados de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-17-8
- NUNES, Lucília (2011) – **Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-67-7
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM dos ENFERMEIROS (2003) – **Divulgar: Competências do Enfermeiro de cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
ISBN 972-99646-0-2
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005a) – **Carta dos Direitos do Doente Internado** in Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa; Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2. 389-420.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005b) – **Convenção sobre os Direitos da Criança** in Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa; Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2. 421-446.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Desenvolvimento profissional - Individualização das especialidades em Enfermagem. Fundamentos e Propostas de Sistema**. **Ordem dos Enfermeiros**, Nº 26 (Junho de 2007). 9-20.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA. ENTREVISTA AO ADOLESCENTE**. Cadernos OE. Série I. Nº 3. Vol. 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-00-4
- OREM, Dorothea (2001) - **Nursing - Concepts of practice**. St Louis: Mosby.
- PADILHA, José M.(2010) - **Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crónica na promoção do autocontrolo da doença**. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. ISSN 0873-2159. Vol XVI, n.º 4 (Julho/Agosto 2010). 641–648.

- PAPALIA, D.E.; [et al] (2009) - **o Mundo da Criança – Da infância à adolescência**. 11ª ed. São Paulo: McGraw-Hill.
- PEDRO, JOÃO (2009) - **PARCEIROS NO CUIDAR: A PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO NO CUIDAR COM A FAMÍLIA, A CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- PERRY, Anne Giffin; POTTER, Patrícia A. (2000) – **Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos**. 2ª ed.. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-96-7.
- PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde (2004) – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010**. Lisboa. Vol.1.
- QUEIRÓS, Ana (2000) – Reflexões sobre os modelos e teorias em enfermagem. **Sinais Vitais**. Nº 29 (Março 2000).15-18.
- QUEIRÓS, Ana (2001) - **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-871-07-5
- QUINN, R. E et al (2003) – **Competências gerenciais: princípios e aplicações**. 3ªed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- RAMOS, M. J. P. (2001) – **Desafiar o desafio. Prevenção do stress no trabalho**. Lisboa: RH Editora.
- REDMAN, Barbara K. (2003) – **A Prática da Educação para a Saúde**. 9ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-39-8.
- REGULAMENTO n.º 123/2011. **D.R. II Série 35 (2011-2-18) 8653**.
- REIS, Joaquim (2005) – **O QUE É A SAÚDE? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde**. Lisboa: Nova Veja. ISBN 972-699-810-7
- RICOU, Miguel (2004) – Psicologia da Criança e do Adolescente: uma abordagem a partir da ética profissional. **Nascer e crescer**. revista do hospital de crianças maria pia. Vol.XIII, nº 3. 234-238.
- RILEY, Júlia Balzer (2004) – **COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-81-9
- RODGERS; [et al] (1971) – **Psychothérapie et relations humaines**. 5ª Ed. Paris: Ed. Béatrice Nauwe Laerts.

- SANTOS, Ana; PESSOA, Teresa (2009) – **APRENDER A COMUNICAR EM ENFERMAGEM**. Actas do X Congresso Galego-Português de Psicopedagogia. Braga. Universidade do Minho. ISBN 978-972-8746-71-1
- SANTOS, Sónia; [et al] (2011) - Impacto da doença crónica na adolescência. **Nascer e Crescer**. revista do hospital de crianças maria pia. Vol. XX, nº.1. (Março 2011).16-19. ISSN 0872-0754.
- SIGAUD, C.H.S.; VERÍSSIMO, M.L.R. (1996) - **Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: Pedagógica e Universitária.
- SNYDER, C. R. (2000) - **Handbook of hope**. San Diego: Academic Press.
- SOUSA, Eduarda Neves; [et al] (2007) – **20 anos. SERVIÇO DE PEDIATRIA (1987-2007)**. Lisboa: HSFX.
- SOUSA, Odete L. (2005) – Adesão ao regime terapêutico em crianças infectadas pelo VIH/SIDA. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-1586. Nº4 (Out/Nov/Dez 2005).
- STEDMAN (1996) – **Dicionário Médico**. 25ª ed..Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan.
- STIPECK, D. (1993) – **Motivation to Learn**. Boston: Allyn and Bacon.
- STONE, G. (1979) - Patient compliance and the role of the expert. **Journal of Social Issues**. Nº. 35. 34-59.
- TAVARES, José; ALARCÃO, Isabel (1992) – **Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem**. Coimbra: Almedina.
- TEXTO EDITORES (2009) – **Dicionário Integral da Língua Portuguesa**. Alfragide: Texto Editores, Lda. ISBN 978-972-47-3957-1
- THOMPSON, Ian E.; MELIA, Kath M.; BOYD, Kenneth M. (2004) – **Ética em Enfermagem**. 4ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-67-3
- TONG, A. et al (2009) - Adolescent experiences following organ transplantation: a systematic review of qualitative studies. **J. Pediatric** 2009. Vol.155 nº4. 542-549.
- VASCO,Fernando; LEVY, M. L; CEPÊDA, Teresa (2009) – **Anotações. Carta da Criança Hospitalizada**. 2ª ed. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003) - **Adherence to long-term therapies-evidence for action**. Genebra: Organização Mundial da Saúde. ISBN 9241545992
- YANG, M. (2004) – Newborn neurologic examination. **Neurology**. Vol. 62, nº 1. 15-17.

http://www.chlo.minsaude.pt/Downloads_HSA/CHLO/Hospital/Servi%C3%A7os/Pediatria/Hist%C3%B3ria%20do%20Servi%C3%A7o%20de%20Pediatria.pdf. Acedido em 2011/10/16.

http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/Historia/?sm=1_0. Acedido em 2011/10/16.

<http://www.hsm.min-saude.pt/>. Acedido em 2011/11/17.

<http://www.hsm.minsaude.pt/In%C3%Adcio/NotaHist%C3%B3rica/tabid/1569/Default.aspx>. Acedido em 2012/01/07.

<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosnshtm>. Acedido em 2012/01/09.

http://www.acesoeiras.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=164. Acedido em 2012/01/11.

http://intranet/organizacao/historia/Paginas/Hospital_de_Santa_Cruz.aspx. Acedido em 2012/01/27.

<http://www.sinfic.pt/SinficWeb/displayconteudo.do2?numero=24933>. Acedido em 2012/02/28.

ANEXOS

ANEXO I

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Hospital de São Francisco Xavier/Serviço de Neonatologia

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

A construção do edifício do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) teve início em 1972, embora só em 1986 tenha sido destinado a funcionar como hospital, altura em que o Ministério da Saúde o adquiriu tendo sido regulamentado através do Decreto-Lei nº 11/86 de 5 de Novembro e cuja inauguração realizou-se a 24 de Abril de 1987.

Segundo Sousa et al (2007), o edifício foi inicialmente destinado a ser uma instituição privada e apelidada de “Clínica do Restelo”. A clínica foi transformada numa moderna unidade hospitalar e foi-lhe atribuída a classificação de hospital geral central de nível 4.

No âmbito da última reforma de saúde, este hospital converteu-se no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO E.P.E.) em 29/12/2005 e é composto pelos hospitais: Hospital Egas Moniz, Hospital de São Francisco Xavier e Hospital de Santa Cruz.

A missão preconizada pelo CHLO assenta na “prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades hospitalares que o compõem, dando execução às definições políticas de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovadas”(CHLO, E.P.E., 2006, p.1).

No desenvolvimento das suas actividades tem como princípios, a humanização, o respeito pela dignidade individual de cada doente, a promoção da saúde na comunidade, a actualização face aos avanços da investigação e da ciência, a excelência técnico-profissional, a ética profissional, a promoção da multidisciplinaridade e o respeito pelo ambiente.

O Hospital de S. Francisco Xavier, S.A. é um Hospital Geral, Central, onde estão sediadas a Urgência Geral de grau 4, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da Zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes.

O CHLO, E.P.E., presta cuidados de saúde diferenciados a uma população de cerca de 950 mil habitantes, residentes nos concelhos de Oeiras, Cascais, Amadora e Sintra e nas freguesias de S. Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável do concelho de Lisboa.

É a referência para a área de Saúde Mental do concelho de Cascais e constitui-se como hospital de primeira linha para Algumas das freguesias do concelho de Lisboa e do concelho de Oeiras identificadas.

Constitui para as especialidades de Cardiologia e Nefrologia a última linha de referência nacional.

Para a especialidade de infecciologia, não tem área de influência definida, abrangendo toda a população.

É ainda referência directa do Centro Hospitalar Conde Castro Guimarães (Cascais), e para o Hospital Dr. Fernando da Fonseca (Amadora – Sintra), em situações de trauma complicado. Funciona mais directamente com os seguintes Centros de Saúde: Ajuda, Alcântara, Carnaxide, Cascais, Oeiras, Parede e Santo Condestável.

Serviço de Neonatologia

O serviço de Neonatologia do Hospital São Francisco Xavier foi inaugurado em Fevereiro de 2006 com as actuais instalações no piso 1 do edifício 2. Trata-se de um espaço físico de dimensão ampla onde se circula livremente e onde a parte tecnológica tem espaços definidos.

O serviço é constituído por várias salas, com funções e finalidades específicas:

Sala dos Pais – uma sala à disposição dos pais, onde podem descansar do stress da unidade ou mesmo pernoitar, comer uma refeição ligeira que tragam de casa, permanecer com outros filhos e receber visitas. Aqui, dispõem de cacifos onde podem guardar os seus objectos pessoais, evitando a entrada destes na unidade;

Secretaria – onde está disponível uma administrativa para tratar de documentação relacionada com o internamento;

Sala de ambulatório – utilizada para receber crianças vindas do exterior para realizar exames complementares de diagnóstico (ecografia transfontanelar, ecografia cardíaca), e outros procedimentos;

Sala multifunções – sala utilizada pela equipa multidisciplinar, com diversas finalidades, entre as quais reuniões com os pais;

Casa de Banho;

Sala de Armazenamento de Material – utilizado nos cuidados promovidos aos recém-nascidos;

Sala de “Leites e Companhia” – sala de extracção e armazenamento de leite materno;

Quarto de Isolamento – para situações de isolamento de contenção ou de risco de propagação de infecção;

Sala de Reuniões;

Sala de Pausa – local onde os elementos da equipa multidisciplinar podem fazer refeições, tomar café, e conviver;

Gabinete da Enfermeira Chefe;

Sala de Equipamento – onde se guarda equipamento que não está a ser utilizado;

Sala de Limpeza e Desinfecção de Material;

Sala de Cuidados Intensivos Pediátricos – No momento a funcionar como isolamento de infecção nosocomial, com 3 vagas;

Sala de Cuidados Intermédios Neonatais – com 9 vagas, embora com capacidade física de 12 incubadoras;

Sala de Cuidados Intensivos Neonatais – com 5 vagas;

Três Gabinetes Médicos.

Ajuda Mútua

O serviço de Neonatologia do HSFx é responsável pela criação e desenvolvimento de vários projectos, um dos quais intitula-se Ajuda Mútua.

Este programa tem o objectivo de proporcionar a partilha (entre os pais cujos filhos já tiveram alta e os pais/família com filhos internados) de experiências vivenciadas, evidenciando aspectos que contribuíram de forma positiva para ultrapassar dificuldades.

O seu orientador de estágio integra o grupo responsável por este programa, de forma que foi convidada a assistir.

Após programação do dia, hora e reserva do espaço, convidaram-se os pais cujo filho já teve alta a partilhar a sua experiência vivida.

Os pais convidados por sua iniciativa prepararam um pequeno filme relacionado com o filho.

O grupo era composto por dois enfermeiros, os pais convidados, cerca de 6 pais cujos filhos estavam internados no serviço e eu.

O enfermeiro deu início à sessão, clarificando tratar-se de uma reunião informal onde poderiam fazer perguntas, partilhar experiências e satisfazer dúvidas. Apresentou as pessoas do grupo e deu a palavra aos pais convidados. A mãe convidada por sua vez apresentou o filho de quem vinha falar. Menino de 25 semanas e 5 dias de gestação, 625 gramas, internamento de 4 meses, à data com a idade de 7 meses e 4 meses de idade corrigida.

De seguida lembrou aspectos relevantes da sua experiência: o peso do filho, o sentimento de culpa, a transferência da culpa para o cônjuge e o conseqüente afastamento, os ressentimentos que é necessário trabalhar, conversar e construir, o recurso ao pedopsiquiatra do serviço que dá apoio aos pais, a sua fé religiosa, os períodos de choro, o apoio dos amigos e família, a relação que estabeleceu com os profissionais locais, a proximidade com os outros pais e finalmente o apoio que lhe foi proporcionado com reuniões da “Ajuda Mútua” onde conquistou esperança para ultrapassar a fase que experienciava. Realçou ainda que o facto de ter outro filho contribuiu para afastar o pensamento do serviço, pela necessidade de se dividir e dar assistência aos dois filhos.

Explicou a importância da transferência de serviço, como se a transferência de serviço representasse um estadio anterior de estar em casa. Foi fomentando a capacidade dos pais a aceitarem de bom grado essa mesma transferência, relacionando-a com o sentido de recuperação e melhoria da capacidade da criança. Ir para a enfermaria tem uma importância pedagógica para os pais, porque proporciona a autonomia dos cuidados prestados pelos pais pelo que têm que estar mais presentes. Os pais, têm oportunidade de programarem as rotinas que querem dar continuidade em casa, acrescentou.

Agora em casa, parece terem esquecido que estiveram no serviço tanto tempo, embora numa fase inicial tivessem sentido nostalgia das vindas diárias ao hospital.

Criou-se de seguida um espaço em que cada mãe/pai falou do seu filho/a, das suas apreensões, confraternizando num clima de esperança e compreensão. Criou-se um momento de intimidade e cortesia por cada sentir agora verbalizado. Algum alívio pela partilha e por terem testemunhado a recuperação de uma criança em condições semelhantes às suas.

Dois dos pais expuseram o seu constrangimento por a equipa médica ter separado os seus gémeos com a transferência de apenas um dos filhos e não dos dois em simultâneo como seria desejável.

Os pais convidados reforçaram a ideia de que as experiências nunca são iguais mas que os filhos são bebés especiais porque lutaram e sobreviveram sendo por isso também os pais especiais, pela oportunidade de acompanharem aqueles bebés com tanta dedicação e pormenor, valorizando pequenas coisas para a construção de um estadio de maior capacidade.

Ao finalizar a reunião os pais convidados disponibilizaram o seu número de telefone e o seu endereço electrónico para eventuais contactos posteriores.

Em seu entender o objectivo do programa foi largamente atingido. Todos os elementos do grupo tornaram-se participantes activos, demonstrando concordância com os aspectos envolvidos nos seus processos experienciais. Foi criado um espaço de partilha, em que os constrangimentos se tornaram compreensíveis e normalizados. As suas apreensões e inseguranças quando verbalizadas são precedidas de alívio, pela semelhança ou simplesmente por terem sido exteriorizadas.

Como enfermeira, foi possível experienciar a capacidade de conduzir uma reunião com simplicidade e cuidado, valorizando cada vivência, promovendo um clima profundamente apaziguador.

A relação como profissional de enfermagem passou a ter maior proximidade e compreensão. Foi sentido maior cordialidade nos dias seguintes, pelo cumprimento diário, pela facilidade que passou a ser abordada como elemento integrante do tal grupo de “Ajuda Mútua”.

Com o nascimento do filho, a vida dos pais muda de forma relevante e essa mudança pode adquirir significado diferente quando o filho nasce prematuramente. É uma situação que se apresenta de forma complexa para a família, uma vez que exige uma nova adaptação. Dias (2001), define a adaptação familiar como as formas utilizadas pelo sistema para prosseguir as suas finalidades, que por sua vez dependem da estrutura económica, política, normas e regras da interacção humana e os próprios processos de socialização. A adaptação depende dos recursos e da capacidade de mobilização desses recursos pela família. Os processos de adaptação a novas situações de acordo com Martins (2002), sejam eles internos ou externos, a fim de assegurar a mudança e continuidade da família, serão sempre revestidos de mais ou menos stress.

Ausloos (2007) considera que as tensões se traduzem em crises e que a estas estão associadas oportunidades de mudança permitindo a evolução para um novo nível de funcionamento, mais diferenciado e complexo.

Meleis (2000), refere que a transição é caracterizada pela mudança de um estado para o outro, sendo necessário que a família esteja capacitada para utilizar os mecanismos ou os recursos que lhe permitam resolver os desajustes, no sentido de se adaptar a um novo estado, face à situação de crise.

A criação de espaços de partilha, de esperança, em que se toma conhecimento de condições semelhantes, já experienciadas e ultrapassadas com sucesso envolve os princípios da psicologia positiva.

A psicologia positiva, citando Fredrickson (2003), tem vindo a defender que a adopção de um esquema interpretativo optimista tem efeitos benéficos a nível psicológico e fisiológico, efeitos esses, que potenciam a produtividade e motivação individual. De acordo com esta escola de pensamento, as emoções positivas são fundamentais para auxiliar e melhorar o crescimento e desenvolvimento pessoal.

Snyder (2000) menciona que o constructo 'esperança', inclui o estabelecimento de metas, uma vez que, por definição, esperança significa ter a capacidade para definir objectivos, encontrar formas de os alcançar, e motivar-se para tal.

A teoria ou o conceito da esperança é orientada para o futuro e tende a explicar melhor a orientação para os objectivos

Investigações nestas áreas começaram a sugerir uma relação entre pensamentos e sentimentos negativos com menores níveis de saúde, estratégias de *coping* menos eficazes e níveis menores de recuperação médica, ao passo que auto-avaliações positivas e a percepção de controlo e auto-competência pareciam estar associadas a maior bem-estar físico e psicológico (SNYDER, 2000). Tal justificou um interesse crescente no estudo de processos positivos, como a esperança.

Relativamente às perspectivas de futuro, sabe-se que os indivíduos com elevada esperança tendem a ser mais optimistas, focando-se no sucesso durante a prossecução dos seus objectivos, desenvolvendo vários objectivos de vida e considerando-se capazes de resolver problemas que surjam.

Assim, o programa "Ajuda Mútua", em funcionamento neste serviço de neonatologia há cerca de um ano e perpetuado a pedido dos pais, parece cooperar com o bem-estar destas famílias.

ANEXO II
GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DE VINCULAÇÃO

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DE VINCULAÇÃO

- Posição da face da mãe/pai: frente ao bebé / lateral ao bebé
- A mãe/pai sorri ao bebé
- A mãe/pai beija o bebé
- A mãe/pai embala o bebé
- A mãe/pai acaricia o bebé: nas extremidades / no tronco
- A mãe/pai chama o bebé pelo nome
- A mãe/pai conversa com o bebé
- A mãe/pai expressa alguma preocupação em relação às suas capacidades?
sim / não

(HOCKENBERRY, WILSON, WINKELSTEIN, 2006)

ANEXO III

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Hospital de Santa Maria/Serviço de Nefrologia Pediátrica

HOSPITAL DE SANTA MARIA

O Hospital de Santa Maria (HSM) data de 1953, ano em que foi concluída a sua construção como Hospital Escolar de Lisboa. Francisco Gentil presidiu à criação da comissão dos novos edifícios universitários em 1934. O projecto do HSM foi concebido em 1938, pelo arquitecto alemão Hermann Distel e oficialmente inaugurado em 1953, abrindo ao público no ano seguinte. O HSM fica localizado na Cidade Universitária, na freguesia do Campo Grande em Lisboa. O HSM é um hospital universitário que integra desde 2007 o Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE (CHLN) que por sua vez pertence ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Do CHLN fazem parte o HSM e o Hospital Pulido Valente (HPV). A sua área de influência confina-se ao distrito de Lisboa, Concelho Lisboa com apenas algumas das freguesias circundantes; Concelho de Loures; Concelho de Odivelas. A par do apoio que presta às populações da sua zona de influência directa, o CHLN garante referência diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional e nacional e dos países de expressão portuguesa. Segundo a sua página oficial, o CHLN cumpre os objectivos de uma grande unidade do sistema público, com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência, com satisfação dos doentes e dos profissionais.

Serviço de Nefrologia Pediátrica

O serviço de Nefrologia Pediátrica do HSM está integrado na Área Organizacional de Saúde da Mulher e da Criança. Este serviço data de 1996, sofreu obras de recuperação e foi inaugurado em Setembro de 2010 com as actuais instalações no piso 7 do edifício da ala direita com a prumada número 7. Dispõe de duas entradas uma através de escadas ou elevador número 4 e outra através do número 11. A sua capacidade é de 8 crianças/adolescentes com patologia nefrológica vindos do serviço de urgência, de outros hospitais ou de consultas da especialidade. A nefrologia pediátrica do HSM é ainda a unidade de referência da zona sul do país.

O serviço é constituído por um hall na entrada, vários gabinetes destinados a funções de apoio à unidade de internamento como sejam gabinetes médicos, o gabinete da Enfermeira Chefe, o do administrativo do serviço, a copa, a desinfecção e uma sala onde

funciona o hospital de dia onde são acompanhados os utentes após a alta. De seguida a uma porta de separação, situa-se a enfermaria que dispõe de uma casa de banho para os utentes, uma casa de banho para o pessoal, a sala de actividades, a sala de trabalho, a sala de tratamento e quatro quartos cada um com duas camas. Ao fundo do serviço situa-se a unidade de hemodiálise com 6 unidades, duas das quais destinadas a utentes portadores de doença viral. As crianças em programa de hemodiálise podem encontrar-se internadas no mesmo serviço ou em regime ambulatorio.

Unidade Móvel de Assistência Domiciliária (UMAD)

Durante o ensino clínico, foi concebida a oportunidade de acompanhar a enfermeira perita na visita domiciliária.

Com o patrocínio da Fundação Gil, o serviço de Nefrologia Pediátrica dispõe de um automóvel e de um motorista desde Junho de 2006, para visitas domiciliárias e o dia estipulado é a segunda-feira. Esta modalidade de assistência permite, uma extensão da cobertura de cuidados facultados no meio hospitalar até ao domicílio à criança e à sua família, com a finalidade de melhorar a sua qualidade de vida e diminuir o número de idas ao hospital.

As visitas domiciliárias permitem dar continuidade ao ensino iniciado no hospital, identificar factores de risco na execução de técnicas como seja a diálise peritoneal manual ou automatizada, *in loco*, de forma a esclarecer dúvidas, a corrigir o posicionamento dos dispositivos ou mesmo no acondicionamento do material. Permite ainda, diminuir o número de internamentos no hospital e identificar necessidades para encaminhamento de outros recursos na comunidade.

Para além de se agendar a visita domiciliária pessoalmente, como seja, durante a preparação para a alta, ou telefonicamente, é necessário que sejamos aceites no domicílio do utente. Por vezes, esta visita tem que ser negociada e preparada com antecipação. Alguns pais demonstram constrangimento em serem visitados. O horário não é conveniente, porque o menino tem escola, ou surgem no hospital com antecipação dizendo que o menino não está bem.

Assim, não se visita ninguém sem aviso prévio. Estas famílias, aguardam a nossa chegada. Com discrição a colega mais experimentada pede para lavar as mãos na casa de banho, com o objectivo de avaliar as condições de higiene da mesma. A maioria das

casas, encontravam-se limpas e arrumadas, no entanto, em minha opinião, demasiadamente frias. Estas crianças têm patologias renais e provável diminuição da hemoglobina com conseqüente diminuição da perfusão periférica. Metade das crianças visitadas, tinham vestido o seu *anoraki*. De forma discreta e a pretexto de cumprimento segurou as suas mãos frias.

Considera termos sido recebidas com simpatia e familiaridade, por todas as famílias visitadas.

A Enfermeira perita, fez a ponte desde a última vinda e dizia “vejo que desde a última vez, decidi (...)” e desta forma aferia a informação, convidava a mãe a contar como fez, como aconteceu, qual a dose, enfim, reunia a informação para registrar no processo do “João” a evolução, o estadio para mais tarde na próxima visita qualquer elemento de enfermagem possa dar continuidade a esta família. Sentiu ser imprescindível, o desenvolvimento de competências interpessoais para construção de uma relação terapêutica facilitadora de toda a aprendizagem necessária à autonomia. Durante as visitas não sentiu qualquer tipo de inibição em participar nesta iniciativa, embora testemunhasse que já estava estabelecido uma relação entre a família e a enfermeira e já existisse uma certa cumplicidade. Após ter sido apresentada foi convidada a entrar, não havendo constrangimento quando interveio, talvez pela sua experiência na área da insuficiência renal e transplantação renal.

Como suporte adicional, os pais dispõem de um manual de consulta, junto dos dispositivos que utilizam. Têm também os telefones do serviço do HSM e ainda o contacto do enfermeiro da empresa que fornece os dispositivos e materiais. Através da visita domiciliária é possível apoiar, orientar e aconselhar a família, ajudando-a a adoptar atitudes e comportamentos adequados às limitações dos seus filhos.

Considera este programa de visitação domiciliária muito inovador e importante, pois permite conhecer a realidade do utente e promover um ensino adequado à realidade de cada pessoa.

ANEXO IV
GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO ORIENTADOR PARA ACEDER ÀS SIGNIFICAÇÕES PESSOAIS

- O que é para si a saúde?
- O que pensa que lhe está a acontecer?
- O que pensa que lhe provocou a sua doença?
- Acha que pode ter um papel importante no seu estado de saúde?
- Que pensa fazer para ter uma saúde melhor?
- Estou convencido de que a minha saúde vai melhorar mesmo que não cumpra o meu regime terapêutico?
 - O meu regime terapêutico terá um efeito positivo no tratamento da minha doença?

(REIS, 2005)

ANEXO V

TROCA DE EXPERIÊNCIA: UTR ANTÓNIO PINA, HSC

ANEXO VI

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO
ACES de Oeiras/ Unidade de Saúde Familiar Delta

ACES de Oeiras

Atendendo à minha experiência profissional ter sido exclusivamente hospitalar, senti necessidade de compreender a origem e organização dos cuidados de saúde na comunidade, pelo que apoiando-me em legislação publicada fiz um percurso cronológico da evolução do conceito de CS.

A origem dos CS, relacionam-se com a publicação do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, que promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência, onde são explicitados princípios, como sejam o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito. Surgem assim, os “centros de saúde de primeira geração”.

Posteriormente, a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição da República Portuguesa. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. O Serviço Nacional de Saúde envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

O Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, aprova o Regulamento dos Centros de Saúde, dando lugar aos “centros de saúde de segunda geração”. Os centros de saúde surgem como unidades integradas de saúde, tendo em conta os princípios informadores da regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde.

Em 1999, é estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde, através do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio. Trata-se de um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográficos e populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos.

Através do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, é estabelecido novo regime de criação,

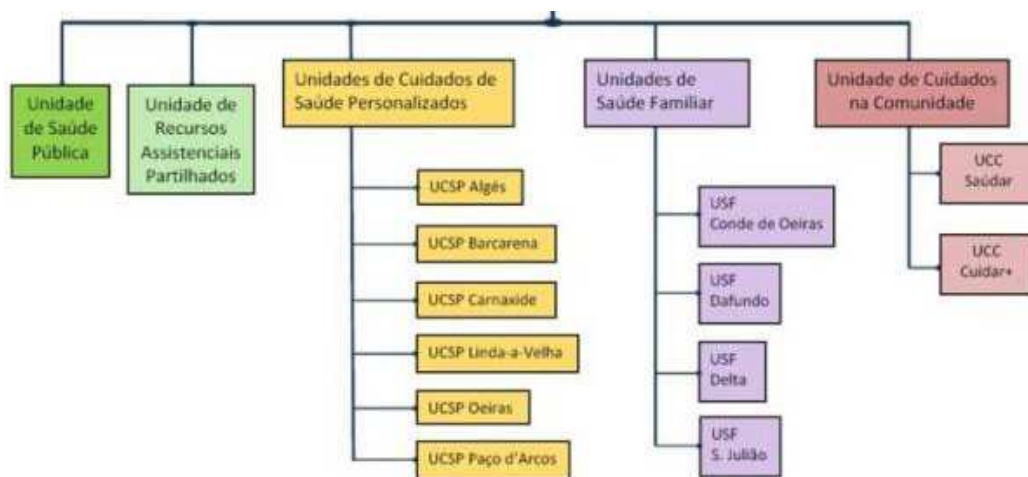
organização e funcionamento dos centros de saúde. São criados assim os chamados “centros de saúde de terceira geração”, pessoas colectivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde.

O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, cria a rede de cuidados de saúde primários. Traduz a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam co-existir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos.

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Em 2007 surgem as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários. O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objectivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados.

O ACES de Oeiras é composto por várias Extensões de Saúde e podem ser visualizadas no esquema a seguir:



Fonte: ACES de Oeiras

Segundo a sua página electrónica, o ACES Oeiras tem como área de actuação um único município – Oeiras – abrangendo uma população de 175 000 residentes no Concelho. A sua missão é garantir a todos os utentes da área geográfica do concelho de Oeiras a melhoria progressiva da qualidade na promoção da saúde e prevenção da doença, da prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos

cuidados e garantir uma acessibilidade eficiente.

Os hospitais de referência são os pertencentes ao Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO) – Hospital São Francisco Xavier, Santa Cruz e Egas Moniz.

O ACES de Oeiras dispõe de consultas específicas tais como o atendimento de jovens e adolescentes, Cessação tabágica, Planeamento Familiar, Psicologia, Saúde Escolar, Ginecologia, Medicina Geral e Familiar, Obstetrícia. Meios de diagnósticos, análises clínicas, promoção da saúde, vacinação. Tratamentos e outras actividades tais como pensos, administração de injectáveis, algaliações, administração de aerossóis, aspiração de secreções, domicílios de enfermagem, entre outros.

Unidade de Saúde Familiar Delta

O Centro de Saúde de Oeiras é composto pela extensão de saúde de Paço de Arcos, que inclui a Unidade de Saúde Familiar (USF) Delta. Foi oficialmente inaugurada pelo então Ministro da Saúde, Correia de Campos, a 29 de Maio de 2007.

A USF Delta, conta com 6 enfermeiros e oito médicos de família, cada um com cerca de 1.850 utentes a seu cargo.

A estrutura do edifício assemelha-se a um rectângulo, com um longo corredor interno, sendo a disposição dos gabinetes à direita e à esquerda do corredor. O serviço é composto por uma sala de espera, 10 gabinetes médicos, um gabinete de Saúde da Mulher onde é habitualmente realizada a consulta de enfermagem de Planeamento Familiar e Saúde Materna, duas salas de Tratamentos, um gabinete de enfermagem para Consulta de Diabetes e um gabinete de enfermagem de Saúde Infantil/Vacinação.

ANEXO VII

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Serviço de Urgência Pediátrica

Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), localiza-se numa das entradas do hospital, no piso 0 e no edifício 2. Foi inaugurado em Janeiro de 2006.

O Balcão de Urgência dispõe de uma decoração criativa e inovadora e de comodidades espaçosas com sejam, uma sala de triagem com dois postos de atendimento de enfermagem, 4 gabinetes de observação médica, uma sala de reanimação, uma sala de aerossóis, uma sala de enfermagem para procedimentos. Contíguo a estes gabinetes existe a casa de banho e muda fraldas para os clientes e um espaço mais restrito que é chamada a sala de espera interior.

Desde Janeiro de 2003, com a entrada em funcionamento do acordo para as urgências pediátricas da área metropolitana de Lisboa que o horário de funcionamento se faz das 9h às 22h.

De acordo com SOUSA et al (2007), A grande afluência à urgência tornou necessária a triagem prévia dos doentes feita pelos enfermeiros, prática pouco comum nessa altura no nosso país.

ANEXO VIII

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Hospital de Santa Cruz/Unidade de Transplantação Renal

Hospital de Santa Cruz

O Hospital de Santa Cruz (HSC) iniciou a sua actividade a 23 de Abril de 1980, nas instalações inicialmente previstas para uma clínica privada, criada nos anos 60 e que se encontrava desactivada na sequência do 25 de Abril de 1974. Estas infra-estruturas foram adquiridas pelo estado e foram então convertidas em hospital público. Na sua origem, esteve o projecto de colmatar as carências que se faziam sentir em Portugal, em procedimentos diferenciados nas áreas de cardiologia e de nefrologia, que obrigava o recurso a serviços estrangeiros.

O HSC foi pioneiro em transplante cardíaco. O primeiro enxerto cardíaco foi realizado em 1986 e desde essa data, tem vindo a desempenhar um dos papéis mais importantes em Portugal na área da transplantação, tendo sido em 1985, a data de realização do seu primeiro transplante renal. Mais recentemente, o transplante renal com dador vivo tem vindo a assumir um papel de importância relevante.

Segundo a página oficial electrónica, esta instituição, assumiu uma filosofia orientadora de criar um espírito novo e um sentimento de envolvimento laboral, que conjugasse a excelência e o rigor profissional e científico com o respeito pela dignidade dos doentes.

Em 10 de Dezembro de 2002, o hospital transformou-se numa sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, o Hospital de Santa Cruz, S.A..

A 29/12/2005, com a publicação do Decreto-Lei 233/2005, foi criado o novo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), E.P.E. que agrega os Hospitais de Egas Moniz, de Santa Cruz e de São Francisco Xavier.

O CHLO tem uma missão comum aos três hospitais que o integram o grupo, referenciada no Anexo I.

Unidade de Transplantação Renal António Pina

A Unidade de Transplantação Renal (UTR) do HSC, chama-se António Pina, em homenagem a um dos seus cirurgiões gerais, falecido em 2009. O Dr. Pina, foi considerado um dos maiores impulsionadores da UTR, tendo contribuído com esforço e determinação profissional junto das pessoas transplantadas renais.

A UTR situa-se no piso 01 do HSC, e pertence ao Serviço de Consulta Externa.

No que diz respeito aos recursos físicos, é constituída por dois gabinetes destinados à consulta de enfermagem, cinco gabinetes de consulta médica e 1 gabinete destinado aos serviços administrativos. O espaço aberto e contíguo aos gabinetes constitui a sala de espera.

O espaço físico da UTR do HSC, começa hoje, a ser considerado exíguo, atendendo aos 800 transplantados que presentemente são acompanhados nesta consulta.

Em termos de recursos humanos, a UTR dispõe de 4 Enfermeiros, 3 dos quais permanentes e 1 Enfermeiro em regime de substituição; 3 Administrativos; 1 Dietista; 1 Assistente social; 1 Psicólogo; 10 Médicos Nefrologistas.

ANEXO IX

Acção de Formação

ANEXO X

Instrumento de Avaliação do Programa de Intervenção de Enfermagem

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO
PARA A AUTONOMIA DO ADOLESCENTE TRANSPLANTADO RENAL,
RELATIVAMENTE À GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO**

Instruções: Este questionário pretende avaliar os efeitos da formação realizada.

As suas respostas são CONFIDENCIAIS e ANÓNIMAS.

Assinale com uma cruz (X) a alternativa que corresponde melhor à sua opinião.

1. Como se sente no final da formação ?

- Eu não aprendi nada. Eu aprendi pouco. Eu aprendi satisfatoriamente.
 Eu aprendi muito.

2. Acha que a articulação da teoria com a prática permite eficiência máxima?

- Nada. Parcialmente. Suficiente. Totalmente.

3. Está satisfeita com os conteúdos propostos?

- Insatisfeita. Pouco satisfeita. Satisfeita. Muito satisfeita.

**4. Pensa que os objectivos da formação são aqueles que irá ajudá-lo
ser mais eficiente em seu trabalho?**

- Nada. Parcialmente. Suficiente. Totalmente.

**5. Está satisfeito com as possibilidades de utilização da aprendizagem no seu local
de trabalho?**

- Nada satisfeita. Pouco satisfeita. Satisfeita. Muito satisfeita.

6. Que parte da aprendizagem poderá implementar no seu local de trabalho?

- Nenhuma parte. Uma pequena parte da aprendizagem. Uma parte aceitável da
aprendizagem. Uma grande parte da aprendizagem.

**7. Quanto tempo pensa que terá até ter oportunidade de aplicar a aprendizagem no
seu local de trabalho?**

- Não antes 1 ano. Não antes de 3 meses. Dentro de três meses.
 No mês seguinte da formação.

8. Está satisfeito com as competências adquiridas ?

- Nada satisfeita. Pouco satisfeita. Satisfeita. Muito satisfeita.

**9. Está optimista quanto à possibilidade de transferência das competências
adquiridas ?** Séptico. Dúbio. Confiante. Optimista.

Fonte: Adaptado de GERARD (2003)

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO XI

Avaliação do Adolescente