



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: atuação do enfermeiro especialista

Patrícia de Jesus Capucho Paulino

Orientação: Professora Doutora Dulce Cruz

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: atuação do enfermeiro especialista

Patrícia de Jesus Capucho Paulino

Orientação: Professora Doutora Dulce Cruz

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: atuação do enfermeiro especialista

Patrícia de Jesus Capucho Paulino

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora

Arguente: Professor António José da Mota Casa Nova, Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde de Portalegre

Orientador: Professora Doutora Maria Dulce Damas da Cruz, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora

Data: 20 de Outubro de 2020

À minha avó Maria Francisca (*In memoriam*)

AGRADECIMENTOS:

Aos meus pais pelo dom da vida, pelos ensinamentos que me dão no dia-a-dia e pelo apoio e confiança que sempre depositaram em mim.

Ao Orlando pela força, carinho e compreensão nesta etapa e também por me incentivar todos os dias a seguir o meu foco.

À adolescente da minha vida: a minha sobrinha Dalila, que me inspirou a trabalhar o tema e a perceber o melhor do seu mundo!

À minha irmã e cunhado pelo apoio dado e pela motivação durante este percurso.

À minha orientadora Professora Doutora Dulce Cruz e coorientadora Professora Doutora Ana Lúcia Ramos pelo apoio, ensinamentos e motivação durante este percurso.

A todos os enfermeiros especialistas orientadores com quem aprendi durante este percurso, o meu agradecimento, pois receberam-me sempre da melhor forma nos diferentes contextos e contornámos juntos, diversas situações, que permitiram que chegasse ao fim deste percurso com um conhecimento mais rico, sólido e com novas competências adquiridas.

A todas as crianças e adolescentes que tornam melhor os meus dias, é um privilégio trabalhar convosco!

A todos os que me apoiaram neste percurso que sem os nomear sabem quem são...

A todos só posso dizer Muito Obrigado!

RESUMO:

A promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente, deve ser um dos focos do cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em todos os contextos de cuidados de saúde, dando prioridade e oportunidade ao mesmo de exprimir a sua opinião acerca da sua saúde.

Orientado pela linha de investigação “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, o projeto desenvolvido assentou na promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente, tendo em conta a atuação do enfermeiro especialista.

O presente relatório pretende evidenciar o percurso desenvolvido e elucidar as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências comuns do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e as competências de mestre.

Recorrendo à metodologia de projeto e considerando as necessidades identificadas nos diferentes contextos de estágio, foram realizadas atividades que visam contribuir para a promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente, centrando-se na atuação do enfermeiro especialista, assentando na capacitação das equipas de enfermagem, elucidação das mesmas acerca do consentimento informado livre e esclarecido e otimização de estratégias e recursos nas instituições para promover a mesma.

Trata-se assim de uma experiência enriquecedora em que o projeto desenvolvido incentivou à mudança de práticas e da conceção do papel do adolescente nos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Adolescente; Autonomia e Tomada de decisão; Consentimento Informado; Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRACT:

The promotion of adolescent autonomy and clinical decision about their health, must be one of the basic aspects of Child Health and Pediatric Nursing care in all health care settings.

Guided by the line of research “Nursing care needs in specific populations”, the project developed was based on promotion of adolescent autonomy and clinical decision about their health, taking into account the performance of the clinical nurse specialist.

Using the project methodology and considering the needs identified in the different health care contexts, activities were carried out that aim to contribute to the promotion of autonomy and decision-making of adolescents focusing on the performance of the clinical nurse specialist, based on the training of nursing teams, elucidation of them about the free and informed consent and optimization of strategies and resources in institutions to promote it.

The project developed was, and is, an enriching experience for encouraged the change of practices and design of the role of adolescents on their own health care.

Keywords: Adolescent; Autonomy and Clinical Decision; Informed Consent; Child and Pediatric Health Nursing

Lista de Siglas/Abreviaturas:

ACES-Agrupamento de Centros de Saúde

APA- American Psychological Association

BSIJ- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CDC- Convenção dos Direitos da Criança

CHKS- Caspe Healthcare Knowledge Systems

CIPE-Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CPP- Código Penal Português

CS-Centro de Saúde

CSIJ-Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

CSP-Cuidados de Saúde Primários

DGS-Direção Geral de Saúde

EEESIP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMO-Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

M-CHAT- Modified Checklist for Autism in Toddlers

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial de Saúde

PNSIJ-Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV-Plano Nacional de Vacinação

RN-Recém-Nascido

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SO- Sala de Observação

SPN-Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPP-Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUB- Serviço de Urgência Básica

SUP-Urgência Pediátrica

TCE-Traumatismo Crânio encefálico

UCC-Unidade de Cuidados Continuados

UCINPED-Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UCIN-Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIPED-Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCSP-Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

UNICEF- United Nations Children´s Fund

URAP-Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF-Unidade de Saúde Familiar

USP-Unidade de Saúde Pública

Índice Geral

Introdução:.....	16
1.Enquadramento Concetual:.....	19
1.1-A Adolescência:	19
1.1.1-Desenvolvimento Físico:.....	20
1.1.2-Desenvolvimento Cognitivo e da Personalidade.....	22
1.1.3- Desenvolvimento Psicossocial e Afetivo	26
1.1.3.1-Desenvolvimento da Autonomia.....	28
1.1.4- Desenvolvimento Moral.....	29
1.2- Autonomia e Tomada de decisão	31
1.2.1- Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....	33
1.3- O papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente	36
2. Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: atuação do enfermeiro especialista – Desenvolvimento do Projeto de Estágio	43
2.1- Metodologia de Projeto	43
2.2- Diagnóstico de Situação	44
2.3- Definição de Objetivos.....	47
2.4-Planeamento	48

2.5- Execução do Projeto de Estágio	49
2.5.1-Estudo qualitativo, descritivo e transversal: “Percepção dos enfermeiros acerca da autonomia e tomada de decisão do adolescente” relativamente à temática “Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente”.....	51
2.5.2-Sessão de Sensibilização das equipas de enfermagem para a problemática da promoção da autonomia do adolescente e tomada de decisão	56
2.5.3-Elaboração de normas de atuação para os serviços.....	58
2.6- Avaliação E Conclusões Do Projeto “Promoção da autonomia do adolescente e tomada de decisão: contributo do enfermeiro especialista”	60
2.6.1-Divulgação dos Resultados	61
3. Contextualização do percurso: Do Estágio I ao Estágio Final	63
3.1-Uma nova meta: de enfermeira de cuidados gerais a enfermeira especialista	63
3.1.1- Unidade de Cuidados de Saúde personalizados (UCSP)	64
3.1.2- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINPED)	74
3.1.3- Serviço De Internamento De Pediatra	80
3.1.4-Serviço De Urgência Pediátrica (SUP)	87
4.Análise Reflexiva sobre o desenvolvimento de Competências	92
4.1-Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	93
4.2-Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.....	97

4.3-Competências de Mestre	100
5. Considerações Finais	102
6. Referências Bibliográficas.....	104
Anexos	112
Anexo 1- Acrônimo HEEADSSS	113
Anexo 2- Estádios de <i>Tanner</i>	115
Anexo 3- Pareceres das Comissões de Ética e de Administração	117
Anexo 4- Certificados de Participação nas Jornadas de Pediatria	121
Anexo 5-Certificado de Participação do Suporte Avançado de Vida Pediátrico.....	124
Apêndices.....	CXXVI
Apêndice 1- Cronograma das Atividades	CXXVII
Apêndice 2- Planeamento das atividades a realizar durante a execução do Projeto.....	CXXX
Apêndice 3- Questionário aplicado às equipas de enfermagem	CXXXIII
Apêndice 4- Análises dos Dados Obtidos através do Questionário.....	CXLII
Apêndice 5- Planeamento e Sessões de Sensibilização	CLIV
Apêndice 6- Cartaz Informativo-UCSP	CLXXXVI
Apêndice 7- Norma de Consentimento Informado realizado no	CLXXXVIII
Internamento de Pediatria	CLXXXVIII

Apêndice 8- Norma de atuação no Serviço de Urgência Pediátrica	CXCVI
Apêndice 9- Cartaz elaborado para o Serviço de Urgência Pediátrica	CCIII
Apêndice 10- Resumo do Artigo Científico	CCV
Apêndice 11- Questão colocado antes e após a Sessão de Sensibilização no Estágio I	CCVII
Apêndice 12- Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação das Sessões de Sensibilização	CCIX
Apêndice 13- Guia Informativo elaborado para a UCINPED	CCXII

Índice de Gráficos:

Gráfico 1- Resultados obtidos referentes à Sessão de Formação (UCSP).....	72
Gráfico 2- Resultados obtidos referentes à Avaliação da Formadora (UCSP).....	73
Gráfico 3- Resultados obtidos referentes à Organização da Sessão (UCSP)	73
Gráfico 4- Resultados obtidos referentes à Avaliação da Sessão de Formação (Internamento de Pediatria).....	85
Gráfico 5- Resultados obtidos referentes à Avaliação da Formadora (Internamento de Pediatria)	86
Gráfico 6- Resultados obtidos referentes à Organização da Sessão (Internamento de Pediatria) .	86
Gráfico 7- Distribuição das idades dos enfermeiros a prestar cuidados no contexto pediátrico	CXLIII
Gráfico 8- Distribuição das habilitações literárias dos enfermeiros a prestar cuidados no contexto pediátrico	CXLIII
Gráfico 9- Distribuição dos anos de experiência profissional dos enfermeiros a prestar cuidados em contexto pediátrico.....	CXLIV
Gráfico 10- Distribuição das respostas à questão nº14:"Participou em alguma ação de formação/sensibilização sobre o consentimento informado ao adolescente?"	CXLVI
Gráfico 11- Distribuição das respostas à questão nº15: " Considera que as equipas de enfermagem têm formação adequada para comunicar com o adolescente?"	CXLVII
Gráfico 12- Distribuição das respostas à questão nº16: "Conhece algum documento acerca do consentimento informado no seu serviço e recorre ao mesmo na prática diária?"	CXLVII
Gráfico 13- Distribuição das respostas à questão nº17: "Durante a sua formação enquanto enfermeiro sente que a temática do adolescente e do consentimento informado foi abordada?"	CXLVIII
Gráfico 14- Distribuição das respostas à questão nº18: "Considera importante existir formação em serviço acerca desta temática? (se respondeu Sim à questão nº17).....	CXLVIII
Gráfico 15- Distribuição das respostas à questão nº19: "O serviço onde trabalha tem locais próprios para entrevistar o adolescente, quando necessário?"	CXLIX
Gráfico 16- Distribuição das respostas à questão nº20: "Informa o adolescente, envolve-o na tomada de decisão e obtém o consentimento informado do mesmo antes das intervenções de enfermagem?"	CL

Gráfico 17-Distribuição das respostas à questão nº21: "Como obtém o consentimento informado do adolescente (ex: intervenções de enfermagem: pensos, punção venosa, entre outros?)" CL

Gráfico 18-Distribuição das respostas à questão nº22: " Quem considera que deve participar na decisão sobre a saúde do adolescente, quando este tem idade igual ou superior a 16 anos?" CLI

Gráfico 19-Distribuição das respostas à questão nº23: "Considera que o adolescente entre os 14 e os 16 anos, também deve ter opinião e ser integrado no consentimento acerca das intervenções/procedimentos a realizar?" CLI

Gráfico 20- Distribuição das respostas à questão nº24: "Quando existe desentendimento entre o adolescente e os pais em relação à realização de procedimentos/intervenções o que deve ter em conta (ex: intervenções de enfermagem: pensos, punção venosa, entre outros)?.....CLII

Gráfico 21-Distribuição das respostas à questão nº25: "Considera que a existência de uma circular normativa acerca do consentimento informado ao adolescente no seu serviço seria/ é uma mais-valia?" CLIII

Índice de Tabelas:

Tabela 1-Plano das atividades a realizar durante a fase de execução do projeto CXXXI

Tabela 2-Extração de Dados da Parte II do questionário CXLV

Índice de Figuras:

Figura 1-Questões a colocar na entrevista ao adolescente: Acrónimo HEEADSSS..... 114

Figura 2-Tabela dos Estádios de Tanner 116

INTRODUÇÃO:

O presente relatório surge no âmbito da 3ª edição do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, que decorre nas instalações da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, em associação com a Universidade de Évora-Escola Superior São João de Deus, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Enquanto elemento de reflexão pretende mostrar o percurso formativo que foi efetuado ao longo das Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final que se prolongaram no tempo durante 22 semanas em diferentes contextos de cuidados de saúde, tais como, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINPED), Internamento de Pediatria e Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

A saúde do adolescente tem sido cada vez mais trabalhada nos cuidados de saúde uma vez que a adolescência é caracterizada por um período de inúmeras transformações onde existem processos psicobiológicos e sociais interligados. Desta forma pensar a saúde do adolescente implica pensar em diversos modos de viver a vida e especialmente a adolescência (Carvalho, Erdmann & Santana, 2015).

Segundo a OE (Ordem dos Enfermeiros, 2010) no mundo em que vivemos o adolescente está envolvido num conjunto importante de tarefas que lhe proporcionam a procura da sua identidade, a autonomia crescente, e mudanças a nível físico, cognitivo e social, integrando desafios constantes entre eles e o mundo que os rodeia, proporcionando conflitos entre si e os pais ou outros adultos.

A tomada de consciência sobre a autonomia inicia-se desde o nascimento e direciona-se à gestão da própria vida, perante as relações/retroações necessárias, sendo assim o adolescente tem o desejo de ser autónomo e de ser livre na tomada de decisão estando estes sentimentos interligados com os medos e inseguranças decorrentes do processo de amadurecimento do mesmo, uma vez que a autonomia é parte do processo de independência do indivíduo, sendo intermediada pelo modo próprio de ser cada adolescente (Carvalho *et al.*, 2015).

Assim, os processos de tomada de decisão são precoces ao início e vão obtendo consistência à medida que a autonomia e responsabilidade vão sendo adquiridas, no entanto a sociedade interfere neste processo tendo um destaque principal nesta tarefa os profissionais de saúde, os pais, os pares e os professores, resultando deste trabalho um indivíduo autônomo, capaz de tomar decisões, assumir responsabilidades, integrar-se na sociedade que o rodeia colaborando para a evolução da mesma e um ser capaz de desenvolver afetos (OE, 2010).

A aquisição de competências relativas aos cuidados prestados e especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, bem como as competências comuns do enfermeiro especialista e ainda as competências de mestre estarão presentes ao longo do documento onde se evidencia a reflexão e análise acerca da prática clínica, fundamentação das escolhas realizadas. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Procura-se dar ênfase ao projeto de intervenção designado Promoção da Autonomia e tomada de decisão do Adolescente: atuação do enfermeiro especialista que foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto e enquadra-se na linha de investigação “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, com o principal objetivo de:

- Contribuir para a promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente;

E com os seguintes objetivos específicos:

- Capacitar as equipas de enfermagem a promover a autonomia do adolescente na tomada de decisão;
- Elucidar as equipas de enfermagem acerca da importância do consentimento livre e esclarecido ao adolescente;
- Otimizar estratégias e recursos nas instituições para capacitar as equipas de enfermagem para promover a autonomia e tomada de decisão do adolescente.

Da estrutura do presente relatório fazem parte três pontos principais: a introdução: o desenvolvimento e as considerações finais. A introdução onde se procede à identificação e fundamentação da temática escolhida e onde se abordam os objetivos principais do projeto desenvolvido.

O desenvolvimento que se encontra subdividido em quatro capítulos, o primeiro aborda o enquadramento teórico que suporta o presente relatório, explorando-se a temática do adolescente, nomeadamente o seu desenvolvimento a todos os níveis, seguindo-se da exposição da temática da autonomia e tomada de decisão, bem como do consentimento informado livre e esclarecido, onde se faz menção à atuação do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica tendo em conta o tema apresentado. O segundo capítulo aborda a metodologia de projeto em si, ou seja, todo o percurso delineado que culmina no desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre, é feita a abordagem do diagnóstico de situação acerca do qual se define a problemática apresentada, de seguida definem-se objetivos para dar resposta à mesma, o planeamento e execução. No terceiro capítulo é abordado o percurso percorrido ao longo dos Estágio I e Estágio Final, caracterizando e contextualizando as unidades onde decorreram os mesmos. Por último, o quarto capítulo apresenta-se como uma análise reflexiva e crítica em que se expõem os conhecimentos obtidos durante os estágios e a implementação do projeto em si, de modo a explorar a aquisição de Competências Comuns de Enfermeiros Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e Competências de Mestre.

O presente documento é elaborado na sua íntegra segundo a Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association* [APA] 6ª edição e redigido conforme o novo acordo ortográfico, à exceção da bibliografia consultada anterior ao mesmo.

1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL:

1.1-A ADOLESCÊNCIA:

A Adolescência corresponde ao período dos 10-17 anos e 365 dias de idade, sendo um conceito que tem vindo a sofrer alterações ao longo da história suscitando o interesse de diversas áreas de estudo como por exemplo a Medicina, Antropologia, Psicologia, História, entre outras (Coll, Marchesi & Palácios, 2004; Velho, Quintana & Rossi, 2014).

A definição da faixa etária da adolescência tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos pois a Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros autores como Hockenberry & Wilson (2014a) subdividem esta etapa do ciclo vital em três fases: a fase dos 11-12 anos como pré adolescência ou puberdade; a fase dos 13-16 anos como fase intermédia e a dos 15-20 anos como juventude, onde vão existir questões fundamentais de estruturação da personalidade.

É um período de mudança e de desafios, incluindo adaptações às mudanças fisioanatómicas relacionadas com a puberdade e a integração de um amadurecimento sexual num modelo pessoal de comportamento, estabelecendo-se nesta fase a identidade individual, sexual e social, através do relacionamento com os pares (Velho *et al.*, 2014).

Segundo a OE (2010) em geral os adolescentes caracterizam-se por serem saudáveis, sendo nesta faixa etária que se destaca a menor morbi-mortalidade em comparação às outras faixas etárias, resultando este facto na escassa procura dos serviços de saúde. Desta forma, a adolescência é um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde futura, pelo que as intervenções de enfermagem assumem um papel de destaque no que respeita ao atendimento ao adolescente, promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde como para prevenir a doença a saúde no futuro, tendo a parceria enfermeiro-adolescente um papel onde se pretende que o mesmo tenha uma participação ativa em tudo o que lhe diga respeito.

1.1.1-Desenvolvimento físico:

A adolescência, de uma forma geral inicia-se com mudanças físicas resultado de um processo pelo qual o adolescente obtém maturidade sexual e capacidade reprodutiva (Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010). As mudanças biológicas da puberdade, considerado um processo universal e visível que marcam o término da infância, resultam num célebre crescimento em altura e peso, em mudanças nas proporções e nas formas do corpo e na obtenção de maturidade sexual. Estas mudanças físicas radicais são parte integrante de um longo e complexo processo de amadurecimento que se inicia mesmo antes do nascimento, e as suas ramificações psicológicas continuam até à idade adulta (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Desta forma, a puberdade pode ser definida como um conjunto de fenómenos fisiológicos que compreendem as mudanças corporais e hormonais, que podem resultar num período de instabilidade emocional por parte dos adolescentes (Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010).

Inicialmente, e salvo as diferenças nos órgãos sexuais, os jovens do sexo masculino e do sexo feminino são fundamentalmente iguais. Contudo, no final dos processos de mudanças que ocorrem na puberdade, os corpos masculinos e femininos irão diferenciar-se, tanto no que se refere às características sexuais primárias (órgãos necessários para a reprodução) quanto às características sexuais secundárias (sinais fisiológicos de maturação sexual, como por exemplo: crescimento dos seios e alargamento das ancas nas meninas; mudança de voz e aparecimento de pelo facial nos meninos) (Coll, *et al.*, 2004).

Todo este processo de transformação física é colocado em funcionamento por mecanismos hormonais responsáveis pelas mudanças, que apresentam um padrão distinto tanto para as crianças do sexo masculino como para as do sexo feminino. Estes mecanismos hormonais iniciam-se por meio da atividade do hipotálamo, que envia sinais à glândula pituitária (hipófise) com o intuito de esta iniciar a segregação de importantes quantidades de hormonas (gonadotrofinas), que irão estimular o desenvolvimento das gónadas sexuais (ovários e testículos), e que começarão a produzir hormonas sexuais, cuja sua presença no sangue aumentará significativamente. O aumento de hormonas sexuais, sobretudo de testosterona nos rapazes e progesterona nas raparigas, são os principais responsáveis pelas mudanças físicas (Coll, *et al.*, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014a).

Nos rapazes, a primeira manifestação de mudança é o aumento do tamanho dos testículos com posterior surgimento de pequenos pelos púbicos, sem pigmentação (em média ocorre aos 10 anos e meio), crescimento do pênis (sobretudo ao nível do comprimento) e uma primeira mudança na voz (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Os pêlos faciais e axilares iniciam o seu aparecimento cerca de um a dois anos após o aparecimento das primeiras manifestações. Ao longo do tempo, o pelo púbico vai-se tornando cada vez mais pigmentado e abundante e o crescimento do pênis e testículos prossegue, iniciando-se posteriormente a produção de espermatozóides (pode dar origem às primeiras ejaculações, que normalmente são induzidas pela masturbação, embora possam ainda ocorrer espontaneamente, como forma de ejaculações involuntárias noturnas, que podem ocorrer em média aos 12 anos). Concomitantemente, ocorre um aumento da oleosidade do cabelo e rosto, bem como o aparecimento de acne. Existe um processo contínuo de crescimento dos pelos que se irão estender para o peito, braços e pernas, sendo que o corpo do rapaz fica mais magro, anguloso, musculado e terá muitas características semelhantes às de um adulto (Coll, *et al.*, 2004).

Nos rapazes os ombros tornam-se mais largos, em comparação com as ancas, e as pernas são relativamente longas quando comparadas com o comprimento do tronco. Por sua vez, as raparigas evidenciam ombros relativamente estreitos, ancas largas e pernas mais curtas, comparativamente ao tronco (Veloso, 2005), a pélvis alarga-se e ocorre um aumento na proporção de gordura corporal.

No que se refere às raparigas, a sua primeira manifestação visível da puberdade é o desenvolvimento mamário (é uma característica sexual secundária que aparece em média aos 11 anos de idade, mas com uma margem de idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos), que podem levar até nove anos para atingirem o seu tamanho definitivo (Coll, *et al.*, 2004).

Relativamente ao rápido crescimento das raparigas, designado também como surto de crescimento adolescente, este acontece primeiramente que nos rapazes, o que estabelece importantes diferenças em ambos os sexos, uma vez que por volta dos 11 - 13 anos de idade, as raparigas são em média mais altas, pesadas e fortes que os rapazes (Papalia, *et al.*, 2001).

Devido ao rápido crescimento e alternado das diversas partes do corpo, estamos perante uma fase em que o adolescente parece descoordenado e pouco proporcionado, pelo que é extremamente importante estar atento à forma como o adolescente encara estas mudanças, pois são muitas vezes vivenciadas com algum dramatismo.

Posteriormente, o útero, vagina, lábios e clitóris aumentam de tamanho e prossegue o crescimento de pelos pigmentados, inicialmente a nível púbico e posteriormente a nível axilar. Um dos últimos eventos na sequência de mudanças físicas nas raparigas é o aparecimento da menarca, que ocorre por volta dos 12 anos e marca o início da maturidade sexual, sendo que desde este momento até cerca dos 15-16 anos, o crescimento e maturação corporal da rapariga estará concluído (Coll, *et al.*, 2004).

1.1.2-Desenvolvimento cognitivo e da personalidade

Durante a fase da adolescência, o ser humano sofre marcantes e profundas mudanças, quer na própria imagem corporal (puberdade), quer na forma de interagir com os seus iguais. É também nesta fase que se alcança um novo e mais complexo nível de pensamento, que permitirá conceber os fenómenos de uma forma distinta (Coll, *et al.*, 2004).

O que acarreta esta mudança para o raciocínio formal é, segundo Piaget um misto entre a maturação cerebral e a expansão das oportunidades ambientais, em que ambas se tornam essenciais (mesmo que o desenvolvimento neurológico dos jovens tenha avançado o suficiente para permitir o raciocínio formal, eles só podem alcançá-lo com estimulação ambiental apropriada) (Papalia, *et al.*, 2001).

De acordo com Piaget, os adolescentes só entram no nível mais elevado do desenvolvimento cognitivo - as operações formais – quando conseguem desenvolver capacidades para o pensamento abstrato. A etapa das operações formais caracteriza-se por uma dependência cada vez menor dos objetos e das fantasias, pelo que o pensamento passa a ser caracterizado por uma maior autonomia e rigor no raciocínio. De uma forma geral, ocorre entre os 11-12 anos, consolidando-se por volta dos 14-15 anos, proporcionando aos jovens adolescentes um modo

novo e mais flexível de manipular as informações (Coll, *et al.*, 2004; Papalia, *et al.*, 2001; Silva, Viana, Carneiro & Stania, 2011).

Desta forma, nas operações formais, a realidade é concebida como um subconjunto possível, sendo esta uma característica essencial que diferencia as estratégias cognitivas utilizadas pelo adolescente e pelo adulto em relação à criança. O adolescente diante de um problema concreto não só considera os dados reais, como também prevê todas as situações e reações causais possíveis (uma vez analisadas de forma lógica, essas possibilidades hipotéticas serão posteriormente contrastadas com a realidade por meio da experimentação, onde agora é o real que está subordinado ao possível) (Coll, *et al.*, 2004).

Além disso, é durante a fase da adolescência que surge a capacidade de desenvolver o pensamento abstrato (o pensamento do adolescente apresenta uma independência dos mecanismos formais e dos conteúdos, substituindo os objetos ausentes pela respectiva representação, correspondendo ao real, mas sem apoio da percepção, da experiência e mesmo da crença). As abstrações adquirem a forma de hipóteses. Para que o adolescente realize a ação comprobatória é preciso aplicar o Raciocínio-Dedutivo que lhe permita exibir quais as consequências das ações realizadas sobre a realidade. À medida que os dados (o real) não podem ser representados por imagens, torna-se necessário elaborá-los como hipóteses (o possível) podendo, assim, deduzir as consequências (Rizzi & Costa, 2004).

O adolescente não se limita só às possibilidades oferecidas para a formulação de hipóteses que expliquem os fatos apresentados, como também apresenta capacidade de comprovar as hipóteses pensadas, conseguindo formular um esquema de variáveis (Coll, *et al.*, 2004), ou seja, pode desenvolver uma determinada hipótese a criar uma experimentação de forma a testar essa hipótese com o objetivo de eliminar o que é falso, de forma a conseguir chegar ao verdadeiro (Papalia, *et al.*, 2001).

Neste período, o jovem tem um pensamento lógico ao nível das operações formais abstratas, pelo que é capaz de distanciar-se do mundo empírico (Silva *et al.*, 2011). Outra característica da fase das operações formais é o uso de esquemas operacionais formais (entendidos como um processo interno, organizado e não necessariamente consciente), pelos quais os adolescentes

representam o seu conhecimento com o resultado da interação da nova informação com a própria experiência (Coll, *et al.*, 2004).

Assim, os interesses dos adolescentes são diversos e mutáveis, sendo que a estabilidade é atingida próximo da idade adulta. Os teóricos da adolescência afirmam que a adolescência é acompanhada pelo desenvolvimento de uma nova qualidade da mente, caracterizada pela forma de pensar sistêmica, lógica e hipotética (Silva *et al.*, 2011).

Os anos de infância são extremamente importantes para a formação da personalidade. Antecedendo a fase da puberdade, já é possível observar-se nas crianças muitos traços que configuram uma forma de ser e de agir muito definida, contudo, é o período da adolescência que será definitivo para a consolidação da personalidade. De acordo com Erikson, os adolescentes não formam a sua identidade tendo em conta outras pessoas como modelo, como fazem as crianças mais jovens, mas sim modificando e sintetizando identificações anteriores para formar uma nova estrutura psicológica. Para formar uma identidade, os adolescentes devem afirmar e organizar as suas habilidades, as suas necessidades, os seus interesses e desejos para que possam ser expressos num contexto social (Papalia, *et al.*, 2001; Coll, *et al.*, 2004).

Nesta fase, o adolescente terá de, entre outras coisas, delinear a imagem que tem de si mesmo, adotar compromissos de carácter ideológico e religioso, eleger uma profissão, definir uma orientação sexual, optar por um estilo de vida e de relações e assumir valores morais. Se o adolescente for capaz de solucionar a maioria destas tarefas, então terá provido o seu “eu” de conteúdos que anteriormente estavam ausentes, dando um enorme passo para a formação do ser carácter. No entanto, é fundamental referir que embora seja na adolescência que se adquira muita estabilidade, tal não significa que não ocorram mudanças na fase adulta (Coll, *et al.*, 2004).

Também as relações sociais adquirem uma grande importância durante estes anos, que terá um reflexo nos conteúdos do autoconceito. Se o autoconceito se diversifica com a chegada da adolescência, é de esperar que a autoestima, que inclui aspetos valorativos e afetivos ligados ao tal autoconceito, siga uma trajetória similar. Comparativamente às crianças os adolescentes têm propensão para ser mais psicológicos nas auto-descrições, ou seja, centram-se mais nas suas características pessoais e interpessoais, crenças e estados emocionais. Este processo continua durante toda a adolescência, sendo que, entram também em cena novas dimensões como as

relações afetivo-sexuais, as capacidades relacionadas com a orientação profissional, ou mesmo a atração física (Coll, *et al.*, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014a).

O conceito de identidade está estritamente relacionado ao autoconceito. No entanto, enquanto este depende em grande parte do desenvolvimento cognitivo, a identidade é um fenómeno psicológico bastante complexo de natureza psicossocial. Assim, mesmo que os componentes cognitivos sejam importantes, o sentimento de identidade irá incluir outros componentes. Por um lado, o adolescente deve experimentar um sentimento de integridade pessoal, para que as suas ações e decisões sejam coerentes entre si e criem um estilo próprio pelo qual se defina e seja reconhecido pelos demais (é fundamental que esse estilo tenha uma certa estabilidade ao longo do tempo e através de variadas situações), mas por outro lado, é necessário considerar que essa identidade, para além de ser uma característica pessoal, é experimentada num contexto social determinado, no qual o sujeito estabelece uma série de relações e experimenta diversos papéis (Coll, *et al.*, 2004).

Assim, a identidade vai abranger as normas dos grupos nos quais o adolescente se integra, os valores que interioriza, a sua ideologia pessoal e os compromissos que assume, e vai recolher as experiências passadas para dar significado ao presente e dirigir a sua conduta futura. Trata-se assim, de uma organização interna construída pelo sujeito que agrupa todas aquelas características que definem a sua forma de ser (Coll, *et al.*, 2004).

1.1.3- Desenvolvimento psicossocial e afetivo

No que concerne ao desenvolvimento psicoafetivo e social o adolescente torna-se mais independente, uma vez que até esta fase existia uma dependência dos pais para a realização de tarefas, a mesma vai-se dissipando progressivamente dando lugar a uma maior independência e autonomia do mesmo.

Na fase da infância foram envolvidos fatores como educação, interação social, relacionamento social, maturidade e inteligência promovidos pelos pais e durante a adolescência existe a procura de novas relações fora da família, amigos e relações com os pares desempenhando um papel importante e agindo como elo entre a família e o mundo que os rodeia. “Os adolescentes procuram dar os primeiros passos fora da sua casa, geralmente estabelecendo, nesse momento, comportamentos de enfrentamento e fuga em relação aos pais ou seus substitutos, seus primeiros modelos”, criando assim os seus próprios valores, crenças e afirmar-se como indivíduo independente (Velho *et al.*, 2014).

A adolescência é um período de transição sujeito a crises e conflitos. Associados a este período surgem as mais variadas situações risco, como elevados índices de acidentes, abuso de substâncias psicoativas, violência, entre outros (Papalia, *et al.*, 2001).

Nesta altura o adolescente está a estruturar a sua identidade definitiva tal como a assumir alguns papéis de adulto e autonomia em relação aos pais, sendo que por outro lado tenta criar relações interpessoais mais maduras principalmente com o seu grupo de pares (Hack & Ramires, 2010).

Um dos tópicos mais marcantes nesta fase são os conflitos que se originam na relação do jovem com os seus pais, pois segundo alguns estudos, o período que se segue á puberdade é considerado uma etapa de perturbações temporais nas relações familiares, uma vez que, é nesta fase que os jovens se demonstram mais assertivos, passam mais tempo fora de casa e diminuem o número de interações positivas com os pais. Posteriormente a esta fase inicial, as relações tendem a normalizar, diminuindo assim o número de conflitos. Esses conflitos costumam originar-se porque enquanto os adolescentes consideram alguns assuntos como aspetos da sua

vida privada, que lhes dizem respeito só a eles, os pais ainda se consideram no direito de estabelecer regras nesse sentido (Coll, *et al.*, 2004).

Outro dos acontecimentos mais relevantes para o desenvolvimento social dos adolescentes está ligado à aquisição de níveis de autonomia cada vez mais elevados em relação aos pais, uma vez que o adolescente se prepara para abandonar o lar e agir como um adulto autônomo, pelo que é razoável esperar comportamentos cada vez mais independentes. No entanto, diante deste processo de individualização é frequente os adolescentes experimentarem uma certa ambivalência, em que ao mesmo tempo que desfrutam de novos privilégios, lamentam as novas responsabilidades que devem assumir, podendo até mesmo sentir saudades dos seus dias da infância. Assim, não é estranho que nos primeiros anos da adolescência se veja uma alternância entre condutas maduras e comportamentos infantis (Coll, *et al.*, 2004).

Por sua vez, o grupo de pares é para o adolescente, algo de grande importância pois é neste que se reveem para além de que estes influenciam a sua vida. Durante o tempo que passam com o grupo de pares é possível identificar problemas e dúvidas semelhantes, prestando ajuda uns aos outros para tomarem determinadas decisões, uma vez que ainda não possuem capacidade para as tomar individualmente, porque não se sentem seguros de si próprios. Como consequência da maior proximidade entre o grupo de pares, os pais deixam de ter tanta influência na vida do adolescente podendo causar sentimentos de solidão por perda de vinculações afetivas com os pais (Coll, *et al.*, 2004).

É também nesta fase que vão estabelecer novos relacionamentos íntimos que servem para amadurecer esses sentimentos para a idade adulta. No grupo de pares também vão encontrar as amigas que são bastante diferentes do relacionamento familiar uma vez que são igualitárias mas por essa razão mais instáveis. Estas amigas são vividas com mais intensidade e são mais consumidoras de tempo na adolescência que em qualquer outra idade sendo que neste ambiente partilham confidências mostrando o maior desenvolvimento cognitivo que possuem (Coll, *et al.*, 2004).

Outra das relações estabelecidas nesta fase são as relações de casal, que satisfazem as necessidades sexuais, de afiliação, de afeição e de dar e receber apoio. Os rapazes e as raparigas começam a ter uma maior aproximação devido ao aumento do impulso sexual e imitação do

comportamento dos adultos. Com o avançar da idade do adolescente a relação de casal vai subir na escala hierárquica das relações sendo que por volta dos 16 anos é a relação que mais importância tem a nível de necessidades de apoio, de apego bem como de segurança emocional. Por sua vez, o aumento do desejo sexual nesta fase demonstra o carácter de transição do adolescente. Neste sentido, os rapazes tendencialmente demonstram uma maior promiscuidade nas relações sexuais enquanto as raparigas exibem um sentimento de culpa. A sociedade tende a atrasar as manifestações sexuais nos adolescentes sendo que por outro lado através da comunicação social existe uma erotização da sociedade incluído mensagens dirigidas aos jovens (Coll, *et al.*, 2004).

1.1.3.1-Desenvolvimento da autonomia

Tornar-se uma pessoa autónoma e autorregulada é umas principais tarefas psicossociais da adolescência, incluindo esta componentes emocionais, cognitivas e comportamentais. A autonomia emocional é o aspeto deste tipo de independência que o adolescente adquire que se relaciona diretamente com as mudanças nas relações próximas do indivíduo. E a autonomia comportamental é a capacidade de tomar decisões de forma independente e segui-las, ou seja, é possível que a autonomia emocional e a comportamental surgem em forma de questões psicossociais mais cedo que o valor da autonomia propriamente dito, que geralmente não é uma questão proeminente até quase ao final da adolescência (Hockenberry & Wilson, 2014a).

No entanto o contexto sociocultural onde o adolescente está inserido pode influenciar este tipo de desenvolvimento, ou até mesmo a sua condição de saúde, considerando-se assim a autonomia um processo dinâmico, que modifica e ocorre em várias realidades. Assim, situações que envolvam um contexto de vida frisado pela precariedade de serviços, de infraestruturas, de violência e ausência de perspetivas educacionais e profissionais funcionam, muitas vezes, como fator limitante na consolidação de projetos de vida e no desenvolvimento pleno da autonomia (Caroni & Bastos, 2015).

Com as aquisições feitas no que concerne ao desenvolvimento cognitivo as crenças dos adolescentes vão-se tornando mais abstratas e assentam em princípios ideológicos gerais, assim adquirem uma independência dos pais, progredindo também para a independência comportamental, deparando-se com situações e decisões que nunca vivenciaram. Deparam-se

com uma variedade de conflitos cognitivos devido às novas capacidades que adquiriram e às novas experiências que presenciam, assim, estes conflitos levam os mesmos a refletir seriamente na decisão que pretende tomar. Até esta fase aceitavam o ponto de vista e valores dos adultos, e a partir daqui começam a substituir os mesmos por conjuntos de valores que consideram significativos para a sua vida. Esta luta de clarificar os valores e aumentar a independência comportamental foi designada por valor da autonomia, que afirma que o desenvolvimento de um sistema de valores pessoais é um processo gradual, com provas de que o valor da autonomia se consolida definitivamente mais tarde, entre os 18 e os 20 anos de idade, já na idade adulta (Hockenberry & Wilson, 2014a).

1.1.4- Desenvolvimento moral

O desenvolvimento moral também algo importante nesta fase, assim a Teoria do Desenvolvimento Moral de Kohlberg é uma das mais conhecidas e aplicadas com adolescentes, sendo considerada universalista, onde este psicólogo acreditava que os seres humanos poderiam chegar a uma plena consciência moral, autónoma e independente da cultura do país ou do grupo social ao qual a pessoa pertencesse, ou seja, o adolescente tenta alcançar a tão desejada autonomia o que leva a aceitar e a desobedecer ao mesmo tempo às regras e às convenções sociais elaborando opiniões morais com base nas expectativas dos grupos em que se insere necessitando da aprovação dos membros do grupo, é uma procura constante pela construção de valores sociais e de interesse por problemas éticos e ideológicos (Sousa, 2006; Velho *et al.*, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014a).

Assim o que o adolescente mais deseja é assumir o controlo das suas decisões, definir metas, ter sentimentos de competência sendo a autonomia a habilidade principal para conduzir a sua vida (Carvalho *et al.*, 2015).

A adolescência é uma fase que se caracteriza por grandes mudanças a nível do raciocínio moral, visto que o adolescente procura a construção de valores sociais e de interesse por problemas éticos e ideológicos. O adolescente aspira à perfeição moral e expressa grande altruísmo o que frequentemente origina revoltas por descobrir que a sociedade não se coaduna com os valores que ele próprio defende (Sousa, 2006).

Isto acontece, pelo facto de possuírem novas capacidades cognitivas de reflexão e abstração que lhes permitirá elaborar mentalmente hipóteses, debater ideias e confrontar opiniões, construindo uma teoria sobre a própria realidade. O adolescente confronta os seus valores com os do “mundo adulto”, na tentativa de alcançar a tão desejada autonomia, e para tal ajuíza regras e convenções sociais, que o leva, por vezes a aceitá-las e por outras a desobedecê-las (Sousa, 2006).

Nesta fase, os adolescentes irão elaborar as suas opiniões morais com base em expectativas do seu grupo social, e as razões para seguirem estas regras sociais baseiam-se na aprovação dos demais e uma opinião favorável sobre o seu comportamento como membro de uma coletividade (Coll, *et al.*, 2004).

1.2- AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO

A Autonomia é um dos pilares essenciais da Bioética, e no âmbito dos cuidados de saúde diz respeito ao poder de decisão do utente acerca das questões relacionadas com a própria saúde, no entanto esta pode ser condicionada por diversas razões. Na adolescência verificam-se uma série de situações conflituosas e as normas estabelecidas são insuficientes para responder às questões éticas destes com a sociedade. Os códigos e leis também não se mostram suficientes para que os profissionais de saúde possam resolver este tipo de questões, como por exemplo no risco de morte iminente, prevalece sempre o princípio da beneficência em relação ao da autonomia.

Os princípios bioéticos que regem a conduta do profissional de saúde são: a beneficência (proteção e defesa dos direitos dos outros de modo a evitar danos e situações de risco), não-maleficência (não se pratiquem intencionalmente ações que causem danos no utente), autonomia e justiça (Almeida, Lins & Rocha, 2015). No que concerne aos princípios éticos no atendimento ao adolescente este referem-se ao respeito pela sua autonomia, confidencialidade e sigilo (OE, 2010).

Na literatura verifica-se que os profissionais referem que o adolescente não está apto para assumir a responsabilidade da tomada de decisão pela própria saúde devendo recorrer-se aos seus tutores legais. Os adolescentes adiam a sua ida em procura dos serviços de saúde pois receiam que o que referem aos profissionais seja revelado aos seus pais ou familiares (Almeida *et al.*, 2015). Deste modo, o adolescente deve ser envolvido no processo de tomada de decisão quando atingir segundo o seu estadió de desenvolvimento compreensão e inteligência para tal, até lá deve ser inculcida esta competência aos pais (OE, 2010).

Segundo o nº3 do Artigo 38º do Código Penal Português (CPP) “a partir dos 16 anos, o adolescente já possui capacidade que lhe permite tomar uma decisão válida no domínio ético”, neste sentido é essencial ouvir o adolescente, garantir-lhe confidencialidade e sigilo, ajudá-lo a promover a sua autoestima e consciência e aplicar o consentimento informado esclarecido e livre tendo em conta o princípio da autonomia da pessoa humana (OE, 2010).

Constitui-se assim um direito do adolescente ser ouvido pelo enfermeiro individualmente e a confidencialidade garante que as informações conhecidas não são reveladas aos pais ou tutores

legais sem autorização do mesmo, no entanto em situações de risco de vida informações importantes terão de ser partilhadas com os pais informando atempadamente a este a necessidade de quebra do sigilo profissional. O adolescente deve ser sempre envolvido no processo de tomada de decisão, sempre que possível (OE, 2010).

Os adolescentes deve ser tratados praticamente como adultos uma vez que lhes é importante o respeito pela sua autonomia e competência, uma vez que têm preocupações acerca do seu corpo como os adultos e existem por vezes tratamentos ou terapêuticas que podem alterar a sua imagem, o que é uma parte importante do desenvolvimento da sua personalidade, imagem e autoestima, daí resulta a importância de serem esclarecidos acerca de tudo o que lhes é realizado (Vale & Oliveira, 2011).

Segundo a literatura e legislação existentes o adolescente deverá ser informado e consentir os procedimentos de enfermagem, uma vez que o processo de separação e autonomização do adolescente relativamente aos pais é um marco desta fase do ciclo vital, o mesmo já é capaz de decidir acerca do que deseja pois segundo estudos o adolescente com idade superior a 15 anos já possui discernimento e capacidade de decisão sobreponível aos de 18 anos (Vale & Oliveira, 2011), corroborando a informação supracitada o CPP no Decreto de Lei nº48/95, Artigo 38º evidencia-nos que um

“(…) menor com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico ou terapêutico que lhe é proposto, pode consentir ou dissentir independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia” (Diário da República, 1995).

No entanto o mesmo carece ainda de autorização do tutor legal ou pais pois segundo Artigo 6º, alínea 2 da Convenção de Oviedo (1997) (Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina):

“Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. A opinião do menor é tomada em consideração como um fator cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade”.

1.2.1- Consentimento informado, livre e esclarecido

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2015) define o Consentimento Informado Livre e Esclarecido como:

“(...) uma lógica negocial, um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa, prolongados e num tempo útil, definido em cada caso, pela situação de saúde em apreço (...)”.

O Consentimento Informado é definido por outros autores como a capacidade um jovem entender o diagnóstico, os riscos e os benefícios de um procedimento ou tratamento que lhe é proposto, assim como as alternativas e os riscos que lhe estão associados, e ainda, de medir as consequências de não seguir o mesmo, tendo a capacidade de decidir voluntariamente de aceitar e prosseguir com o que lhe foi proposto (DGS, 1998).

“A construção da intimidade pessoal faz parte da autonomia progressiva vivida na adolescência (...) os jovens esperam sigilo por parte dos profissionais a quem solicitam apoio face a determinados problemas de saúde”, o sigilo, a confidencialidade e o consentimento informado têm por referência a maturidade e o discernimento do adolescente, no entanto na saúde dos adolescente podem estes ser quebrados quando existam situações excepcionais, tais como: problemas de saúde graves que impliquem um risco de vida ou urgência associados, bem como em caso de maus tratos ou abuso e que envolva terceiros (DGS, 1998).

Segundo o documento da OE (2007) acerca da importância do Consentimento Informado para as intervenções de Enfermagem destaca-se que o enfermeiro deve:

- a) Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”.

Esta informação é comprovada pelo artigo 84º do Código Deontológico (2015) onde se refere que o enfermeiro tem o dever de informar e obter consentimento para a realização das

intervenções de enfermagem sendo que os utentes têm o direito de aceder à informação, realizar as suas próprias escolhas e participar de modo informado nas decisões sobre a sua saúde (OE, 2015).

A prestação de cuidados de saúde ao adolescente requer um conhecimento da sua dinâmica familiar, no entanto o envolvimento da família nas questões de saúde do mesmo necessita de ser conciliada com a confidencialidade e o direito do adolescentes exercer a sua autodeterminação nas decisões acerca da sua saúde. Desta forma, a confidencialidade e o consentimento informado não são incompatíveis com o exercício do poder parental (DGS, 1998).

Os pais aprendem por tentativa e erro, sendo que os objetivos da parentalidade ficam-se na promoção da sobrevivência física e saúde do adolescente, até que este desenvolva as capacidades necessárias para ser um adulto independente com capacidades comportamentais que otimizem os valores culturais e as suas crenças, tornando-se assim os pais cada vez mais competentes perante o nascimento e o crescimento de um novo filho (Hockenberry & Wilson, 2014a).

O poder parental é nos dias de hoje visto como relação biunívoca entre os pais e os filhos, gerindo múltiplos interesses, cuja razão máxima de existir é o superior interesse do filho, que é o critério major e limite deste mesmo poder (DGS, 1998).

Na legislação portuguesa os conceitos que estão ligados ao poder parental encontram-se bem definidos no documento em vigor designado por Código Civil. Ao abordar-se a “responsabilidade parental” em vez dos termos poder paternal, estamos a proporcionar uma boa ligação entre os pais e os filhos que se surge como potenciadora da autonomia do adolescente (DGS, 1998).

As tentativas dos adolescentes conquistarem a emancipação do controlo parental mostram-se como um período de rejeição dos pais no que toca a esta fase, no entanto e a fim de obter a confiança dos adolescentes, estes devem respeitar a privacidade do mesmo e mostrar um interesse sincero e verdadeiro no que ele acredita e sente (Hockenberry & Wilson, 2014b),

É importante referir que durante a prestação de cuidados ao adolescente o consentimento informado quando aplicado aos pais, deve respeitar a salvaguarda dos princípios da

confidencialidade, sigilo e do próprio consentimento informado que é devido ao adolescente (DGS, 1998).

1.3- O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO DO ADOLESCENTE

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) utiliza um modelo conceitual centrado na criança/jovem e família como beneficiário dos seus cuidados, trabalhando em parceria com a criança/jovem e família em qualquer contexto que a mesma se encontre de modo a promover o mais alto nível de saúde possível, presta ainda cuidados à criança quer saudável ou doente e proporciona uma educação para a saúde assim como reconhece e mobiliza recursos de apoio à família/pessoa significativa (OE, 2018).

A Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem a sua intervenção centrada numa fase crucial do ciclo vital, que se medeia desde o nascimento até aos 18 anos de idade, no entanto em caso de doença crónica, incapacidade e/ou deficiência pode ir até aos 21 anos ou até mesmo aos 25 anos, até que a transição para a vida adulta esteja adquirida com sucesso (OE, 2018).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) (2017) em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos adotada pelas Nações Unidas, aplica-se a todas as pessoas, de todas as nacionalidades, raças, idades e religiões, pelo que as crianças e os jovens têm os mesmos direitos humanos que os adultos, sendo no entanto mais vulneráveis que estes necessitando de protecção especial. Os direitos das crianças e jovens foram explanados numa Convenção das Nações Unidas denominada Convenção dos Direitos da Criança (CDC), que surgiu em 1989 após ter sido assinada pela maior parte dos países do mundo.

Segundo o Artigo 12º da CDC (1990) “Os Estados Partes garantem à criança com a capacidade de discernimento o direito de expor livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade” (SPP, 2017).

Neste contexto de Projeto de Mestrado e aplicando a competência do EESIP que refere: “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” e assentando na unidade de competência “Promove a autoestima do ado-

lescente e a sua autodeterminação as escolhas relativas à saúde” é fundamental na promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente uma vez que o mesmo deve ser facilitador da comunicação expressiva de emoções do mesmo e a tomada de decisão responsável; deve reforçar a imagem corporal positiva sempre que necessário; identificar os estádios do processo de mudança na adoção dos comportamentos saudáveis e ainda negociar o contrato de saúde com o adolescente (OE, 2018).

O desenvolvimento na adolescência é parte integrante de um percurso de vida cheio de oportunidades mas também de riscos, pois um adolescente saudável tem a oportunidade de o percorrer até entrar na vida adulta aproveitando o máximo esta fase do seu ciclo vital, bem como a escolha dos recursos e potencialidades e os riscos que lhes estão associados de forma livre. É por regra geral considerado um ser saudável, por isso a vigilância de saúde dos primeiros anos de vida nesta fase perde-se um pouco, e assim quebra-se também a continuação dos cuidados antecipatórios nas idades-chave e muitas afeições próprias da adolescência vão passando despercebidas (SPP, 2005).

A consulta ao adolescente deverá seguir uma abordagem biopsicossocial e quanto ao exame físico este deve ser explicado de modo a que se faça uma avaliação do crescimento e do desenvolvimento pubertário, sendo que a sua realização deve proteger a intimidade do adolescente, ser adaptada à idade, género e às circunstâncias de cada um. O acrónimo *HEADSS* (Anexo1) traduz cada assunto a abordar na consulta com o adolescente, sendo a ordem definida por quem dirige a consulta (Fonseca, 2017).

O atendimento ao adolescente tem como objetivos principais reconhecer os problemas reais de cada adolescente, nomeadamente físicos, psicológicos ou sociais, determinar o grau de desenvolvimento biopsicossocial do adolescente e adequar o diálogo de forma a estabelecer uma relação terapêutica que leve o mesmo a realizar opções responsáveis acerca dos estilos de vida saudáveis, conseguindo assim identificar e tratar os problemas do presente e prevenir os do futuro através de cuidados antecipatórios (Fonseca, 2017).

Assim o enfermeiro deve garantir ao adolescente um atendimento particular ao adolescente que obedeça a regras que o tornem mais eficaz para responder às necessidades assistenciais destes, estando também os serviços de saúde orientados para atender às necessidades dos adolescen-

tes garantindo um ambiente físico adequado, confidencialidade, privacidade e a sua autonomia, para que o adolescente se sinta respeitado e responsável pela sua saúde de uma forma holística (Fonseca, 2017).

Deste modo o ensino pré e pós-graduado e a formação em enfermagem deve contemplar a adolescência, para que exista uma abordagem sistematizada e global ao adolescente por parte dos profissionais de saúde, não só enfermeiros, mas também médicos, para que a continuação de cuidados seja multidisciplinar, colocando em prática a filosofia de atendimento preconizada pela OMS e respeitando a Carta dos Direitos da Criança das Nações Unidas (SPP, 2005).

A Adolescência é uma fase de transição no ciclo vital onde as transformações e mudanças que ocorrem são fundamentais para o jovem adulto se definir, assim como a procura dos serviços de saúde por parte do adolescente também é, pois pode vivenciar uma experiência de transição do estado saudável para o estado de doença ou procura de saúde em contexto de internamento, urgência ou de cuidados saúde primários. Para compreender de melhor forma este processo apoiou-me na Teoria das Transições de Afaf Meleis e de forma a concretizar o melhor atendimento ao adolescente e entender o modo de conhecer a sua realidade, valorização de escolhas individuais e reconhecer a situação vivida, como gere a mesma e como a vivencia a Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad também foi um suporte na percepção do trabalho do enfermeiro com o adolescente, nomeadamente na entrevista ao mesmo.

Teoria das Transições de Afaf Meleis:

A Teoria das Transições de Meleis teve o seu início em meados da década de 1960, utilizando para construção da mesma o planeamento familiar e os processos envolvidos no tornar-se pai/mãe e o domínio dos papéis parentais, seguidamente esta teórica investigou a forma como as intervenções podem facilitar o processo de transição e os indivíduos que não conseguem fazer estas transições saudáveis. Para Meleis o conceito de transição define-se como a passagem de um estado estável para outro e requer por parte do indivíduo, a incorporação dos conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self* (Guimarães & Silva, 2016).

Podemos verificar a aplicabilidade na prestação de cuidados ao adolescente, no que respeita à promoção da autonomia e tomada de decisão também, pois o adolescente tem de fazer escolhas

acerca da sua saúde, decidir, ter conhecimentos acerca do seu estado, e por vezes verifica-se uma mudança do mesmo, por exemplo, recorre aos serviços de saúde por um motivo que leva ao seu internamento no serviço de Pediatria e tem de tomar uma decisão acerca de um determinado procedimento que lhe é explicado e para qual a sua opinião é tida em conta e a sua decisão também, assentando na base de que o mesmo é possuidor de conhecimento para tal. Verifica-se também que o enfermeiro tem um papel importante nesta fase de transição e na decisão do adolescente, nomeadamente de informar, esclarecer, otimizar o melhor ambiente possível e não influenciar a sua decisão e respeitar as suas opiniões.

Tendo em conta outro exemplo como realidade, no que concerne aos cuidados de saúde primários o adolescente revê nestes a melhor forma de procurar informação acerca da saúde reprodutiva e sexual, sendo o papel do enfermeiro especialista nestes serviços de saúde fundamental para que informando-o de modo claro, conciso e demonstrando conhecimentos prévios o deixe seguro acerca da decisão que irá tomar, considerando-se também esta uma transição e um marco importante da adolescência.

Esta teoria é composta pela natureza das transições, os seus condicionantes facilitadores e inibidores da transição, os padrões de resposta e a terapêutica/ atitudes terapêuticas de enfermagem, uma vez que o processo transição se caracteriza por ser singular, complexo e apresentar múltiplas dimensões que são criadoras de vários significados que são determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são assim resultado de mudanças de vida, saúde, relacionamentos e ambientes, envolvendo-se o indivíduo neste processo de transição quando toma consciência do mesmo, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição vivida/ que se encontra a viver (Guimarães & Silva, 2016).

O nível de conhecimentos e de competências do indivíduo para lidar com o problema também é uma condição de transição, pois se o indivíduo tem conhecimento do que se avizinha, bem como possui competências para lidar com tal situação, mais facilmente estará apto para vivenciar uma transição saudável (Abreu & Azevedo, 2012).

Todas as transições desencadeiam mudanças que devem ser exploradas segundo a sua natureza, gravidade, temporalidade e as expectativas do indivíduo, família e do contexto social, podendo estar relacionadas com eventos críticos ou desequilíbrios que levam a alterações da identi-

dade, da percepção, das ideias, dos relacionamentos e das rotinas, sendo que cada ponto crítico destas mudanças exige que o enfermeiro tenham atenção, conhecimento e experiência para lidar com estas, uma vez que este é um período mais vulnerável para os indivíduos, neste caso para o adolescente, onde este encontra dificuldades em desempenhar o autocuidado (Guimarães & Silva, 2016).

De modo a alcançar um processo de transição saudável, o enfermeiro deve exercer um cuidado humanizado, holístico, científico e compartilhado, necessitando de ter conhecimento acerca do crescimento e desenvolvimento do adolescente e da sua família, durante o decorrer do seu ciclo vital, estando a par das dificuldades e das adaptações às situações que vão surgindo e que podem ser geradoras de instabilidade. As intervenções de enfermagem podem ser assim vistas como uma ação interventiva e essencial no decorrer do processo de transição, uma vez que devem proporcionar conhecimento e capacidades a quem o vivencia, proporcionando respostas positivas às transições que sejam facilitadoras de restabelecer a sensação de bem-estar para o mesmo (Guimarães & Silva, 2016).

Na prestação de cuidados ao adolescente a equipa deve manter uma conduta de parceria com o mesmo, explicar os procedimentos, solicitando o seu consentimento e lembrando que cada adolescente é um ser único, e que por este motivo requer cuidados individualizados, tentando ao máximo minimizar os efeitos negativos dos procedimentos invasivos e/ou dolorosos que lhe são realizados (Abreu & Azevedo, 2012). Os enfermeiros que são promotores do cuidado transicional valorizam o adolescente (indivíduo), uma vez que os cuidados prestados estão relacionados com o desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento do mesmo tendo em conta um maior equilíbrio e estabilidade (Guimarães & Silva, 2016).

Assim os cuidados prestados pelo enfermeiro auxiliam o adolescente a explorar a transição através das suas expectativas e experiências, a identificar quais os acontecimentos causadores de *stress*, a compreender como o suporte pessoal e o suporte externo podem trazer vantagens ou desvantagens à transição vivida e acima de tudo ajudam a assimilar a mesma (Abreu & Azevedo, 2012).

Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad:

A Teoria Humanística de Enfermagem foi proposta por Josephine Paterson e Loretta Zderad na década de 1960 com o conceito de que cada indivíduo precisa de um atendimento personalizado, uma vez que o interesse da Enfermagem não deve centrar-se unicamente no bem-estar de uma pessoa, mas também no seu existir, ajudando-a a ser o mais humana possível num momento em particular da sua vida (Cruz, Collet, Andrade, Nóbrega & Nóbrega, 2017); deste modo o método desta teoria denomina-se Enfermagem Fenomenológica composta por cinco fases estruturadas:

- Preparação da enfermeira para vir-a-conhecer;
- A enfermeira conhece intuitivamente o outro;
- A enfermeira conhece cientificamente o outro;
- A enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas;
- Por fim dá-se a sucessão interna da enfermeira, a partir de muitos para um único paradoxal (Lélis, Pagliuca & Cardoso, 2014).

Os enfermeiros nesta teoria criam a relação “eu-tu” para poderem entender os adolescentes e usar o seu conhecimento intuitivo, sintetizando os conhecimentos de forma a tornarem-se uma fonte de informação constante e transformam os muitos paradoxais para aplicar o conhecimento num contexto da prática diária de cuidados (Lélis, *et al.*, 2014).

O diálogo é a base desta teoria em conjunto com a comunhão e a Enfermagem Fenomenológica, sendo esta relação compreendida através de três dimensões: Eu-TU (Sujeito-Sujeito), nesta dimensão a enfermeira procura conhecer a visão do outro acerca do fenómeno em estudo; Eu-Isso (Sujeito-Objeto), nesta segunda dimensão a enfermeira distancia-se do sujeito, neste caso do adolescente e para o conhecer estabelece uma ligação científica, sendo este o momento de análise e reflexão acerca da experiência vivida que tem por finalidade permitir a análise do objeto de estudo, realizar a sua classificação, comparação e categorizá-lo e a relação Nós (comunhão entre duas ou mais pessoas), nesta última dimensão a enfermeira sintetiza as diversas realidades do fenómeno em estudo, alcançando uma visão ampliada do mesmo, atingindo uma conceção importante para o envolvido ou os envolvidos no contexto em estudo, a partir de ideias extraídas de

cada situação conquista o indivíduo ou o grupo, concebendo uma concepção representativa acerca do objeto investigado (Lélis, *et al.*, 2014; Cruz, *et al.*, 2017);

Assim o enfermeiro no atendimento ao adolescente deve conhecer o mesmo, conhecer as suas motivações, perceber qual ou quais as experiências vividas, ajudá-lo recorrendo ao seu conhecimento científico, integrar se necessário os pais neste atendimento e no diálogo com o mesmo, se a situação assim o exigir, encontrar uma solução acerca do que o preocupa e ainda recorrer à equipa multidisciplinar de forma a dar resposta ao adolescente e proporcionando-lhe um valorização da sua opinião e das suas escolhas acerca da saúde.

2. PROMOÇÃO DA AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO DO ADOLESCENTE: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO

2.1- METODOLOGIA DE PROJETO

O projeto de intervenção apresentado designa-se “**Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: atuação do enfermeiro especialista**” e foi delineado de modo a proporcionar a conceção de uma linha de investigação ao longo dos contextos clínicos e concluir na elaboração do Relatório Final. O presente projeto foi construído para ser desenvolvido no decorrer dos Estágios I e Final, que são parte integrante do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo como guia orientador a linha de investigação “**Necessidades em cuidados de enfermagem e populações específicas**”.

A Metodologia de Projeto é definida como o “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” ou seja permite prever mudanças (Guerra, 1994 citado por Ruivo *et al.*, 2010).

Segundo Ruivo *et al.*, (2010) “O projeto é assim um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar, sendo assim um trabalho de projeto é considerada uma metodologia”, Leite *et al.*, (2001) citado por Ruivo *et al.*, (2010:4) referem que este se constitui como “um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas”.

Quando aplicada aos cuidados de saúde pode-se afirmar que a Metodologia de Projeto é o denominado Processo de Enfermagem que nos vai nortear por etapas desde o reconhecimento e identificação do problema até à resolução e/ou minimização do mesmo na vida do indivíduo/família promovendo a qualidade da mesma, facilitando assim este processo a permuta de informação entre as equipas de enfermagem e outros profissionais ou instituições, associações

e serviços de apoio. Os profissionais são assim responsáveis pela utilização desta metodologia como modo de alcançar níveis de qualidade desejáveis (Ruivo et al., 2010:7).

2.2- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Esta constitui-se a primeira etapa da metodologia de projeto e visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a problemática identificada, elaborando-se um modelo descritivo sobre a realidade em que se pretende atuar e mudar, desta forma em saúde deve-se realizar uma análise integrada nas necessidades de determinada população, de forma a desenvolver estratégias e ações, aproveitando os recursos disponíveis com o objetivo de promover a motivação e autonomia da população (Ruivo *et al.*, 2010).

Nesta etapa definem-se os problemas qualitativos e quantitativos existentes onde posteriormente se vão estabelecer prioridades e as possíveis causas, ou seja, envolve a recolha de informações de origem objetiva e qualitativa. A pertinência do problema é de extrema importância pois segundo Almeida & Freire (2007) citados por Ruivo *et al.*, (2010) o mesmo deve ser: “concreto e real; reunir condições para o estudo; ser operacionalizado através de uma hipótese científica; estar formulado de forma clara e perceptível por outros investigadores”.

Os instrumentos de diagnóstico são uma ferramenta essencial na identificação e validação do problema, estando implícita a esta utilização a observação do contexto e das pessoas sendo o ponto de partida para a correta e fiável utilização (Ruivo *et al.*, 2010).

A partir da situação-problema definida e para realizar o diagnóstico de situação do presente projeto foi realizada uma pesquisa na literatura existente acerca do adolescente e da temática da autonomia e consentimento informado a qua foi anteriormente descrita, tendo sendo esta fase do projeto baseada em documentos oficiais já publicados pela DGS, OMS, OE, SPP e CPP.

Da análise realizada à literatura disponível foi possível verificar:

- A adolescência é uma etapa de transição do ciclo vital, considera a mais importante, uma vez que se passa de criança a jovem adulto;

- O adolescente sente necessidade de ser ouvido e de ser autónomo, estando nesta fase a definir a sua identidade e a distanciar-se dos seus pais/cuidadores quanto à sua autonomia;
- O Consentimento Informado Livre e Esclarecido é um documento importante que deve ser utilizado nas intervenções que necessitem do mesmo, no entanto o enfermeiro tem o dever de informar e esclarecer a criança/jovem e família antes de qualquer procedimento;
- O EESIP tem um papel crucial na criação de um ambiente propício à entrevista ao adolescente e ser o elo de ligação entre este e os pais, tendo em conta os desejos do mesmo e a sua ética profissional.

Assim foi possível emergir o problema “**Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: atuação do enfermeiro especialista**”, surgindo nesta linha as questões “Qual a perceção dos enfermeiros acerca da autonomia e tomada de decisão do adolescente?” e “Qual a envolvência dos enfermeiros na aplicação do consentimento informado ao adolescente e conhecimentos adquiridos sobre o tema?”.

Existem no entanto questões que necessitam de ser aferidas com a máxima precisão, para tal será utilizada a entrevista que se constitui como um meio para recolha de informação, opiniões ou necessidades podendo ser utilizada individualmente ou em grupo e ainda foi utilizado o questionário fechado que traz a vantagem de ser utilizado em grandes amostras, ou seja em grandes equipas de enfermagem permitindo assim delinear objetivos e definir o plano de ação a realizar com as mesmas de modo a obter uma resolução (Ruivo *et al.*, 2010).

De forma a identificar os problemas e assimilando os conhecimentos previamente adquiridos, foi então realizada uma entrevista formal com os enfermeiros-chefes/responsáveis dos serviços e os enfermeiros orientadores dos locais onde foi executado o projeto tendo sido ratificados os aspetos seguintes:

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP):

- Verificação e reconhecimento da conveniência da temática apresentada;

- Reconhecimento pela enfermeira orientadora e pela enfermeira responsável da ausência de formação em serviço aos profissionais acerca da temática do consentimento informado, bem como da utilização do mesmo;
- Reconhecimento pela enfermeira responsável que a temática da adolescência é pouco abordada e trabalhada nas sessões de serviço entre os profissionais;
- Sugestão por parte das enfermeiras orientadora e responsável da realização de uma sessão de formação aos profissionais acerca da temática adolescente, autonomia e consentimento informado;
- Sugestão da enfermeira orientadora para a criação de um pequeno cartaz para deixar na escola do concelho a fim de informar o adolescente para a procura da saúde e para a sua tomada de decisão, proposta esta que foi também reconhecida como pertinente por parte da enfermeira que se desloca à escola para as sessões sobre “Sexualidade na Adolescência” e pela enfermeira responsável.

Na UCINPED, no Internamento de Pediatria e no SUP:

- Verificação e reconhecimento da conveniência da temática apresentada;
- Reconhecimento pelos enfermeiros orientadores e pelas enfermeiras-chefes/responsáveis da ausência de formação em serviço aos profissionais acerca da temática do consentimento informado, bem como da utilização do mesmo;
- Reconhecimento pelos enfermeiros-chefes/responsáveis que a temática da adolescência é pouco abordada e trabalhada nas sessões de serviço entre os profissionais;
- Reconhecimento da ausência de uma norma de atuação sobre o Consentimento Informado aos Adolescente e um modelo de Consentimento Informado a utilizar, nos serviços de Internamento de Pediatria e SUP;
- Sugestão do enfermeiro orientador do SUP para a criação de um folheto informativo acerca da temática de forma a informar o adolescente para a procura da saúde e para a sua tomada de decisão, proposta esta que foi também reconhecida como pertinente por parte da enfermeira-chefe do serviço.
- Sugestão por parte dos enfermeiros orientadores e enfermeiros-chefes/responsáveis da realização de uma sessão de formação aos profissionais acerca da temática adolescente, autonomia e consentimento informado.

Tendo em conta o que foi exposto anteriormente e relacionando o que foi analisado na pesquisa da literatura com a informação prestada pelos enfermeiros é possível verificar:

- Pertinência do tema exposto;
- Necessidade de formação em serviço às equipas de enfermagem face ao tema exposto;
- Necessidade de existência de uma norma de atuação de modo a que o atendimento, esclarecimento, opinião e consentimento do adolescente tenha sempre uma valência importante na realização de procedimentos de enfermagem;
- Necessidade de um modelo de consentimento informado ao adolescente por escrito.

2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Os objetivos indicam os resultados que se pretendem alcançar, podendo ser do nível geral ao mais específico, assumindo representações antecipadoras, ou seja, a determinação dos objetivos finais. É de extrema importância definir os objetivos consoante os níveis em que se enquadram, como refere Mão de Ferro (1999) citado por Ruivo *et al.*, (2010) “os objetivos gerais são como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados (...) fornecem-nos indicações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo (...)” e que devem ser traçados objetivos específicos que “(...) são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo (...) sendo um a subdivisão do objetivo geral”, desta forma a quantidade de objetivos específicos relaciona-se diretamente com a complexidade do objetivo geral estabelecido.

A planificação deste projeto resulta num compromisso entre os objetivos e os recursos disponíveis, traduzindo-se numa antevisão do produto final e na implementação e determinação de prioridades permitindo obter um resultado daquilo que foi produzido (Ruivo *et al.*, 2010).

Tendo em conta que o projeto é transversal a todos os contextos de estágio e após a identificação do problema e fundamentação do mesmo foi definido o seguinte objetivo geral e objetivos específicos:

- **Objetivo geral:**

- Contribuir para a promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente;

- **Objetivos específicos:**

- Objetivo específico 1: Capacitar as equipas de enfermagem a promover a autonomia do adolescente na tomada de decisão;
- Objetivo específico 2: Elucidar as equipas de enfermagem acerca da importância do consentimento livre e esclarecido ao adolescente;
- Objetivo específico 3: Otimizar estratégias e recursos nas instituições para capacitar as equipas de enfermagem para promover a autonomia e tomada de decisão do adolescente.

2.4-PLANEAMENTO

Após traçar objetivos é altura de iniciar a terceira fase da metodologia de projeto que se define como planeamento que se elabora um plano detalhado acerca do projeto cobrindo diversas vertentes, ou seja, é elaborado o cronograma das atividades a realizar e os recursos e estratégias necessários para a implementação deste projeto (Ruivo *et al.*, 2010).

Segundo os autores supracitados a utilização e escolha das atividades, meios e estratégias a utilizar devem ser conducentes com os objetivos específicos previamente definidos sendo uma parte integrante do planeamento.

Segundo Miguel (2006) citado por (Ruivo *et al.*, 2010) para planear este projeto foi delineado um cronograma do projeto que está disponível no Apêndice 1, sendo este um processo interativo que determina as datas de início e fim planeadas para as atividades a desenvolver no projeto, partindo da premissa que é importante rever o mesmo sempre que necessário, sendo a sua atualização constante.

O cronograma iniciou-se no momento de construção do projeto, seguiu-se de forma transversal ao longo tempo, nos contextos de estágio e culmina com a apresentação do Relatório Final.

Para alcançar os objetivos definidos na fase anterior foram delineadas atividades e estratégias de modo a alcançar os mesmos que estão presentes numa tabela no Apêndice 2, bem como os meios necessários para as realizar, uma vez que estes são importantes pois permitem ao investigador a conclusão efetiva das atividades do projeto podendo ser meios materiais técnicos, humanos, financeiros (Fortin, 1999 citado por Ruivo *et al.*, 2010).

É necessário existir uma reflexão acerca do percurso desenvolvido e ajustar neste momento o que seja necessário de forma da dar início à fase execução (Ruivo *et al.*, 2010), assim e após se ter verificado todo o planeamento não houve necessidade por parte dos intervenientes no projeto reajustar as atividades ou os objetivos delineados, pelo que se deu seguimento aos mesmos na fase de execução que decorreu do Estágio I ao Estágio Final.

2.5- EXECUÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO

Na etapa de execução do projeto coloca-se em prática tudo o que foi planeado, possibilita assim a evidência dos princípios que norteiam a ação e a sua eficácia, se considerarmos que a execução do projeto foi transformadora como resultado de uma análise da experiência. São esperados resultados em termos de aprendizagens, resolução de problemas e desenvolvimento de competências (Ruivo *et al.*, 2010).

Nesta fase do projeto é necessária a procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema definido, sendo esta fase “transformadora” (Carvalho *et al.*, 2001 citado por Ruivo *et al.*, 2010).

O orientador exerce um papel importante nesta fase como elemento ativo e participante do grupo, recordando que o projeto não é só dos participantes, mas também seu, este não se limita a auxiliar, mas também investiga e descobre respostas para os problemas levantados inicialmente, desenvolvendo as suas capacidades e aprendendo com os participantes do mesmo (Nogueira, 2005 citado por Ruivo *et al.*, 2010).

O passo inicial na execução do presente projeto foi a formalização dos pedidos de autorização aos Conselhos de Administração e às Comissões de Ética das Instituições Hospitalares onde se pretendia fazer o levantamento de dados e a realizar as atividades planeadas, nomeadamente a aplicação do estudo descritivo, transversal e exploratório (que necessitava da aplicação de um questionário às equipas de enfermagem), obtendo-se por parte destas parecer positivo (Anexo 3).

É importante referir que todos os aspetos éticos e deontológicos subjacentes ao estudo em investigação foram garantidos, tendo por base a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, os dados recolhidos cumpriram assim os pressupostos associados a um estudo de investigação, sendo que os resultados foram posteriormente agrupados, garantindo-se a confidencialidade dos dados recolhidos (World Medical Association, 2016).

2.5.1-Estudo qualitativo, descritivo e transversal: “percepção dos enfermeiros acerca da autonomia e tomada de decisão do adolescente” relativamente à temática “promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente”

Para dar resposta aos objetivos delineados e para responder às questões: “Qual a percepção dos enfermeiros acerca da autonomia e tomada de decisão do adolescente?” e “Qual a percepção dos enfermeiros acerca da aplicação do consentimento informado ao adolescente e conhecimentos adquiridos sobre o tema?”, Realizou-se um estudo qualitativo, descritivo e transversal.

A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário (Apêndice 3) aos enfermeiros das equipas de dois Internamentos de Pediatria de hospitais diferentes e um SUP, sendo estes a população alvo.

O questionário é composto por dois grupos de questões de resposta fechada; o primeiro é constituído por três questões que visam caracterizar a amostra. O segundo grupo é constituído por vinte e cinco questões que pretendem analisar a percepção dos enfermeiros face ao tema em estudo. Neste último grupo foi utilizada a Escala de Likert nas treze primeiras questões, cinco itens de resposta:

- Concordo plenamente;
- Concordo;
- Não concordo, nem discordo;
- Discordo;
- Discordo plenamente.

A análise dos dados obtidos foi realizada através da utilização do programa informático Microsoft Excel©.

Responderam ao questionário 31 enfermeiros, 11 de um internamento de Pediatria, 11 do SUP e 8 de outro internamento de Pediatria.

Do total da amostra é possível verificar que 39% dos enfermeiros encontram-se na faixa etária dos 30-39 anos e 32% entre os 40-49 anos de idade. No que concerne às habilitações literárias 64% dos enfermeiros referem são EESIP e apenas 4% possui o Mestrado em Enfermagem (Apêndice 4).

Referente aos anos de experiência profissional foi possível verificar que 63% dos enfermeiros inquiridos têm entre os 11-19 anos de experiência profissional e 26% mais de 20 anos de experiência (Apêndice 4).

Relativamente às afirmações realizadas acerca do adolescente pode verificar-se que os enfermeiros têm opinião diversa acerca deste assunto como se pode verificar na tabela em Apêndice 4 que contém as percentagens dadas em cada nível de concordância.

A maioria dos enfermeiros (87%) concorda plenamente que o adolescente deve ser informado acerca dos procedimentos que irá realizar e 90% concorda que o mesmo deve ser integrado nos cuidados.

Quando questionados sobre se o Adolescente a partir dos 16 anos tem capacidade para decidir acerca da sua saúde 26% dos enfermeiros concorda plenamente, 29% concorda, 26% não concorda nem discorda da afirmação e 16% discorda, pelo que é possível aferir que existem dúvidas nas equipas acerca da legislação em vigor e que a mesma deve ser trabalhada, relativamente ao consentimento informado, livre e esclarecido, pode ser dado pelo adolescente a partir dos 16 anos. 29% Concorda plenamente, 52% concorda, 16% não concorda, nem discorda e 3% discorda da afirmação.

Quando se afirma que os pais devem sempre estar presentes na entrevista ao adolescente, também se verifica uma diversidade de respostas: 13% concorda plenamente, 10% concorda, 19% não concorda, nem discorda, 39% discorda e 19% discorda plenamente, o que nos leva a aferir que a questão do poder parental a par da legislação deve ser também trabalhada. Cerca de metade dos enfermeiros (44%) concorda plenamente com o facto de que a decisão do adolescente deve ser sempre respeitada, bem como os seus sentimentos e opiniões, 43% concorda, 10% não concorda, nem discorda e 3% discorda com o facto de que a decisão do adolescente deve ser sempre respeitada, bem como os seus sentimentos e opiniões, podendo afirmar-se que as equipas

têm a noção de o adolescente deve ser ouvido, deve promover-se a sua opinião e valorizá-la, embora ainda existam dúvidas como referido anteriormente acerca das questões legais em vigor no nosso país.

Quando se refere que deveria existir uma norma/ um consentimento informado para o adolescente 61% dos enfermeiros concorda plenamente com a afirmação, 26% concorda e 13% não concorda, nem discorda.

Foi possível verificar que 87% dos inquiridos não frequentou qualquer ação de formação acerca da temática e os enfermeiros que responderam SIM 50% refere que frequentou a mesma há mais de 7 anos.

Quando colocada a questão acerca da competência da comunicação das equipas com o adolescente e se as mesmas têm formação adequada para tal 54% dos enfermeiros responderam que Não e 41% responderam que SIM, tendo 5% dado a resposta de Não sabe/Não responde.

Em relação ao conhecimento acerca do documento do consentimento informado e se os enfermeiros o utilizam na sua prática diária 61% dos inquiridos respondeu que Não utiliza nem conhece, enquanto 19% respondeu Sim, utilizo e 16% respondeu Não sabe/Não responde. Colocada a questão: Durante a sua formação enquanto enfermeiro sente que a temática do adolescente e do consentimento informado foi abordada? 61% Dos inquiridos respondeu NÃO e 35% responde SIM, dos que responderam Sim 100% refere que considera importante continuar a existir formação em serviço acerca da temática; 4% Não sabe/ Não responde.

Acerca da privacidade do adolescente para a entrevista nos serviços alvo de estudo, foi colocada a questão acerca da existência de local próprio para o fazer onde 68% respondeu que Sim existe e 32% considera que este espaço não existe no seu serviço. Das respostas positivas foi possível verificar que 35,9% dos enfermeiros considera o espaço adequado para o atendimento ao adolescente a Sala de Acolhimento existente no serviço.

Foram também colocadas duas questões acerca do consentimento informado ao adolescente, nomeadamente: Informa o adolescente, envolve-o na tomada de decisão e obtém o consentimento informado do mesmo antes das intervenções de enfermagem? A grande maioria (81%) Res-

pondeu SIM e 6% respondeu Não. Foi ainda colocada a questão de como obtém este consentimento e foi verificado que 83% dos enfermeiros recolhe o mesmo oralmente, na presença dos pais e/ou testemunhas e faz registo do mesmo em processo clínico, enquanto 13% também o obtém oralmente mas só na presença do adolescente e faz o seu registo em processo clínico.

Colocada a questão de quem consideram que deve participar na decisão acerca da saúde do adolescente e dando hipótese de escolher duas respostas entre 4 possíveis os enfermeiros responderam que deve ser o próprio (51%) e os pais (13%). Ainda importante referir que 7% refere que deve ser o médico ou enfermeiro a tomar esta decisão.

Verificou-se na questão número 23 que 71% dos inquiridos, considera que o adolescente entre os 14-16 anos deve opinar sobre a sua saúde e deve ser integrado no consentimento acerca das intervenções ou procedimentos que irá realizar, enquanto 5% responde Não sabe/Não responde. De salientar que 24% refere que este não deve dar opinião ou emitir consentimento acerca da sua saúde.

Neste estudo também se procurou perceber o que os enfermeiros fariam em caso de desentendimento entre o adolescente e os pais no que respeita aos procedimentos ou intervenções, tendo-se verificado que 80% considera que a opinião do adolescente deve ser tida em conta, no entanto deve promover-se a negociação entre este e os pais e apenas 20% considera que a opinião do adolescente deve ser tida em conta se este tiver idade ≥ 16 anos.

Para finalizar este questionário foi colocada uma questão acerca da importância da existência de uma circular normativa acerca do consentimento informado ao adolescente obtendo-se 65% de respostas positivas, ou seja, os enfermeiros responderam Sim, considero importante e 32% respondeu Sim, considera muito importante e prioritária esta norma.

Em resumo, após analisar os questionários realizados foi possível concluir que os profissionais das equipas de enfermagem que colaboraram no preenchimento dos questionários apresentam um défice de conhecimento da temática que está associado à pouca informação ou à falta de formação. Assim torna-se imperterível realizar ações de formação às equipas de enfermagem que trabalham no seu dia-a-dia com adolescente para que possam prestar cuidados de maior qualidade e centrados no adolescente, visto que tem-se vindo a verificar um crescendo na recorrência

aos serviços de saúde por parte dos mesmos. Verifica-se ainda que os serviços carecem de normas de atuação no que respeita ao adolescente e de consentimento informado para as intervenções.

Por fim, é possível afirmar que tanto os enfermeiros de cuidados gerais, como os EEESIP encaram a adolescência como um desafio e reconhecem que devem existir respostas a esta população que tende a ser cada vez mais autónoma e participava nos cuidados que respeitam à sua saúde.

2.5.2-Sessão de sensibilização das equipas de enfermagem para a problemática da promoção da autonomia do adolescente e tomada de decisão

A atividade constituída como Sessão de Sensibilização das equipas de enfermagem para a problemática da autonomia do adolescente e tomada de decisão decorreu nos contextos de Estágio I e Estágio Final no Internamento de Pediatria e pretendeu dar resposta aos objetivos específicos:

- Capacitar as equipas de enfermagem a promover a autonomia do adolescente na tomada de decisão e;
- Elucidar as equipas de enfermagem acerca da importância do consentimento livre e esclarecido ao adolescente.

Nestas sessões foram lembrados conceitos importantes acerca da Adolescência, quais os pontos-chave na avaliação e entrevista ao adolescente, foi realizada uma conceptualização acerca do consentimento informado e no contexto de Internamento de Pediatria.

É importante referir que no contexto de Estágio I a apresentação apesar de ter os mesmos contornos continha algumas alterações nos diapositivos como se pode verificar no Apêndice 5 onde se encontram as duas sessões apresentadas. O planeamento das sessões encontra-se disponível no Apêndice 5.

No que concerne à participação dos elementos das equipas de enfermagem na sessão no contexto de Estágio I participaram 41,2 % dos enfermeiros, uma vez que os restantes se encontravam nas extensões de saúde das freguesias. Antes e após a sessão procurou-se saber a opinião sobre a autonomia do adolescente, no final da mesma foi realizada (Ver ponto 3.1.1 do presente relatório). É importante referir que juntamente com esta sessão foi elaborado um cartaz informativo para colocar na escola secundária do concelho de modo a informar também os adolescentes para as questões da saúde e da sua autonomia (Apêndice 6).

No Internamento de Pediatria participaram 85,7% dos enfermeiros, o grau de satisfação com a sessão foi avaliado através de um pequeno questionário de avaliação (Ver ponto 3.1.3). Na mesma sessão realizou-se a atividade apresentada no ponto seguinte (ponto 2.5.3), tendo sido considerado pela equipa de enfermagem uma atividade pertinente face aos cuidados que presta diariamente.

Em ambas as formações existiu partilha de informação e discussão da temática, possibilitando novas ideias de prestação de cuidados ao adolescente no futuro e também de modificação do ambiente dos serviços, garantindo que exista pelo menos um espaço com privacidade para o seu atendimento.

No contexto de UCINPED e SUP não foi possível realizar esta sessão sobre o tema central do projeto, pois foi identificado pelas enfermeiras-chefes e responsáveis que as equipas já se encontravam com horas de trabalho sobrecarregadas pelo que não seria possível neste tempo de estágio disponibilizarem mais horas para formação, por este motivo foi abordado o tema nas passagens de turno. Foi notório o interesse dos elementos acerca das questões do adolescente, do consentimento informado e acima de tudo da privacidade do mesmo durante a entrevista.

2.5.3-Elaboração de normas de atuação para os serviços

A uniformização dos cuidados em enfermagem deve ser um ponto central no cuidar e é imprescindível para que o atendimento ao adolescente e família seja realizado com a maior qualidade possível. Assim e segundo a necessidade identificada nos contextos de estágio no Internamento de Pediatria e SUP foi elaborada uma norma de atuação (Apêndices 7 e 8) no que respeita ao consentimento informado ao adolescente.

Esta norma de atuação surgiu após uma entrevista formal com os enfermeiros-chefes e enfermeiros orientadores onde foi identificada uma necessidade de implementar a mesma garantindo que o atendimento ao adolescente é feito de igual forma nos serviços de Internamento de Pediatria e SUP da unidade hospitalar onde decorreu o estágio.

Pretende-se que se inicie a prestação de cuidados ao adolescente no SUP, se informe o mesmo e se obtenha a sua opinião e o seu consentimento em procedimentos especificados nas normas e que posteriormente a continuação de cuidados seja feita em internamento tendo por base a norma já estabelecida e para que as equipas trabalhem no mesmo sentido.

A norma de atuação surge nestes contextos de estágio após se verificar que este tipo de população recorre a estes serviços de saúde com alguma frequência, pesa embora os adolescentes sejam considerados a população mais saudável, pois é nesta faixa etária que se verificam os menores índices de morbi-morbilidade em relação a outros grupos etários (OE, 2010).

Nos serviços de saúde os adolescentes são atendidos em consultas que se direcionam para os problemas que geraram a procura ao serviço, no entanto os profissionais de saúde devem entender as necessidades dos adolescentes, bem como os fatores sociais, ambientais e culturais que podem afetar a sua saúde. Desta forma deve existir um planeamento, desenvolvimento, gestão e organização dos serviços de saúde para que o cuidado seja direcionado a este grupo (Costa, Queiroz & Zeitoune, 2012).

O enfermeiro deve integrar projetos com atenção especial para o adolescente, valorizando-o enquanto ser com a sua autonomia em desenvolvimento (Costa, *et al.*, 2012). A equipa de enfermagem deve atuar de modo a englobar os adolescentes no seu atendimento, criando uma

forma de cuidar baseada na prevenção, promoção da sua saúde e recuperação da mesma (Costa, Carvalho, Fialho, Moreira, Queiroz & Jorge, 2010).

No SUP também com o intuito de informar o adolescente e tendo em conta a norma produzida foi elaborado um pequeno cartaz informativo (Apêndice 9), uma vez que durante o tempo que estes estão à espera para ser triados e posteriormente chamados pelo médico para serem observados podem ter acesso à informação fidedigna e assente em documentos orientadores.

A elaboração destas normas constituiu um contributo relevante para a literacia das equipas de enfermagem, uniformizando assim os cuidados prestados nos serviços, assentando a sua base nos domínios éticos e profissionais assegurando assim a melhoria contínua dos cuidados prestados ao adolescente.

2.6- AVALIAÇÃO E CONCLUSÕES DO PROJETO “Promoção da autonomia do adolescente e tomada de decisão: contributo do enfermeiro especialista”

A avaliação do projeto é uma etapa que se pode distinguir em vários momentos, sendo abordada uma avaliação intermédia, realizada em simultâneo com a execução do mesmo e a avaliação final que consiste na avaliação do processo e do produto final obtido, implicando sempre a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente (Ruivo *et al.*, 2010).

No entanto a avaliação intermédia do projeto é feita nas fases de planeamento e execução do mesmo e constitui-se como um momento de reflexão sobre o percurso desenvolvido, designando-se esta fase por depuração, sendo aqui o papel do orientador fundamental, uma vez que pode questionar os participantes acerca da quantidade e qualidade dos dados obtidos para o produto final, promovendo a inclusão de conteúdos não abordados, questionando a pertinência e relevância dos itens do projeto e ainda questionar sobre alterações e avaliar o que está produzido até ao momento. Portanto um projeto não é estático, podendo em qualquer altura sofrer alterações e normalmente é nesta avaliação intermédia que surgem as “ideias brilhantes” que vão culminar com o bom caminho para obter os resultados pretendidos (Castro *et al.*, 1993 & Nogueira, 2005 citados por Ruivo *et al.*, 2010).

A implementação do presente projeto de Mestrado descrito ao longo do Relatório Final foi desenvolvido ao longo dos contextos clínicos onde a aprendizagem se considera não só teórica, mas também prática, desde os CSP aos Cuidados Hospitalares Diferenciados, permitindo assim alcançar os objetivos anteriormente citados.

O estudo sobre a perceção dos enfermeiros acerca da temática permitiu traçar o perfil das equipas de enfermagem de 3 realidades distintas, bem como os recursos e os conhecimentos das mesmas acerca da temática. Após a análise destes resultados foi possível sensibilizar as equipas de enfermagem para a prestação de cuidados centrada no adolescente e nas suas necessidades.

As sessões de sensibilização constituíram-se momentos fulcrais de aprendizagem, discussão de ideias e planeamento dos cuidados ao adolescente para as equipas de enfermagem, pois através destas a temática foi explanada e explorada com os enfermeiros. O atendimento ao adolescente passou a ser feito segundo alguns documentos já conhecidos nomeadamente os

Guias Orientadores de Boas Práticas da OE e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), no que respeita à entrevista ao adolescente. A legislação existente em Portugal também foi explorada e deu mais segurança às equipas para o contacto com o adolescente durante a entrevista e a prestação de cuidados, uma vez que o enfermeiro deve transmitir aos pais e adolescente segurança e conhecimentos acerca do assunto em questão.

Com a elaboração da norma de atuação em duas unidades hospitalares diferentes foi possível verificar que esta temática é alvo de preocupação dos enfermeiros. Foi possível concluir que apesar de conhecerem a temática ou já terem abordado em algum momento da sua formação académica ou da sua vida profissional as equipas de enfermagem hoje em dia ainda não estão despertas para colocar em prática a legislação em vigor e confrontar os pais com a vontade do seu filho adolescente ou com as “suas vontades”, o que leva a que a prestação de cuidados fique comprometida no atendimento ao adolescente.

Capacitar os adolescentes também é ponto essencial, para tal a elaboração de folhetos e cartazes informativos também lhes chama a atenção e fá-los levantar questões e recorrer aos profissionais a fim de esclarecer as mesmas. Após as sessões os enfermeiros apresentam respostas mais concretas e baseadas em documentação legal para lhes responder e ajudar nas suas questões de saúde.

Finalizando acerca do estudo realizado, os dados obtidos foram analisados e compilados num documento com formato de artigo (Apêndice 10) para posterior publicação.

2.6.1-Divulgação dos resultados

A divulgação dos resultados é uma fase importante pois dá-nos a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema, neste contexto no Relatório Final, assumindo um papel fulcral no desenvolvimento dos profissionais e na melhoria dos serviços prestados aos utentes, fornecendo informação científica aos utentes e aos profissionais.

Segundo a OE (2006), “consiste num processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para o benefício dos utentes, famílias e comunidades”.

A divulgação é um dever ético do investigador devendo englobar uma informação pertinente, expondo as limitações, os aspetos positivos e negativos e constituir tópicos passíveis de serem investigados, constituindo-se este Relatório Final como um contributo para a visibilidade dos cuidados de enfermagem (Ruivo *et al.*, 2010).

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO: DO ESTÁGIO I AO ESTÁGIO FINAL

Neste capítulo pretende-se expor o percurso desenvolvido ao longo dos estágios, ou seja, desde o estágio I até ao estágio final, realizando-se uma caracterização breve dos contextos e demonstrando o percurso das aprendizagens, a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento das competências inerentes a este percurso.

3.1-UMA NOVA META: DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRA ESPECIALISTA

O Estágio I decorreu durante 6 semanas, de 20 de maio a 28 de junho, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). O Estágio Final decorreu entre 16 de setembro a 17 de janeiro e desenvolveu-se em três contextos distintos. A primeira fase deste estágio teve a duração de 4 semanas (de 16 de setembro a 10 de outubro) e ocorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINPED), no dia 14 de outubro iniciou-se a segunda fase deste estágio que decorreu até 10 de novembro, prolongou-se por mais 4 semanas, sendo o contexto dos cuidados o Internamento de Pediatria. A terceira e última fase ocorreu em contexto de Urgência Pediátrica (UP) durante 8 semanas (11 de novembro a 17 de janeiro).

De acordo com o projeto construído, foram escolhidos os diferentes serviços para que se pudesse obter um leque de experiências variadas, de modo a promover a aquisição e o desenvolvimento de competências na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, não esquecendo que a idade pediátrica se situa entre o nascimento e os 17 anos e 364 dias de idade, a população alvo escolhida encontra-se na faixa etária dos 10-17 anos e 365 dias, e por esta forma de pensamento nos diferentes contextos prestam-se cuidados aos mesmos, permitindo assim a implementação deste projeto.

Assim nos subcapítulos seguintes será exposto o percurso percorrido em cada estágio, bem como uma breve caracterização do contexto de cuidados, exposição das principais atividades desenvolvidas e ainda a análise reflexiva e contributo das mesmas para o desenvolvimento de competências de EESIP.

3.1.1- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

Os CSP são segundo o Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de fevereiro, o pilar central do sistema de saúde pois constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo relevantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e vínculo a outros serviços para a continuidade dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2008).

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), segundo o mesmo Decreto-Lei supracitado, são serviços de saúde com autonomia administrativa e são constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. Têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, pelo que os mesmos compreendem as seguintes unidades funcionais Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Por sua vez o Centro de Saúde (CS) caracteriza-se por ser um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado pela sua localização e denominação determinadas; em cada centro de saúde tem de funcionar uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta (Ministério da Saúde, 2008).

A UCSP onde decorreu o estágio I pertence a um e (ACES) do distrito de Beja, abrange oito freguesias sendo a maior delas caracterizada pela inclusão de um elevado número de cidadãos de etnia cigana. Tem como missão principal a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita nas áreas que abrange, garantindo assim o acesso, a qualidade e a continuidade dos cuidados. Abrange uma população e 13,718 utentes em todo o concelho, sendo que na faixa dos 0-14 anos se encontram 14,8% destes utentes e dos 15-64 anos 62,3% (Fundação Francisco Manuel dos Santos: PORDATA, 2020).

A UCSP fica no mesmo edifício do Serviço de Urgência Básica (SUB), funciona das 08h00 às 20h00 durante a semana e aos fins de semanas e feriados encontra-se encerrado uma vez que o SUB dá resposta às necessidades da população 24h/dia.

As Consultas de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ) realizadas na UCSP as mesmas decorrem à segunda-feira e quarta-feira, sendo que à terça-feira e quinta-feira a enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica vai às escolas do conselho com o projeto da Saúde Sexual na Adolescência. É importante referir que no ano de 2012 foram realizadas 2925 consultas de saúde infantil e juvenil nesta unidade de saúde (Fundação Francisco Manuel dos Santos: PORDATA, 2020).

A vacinação infantil e juvenil é realizada também preferencialmente às segundas e quartas-feiras, no entanto, caso existam exceções, efetua-se agendamento para outro dia, e decorre em espaço próprio, tendo uma sala decorada com vários desenhos para todas as faixas etárias.

O registo de consultas de saúde infantil e juvenil, cuidados prestados e atos de enfermagem realizados são registados em sistema informático no programa SClínico® recorrendo à Classificação Internacional para a Enfermagem (CIPE), que é comum a todos os profissionais de enfermagem possibilitando a uniformização dos cuidados prestados e também é feito no registo no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Na vacinação também é feito o seu registo no SClínico®, no programa EBoletim e em suporte de papel no Boletim Individual de Saúde da Criança/Jovem.

A equipa da UCSP é constituída por 9 médicos, 17 enfermeiros, 12 secretários clínicos e 1 motorista. Dos 17 enfermeiros 5 são especialistas, sendo 2 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, um em saúde Materna e Obstetrícia e dois em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Uma das enfermeiras especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica exerce também funções de gestão e coordenação da UCSP na área de Enfermagem. No mesmo edifício está a ser criada a UCC que ainda tem o seu projeto em desenvolvimento, no entanto existem serviços desta a serem prestados nomeadamente a educação sexual na comunidade escolar adolescente (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

Os cuidados de saúde à população são prestados na sede principal, bem como nas extensões de saúde de todas as freguesias que o centro de saúde abrange, sendo os cuidados prestados por uma equipa constituída por médico e enfermeiro, sendo que o enfermeiro de família é o profissional de referência.

O enfermeiro de família é um profissional de enfermagem que está integrado numa equipa de saúde multidisciplinar e que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos presentes na comunidade, sendo que cuida da família como unidade de cuidados e presta tanto cuidados gerais como cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital do indivíduo e da família ao nível das três prevenções (primária, secundária e terciária), articulando-se ou complementando-se com outros profissionais de saúde, nos termos da legislação aplicáveis. Contribui ainda ara a conexão entra família, outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo assim a maior equidade n acesso aos cuidados de saúde, tal como é referido no Decreto-Lei nº118/2014, de 5 de agosto (Ministério da Saúde, 2014).

Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

As CSIJ são realizadas de acordo com o PNSIJ, acontecendo no gabinete da enfermeira de família, nesta caso das EESIP, onde são respeitados os critérios da idade-chave do desenvolvimento e crescimento a todos os níveis da criança e do jovem, bem como pontos essenciais que marcam o seu ciclo vital, como por exemplo, a entrada na adolescência, a entrada para escola, entre outros, para tal é calendarizada esta avaliação segundo as idades-chave do PNSIJ e também do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Para além desta avaliação são também valorizados os cuidados antecipatórios como promotores da saúde, facilitando aos pais informação e conhecimentos necessários para o desenvolvimento da sua função parental. (DGS, 2013).

A consulta realizada pela equipa de enfermagem inicia-se com o acolhimento aos pais e criança/jovem, promovendo o bem-estar da mesma, de seguida identificava-se as mesmas em questão o que era fácil pois a EESIP conhecia praticamente todas as famílias da sua alçada, posteriormente e após verificar o sistema informático e o BSIJ, iniciava-se a consulta. No caso da criança a avaliação do desenvolvimento psicomotor é crucial, não descurando toda a restante avaliação, e a monitorização do mesmo é feita através da história clinica, da observação dos pais, da observação da criança e do reconhecimento dos fatores de risco, recorrendo ou não à ajuda de instrumentos de avaliação, tais como a Escala de Mary Sheridan Modificada 18 meses-5 anos e também a *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), tendo como objetivo a última despistar Perturbações do Espectro do Autismo em crianças entre os 16-30 meses (se a criança

apresentar falha de 3 itens no total deverá ser avaliada por técnicos do neurodesenvolvimento) (DGS, 2013).

Também nesta unidade é realizado o Rastreo Nacional de Diagnóstico Precoce, vulgarmente conhecido como “Teste do Pezinho” que consiste na recolha de sangue através de picada capilar para a deteção de doenças hereditárias do metabolismo nos primeiros tempos de vida (Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2020). Normalmente é realizado na primeira ida do recém-nascido ao CS e entre o 3º e 6º dia de vida. Nesta fase a EESIP aproveita para verificar a alimentação do bebé, peso, fazer ensinamentos aos pais, agendar vacinação e próxima consulta de saúde infantil e juvenil.

Na entrevista ao adolescente, a abordagem dos aspetos psicossociais adquire uma relevância peculiar e permite entender melhor, os pontos fortes e os fatores de vulnerabilidade pessoal, face aos diferentes contextos de vida. Para auxiliar o enfermeiro neste conhecimento, Goldenring & Cohen descreveram, em 1985, o acrónimo HEADS, que foi sendo sucessivamente aumentado, para aquele que se utiliza nos dias hoje a nível mundial – *HEEADSSS*:

- H – home (casa, família);
- E – education e employment (escola e emprego);
- E – eating (alimentação);
- A – activities (atividades desportivas e de lazer);
- D – drugs (consumos, adição);
- S – sexuality (sexualidade);
- S – Suicide (depressão, suicídio, humor);
- S – Safety (segurança, acidentes, violência) (Anexo1) (DGS, 2013).

No caso do adolescente a consulta pretendeu promover a sua autoestima e autonomia nas escolhas relativas à saúde, recorrendo a maioria sozinho às consultas, ou quando acompanhado pelos pais questionado se prefere a presença dos mesmos em gabinete ou prefere entrar sozinho na consulta. As preocupações dos mesmos prendem-se essencialmente com os pontos-chave que o PSNIJ nos aborda, tais como, a imagem, o desenvolvimento físico (puberdade), comportamentos sexuais e comportamentos relacionados com uso de substâncias como álcool, tabaco e drogas. Também é feita na consulta a avaliação física do adolescente tendo em conta os estádios de *Tanner*, de modo a situar em progressão pubertária se encontra o adolescente (Anexo

2). Foi dada privacidade e espaço para o adolescente se expressar, sendo a linguagem usada adaptada ao mesmo e questionando se prefere estar sozinho ou na companhia dos pais.

Apesar dos adolescentes recorrerem pouco aos serviços de saúde todas as consultas realizadas com os mesmos foram produtivas, de forma a quem os mesmos ganhem confiança para voltar sempre que necessitarem, assim foram promovidos hábitos e estilos de vida saudáveis, realizada educação para a saúde e prevenção de comportamentos sexuais de risco, uma vez que estes recorrem mais a este tipo de unidades de saúde procurando contraceção.

Os pais mostram-se, muitas vezes, confusos e hesitantes com esta fase do ciclo vital dos seus filhos e carecem de ajuda dos profissionais de saúde e da sua orientação para que possam desenvolver um processo relacional que possibilite a estes determinarem limites e regras e que o adolescente saiba quais as consequências que enfrenta quando as quebrar, deixando ao mesmo tempo que estas tenham experiências novas e que advenham aprendizagens das mesmas, aceitando-os como seres únicos e singulares com características próprias, envolvendo-se nas atividades da escola dos filhos estando atentos ao seu desempenho e estando abertos a novos pontos de vista (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Plano Nacional de Vacinação

O Plano Nacional de Vacinação (PNV) aplica-se em Portugal gratuitamente a todos, e segundo a DGS *“todas as oportunidades de vacinação devem ser aproveitadas para completar ou atualizar o esquema vacinal, mesmo que a idade recomendada tenha sido ultrapassada, respeitando os intervalos mínimos”* que são estipulados entre cada dose. Assim, cada pessoa que se vai vacinar e/ou o seu responsável deve ser informada sobre a vacina a ser administrada, explicando os benefícios da mesma e reações adversas, bem como o risco de não vacinação, quando se aplica ao contexto. Em pessoas com menos de 16 anos de idade a vacina pode ser administrada desde que esteja presente o seu representante legal ou exista um consentimento por escrito acompanhado da identificação de quem tem a guarda da criança; em pessoas acima dos 16 anos dá-se a informação necessária e a mesma dá o seu consentimento (DGS, 2017).

Na UCSP no decorrer destas consultas é verificado o PNV e é realizada a vacinação se a mesma coincidir com a idade preconizada, ou as vacinas se encontrarem em atraso, ou então é

agendado um dia e hora para a vacinação da criança de acordo com a idade e também tendo em conta a disponibilidade dos pais.

Atividades realizadas no Estágio I

No decorrer do estágio I, sendo importante ressaltar que o mesmo foi orientado por EESIP permitindo assim a aquisição de novos conhecimentos e aprimoramento de conhecimentos já pré-existentes no que concerne à saúde da criança/jovem e família, no contexto dos cuidados de saúde primários, foram realizadas atividades que permitiram enriquecer estes conhecimentos, tais como a realização de um Estudo de Caso Familiar.

O estudo de caso é um dos métodos mais utilizados no ensino de enfermagem, sendo utilizado desde o tempo de Florence Nightingale, onde a mesma avaliava o que os seus alunos tinham aprendido, no entanto com a evolução da profissão, o ensino e a organização dos cuidados tornaram-se um dos focos principais do enfermeiro, tendo sido estes os repurcursos dos planos de cuidados (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). Permite ao enfermeiro o desenvolvimento efetivo do processo de enfermagem, que se estrutura por etapas, sendo definido como uma forma dinâmica e sistemática de prestar cuidados de enfermagem, desenvolvendo as seguintes etapas: avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Pokorski, Moraes, Chiarelli, Constanzi & Rabelo, 2009).

Assim a enfermeira orientadora foi informada da necessidade da realização do mesmo e esta propôs um estudo referente a uma família da qual ela era a enfermeira de família e que os mesmos iriam a CSIJ em breve, e sendo pais de uma criança que nasceu com problemas cardíacos detetados e atualmente em investigação poderia ser um bom estudo de caso, pesa embora, que existiam adolescentes para realizar o mesmo, no entanto estes não se mostraram colaboradores para tal.

A família escolhida era uma família nuclear, formada há pouco tempo constituída por pai, mãe (grávida e ia iniciar também as consultas de vigilância da gravidez), criança de 17 meses, todos utentes desta unidade. Os objetivos principais delineados para realizar este Estudo de Caso foram executar a apreciação inicial da família e da criança, determinar diagnósticos de Enfermagem de acordo com a apreciação realizada, planejar e implementar as intervenções de

enfermagem junto da criança e família em estudada e avaliar os resultados alcançados. Durante a elaboração do mesmo foi possível consolidar conhecimentos acerca de diversas temáticas relacionadas com o desenvolvimento infantil e juvenil, assim como a atuação do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, constituiu-se também como um elemento essencial de desenvolvimento acadêmico e pessoal (no sentido relacional com a criança e família) permitindo direcionar os diagnósticos levantados com as necessidades atuais da família e articular com a mesma as respostas necessárias no momento.

Durante este período e de forma a tornar esta experiência mais rica desloquei-me à maior escola do concelho durante dois dias com a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) no âmbito do projeto da Saúde Sexual na Adolescência e de forma a desenvolver competências na comunicação com estes, foram aprendizagens produtivas, pois durante as sessões os adolescentes expunham as suas dúvidas, existia debate e conversas muito “abertas” entre eles e a enfermeira, o que me apraz que estes têm confiança e à-vontade com esta para colocar as suas dúvidas. Os adolescentes mais inseguros ficavam na sala conosco no final da sessão onde esclarecíamos as suas dúvidas e a enfermeira fazia o encaminhamento para a sua enfermeira de família e consulta de planeamento familiar. Foi interessante observar que os que eram encaminhados para a consulta da enfermeira orientadora do meu estágio apareceram na sua maioria e que me reconheceram na sala de espera, o que tornou a nossa consulta mais descontraída e os colocou numa posição menos desconfortável no que toca à temática da sexualidade e autoimagem.

Assim neste âmbito e após discutir o caso com a EESIP e a ESMO foi elaborado um pequeno cartaz informativo que foi colocado na entrada no CS na vitrina destinada à informação com uma pequena nota acerca da autonomia do adolescente e da procura da saúde e informação (Apêndice 6).

Para além da prestação de cuidados diretos à criança/jovem e família durante as CSIJ e vacinação, foram realizadas atividades no âmbito do projeto de Mestrado intitulado “Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: atuação do enfermeiro especialista”.

Foi realizada uma sessão de formação com o intuito não só de capacitar a equipa para a temática, mas também dar a conhecer os conceitos e leis em vigor, bem como promover a

reflexão dos seus elementos para que durante a prática de cuidados possam promover a autonomia do adolescente e adequar os cuidados ao mesmo utilizando uma linguagem adequada a este.

A sessão decorreu na última semana de estágio no dia definido pela enfermeira coordenadora da UCSP para formação de forma a estarem presentes os profissionais de saúde, que teriam disponibilidade nessa data.

Antes e após a sessão de formação foi colocada a questão aos profissionais para responderem por escrito “Antes/Depois de assistir a esta sessão o que pensa da autonomia do adolescente?” (Apêndice 11) as respostas foram muito uniformes e semelhantes antes e depois:

“O adolescente deve ter autonomia na sua tomada de decisão” (sic);

“Devem ser implementadas estratégias para promover a autonomia do mesmo” (sic),

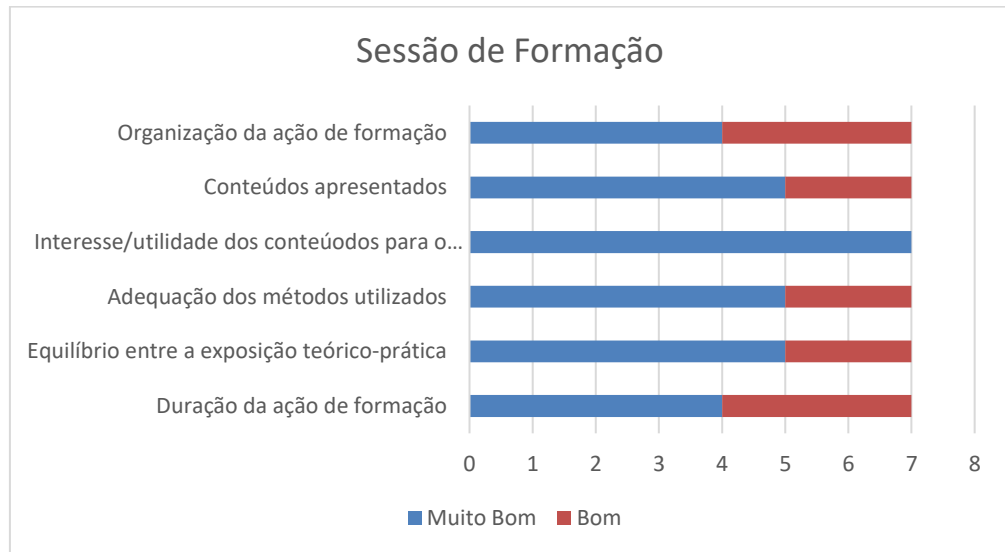
“Deve ser respeitada a autonomia do mesmo e deixá-lo exercer as suas escolhas, sempre que não coloque a sua vida em risco” (sic).

Durante a sessão foram colocadas questões, foi feito um debate e foram expostas ideias de promover a autonomia do adolescente e de garantir a sua privacidade quando recorre aos serviços de saúde.

Foi colocado um questionário de satisfação no final da sessão (Apêndice 12) ao qual responderam os 7 profissionais presentes na sessão.

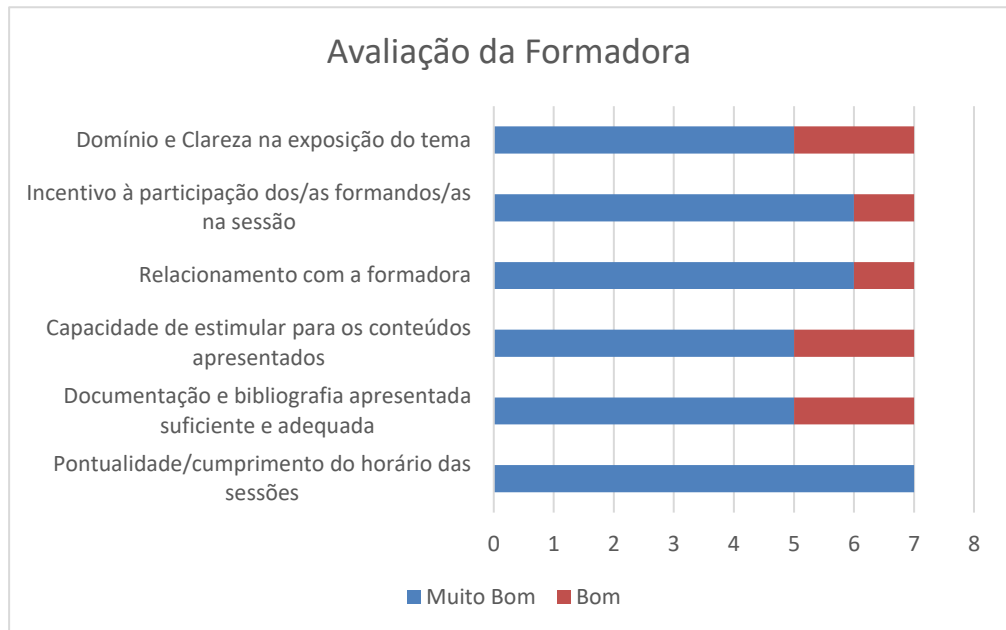
Foi possível verificar que de um modo geral a formação foi bem alcançada (Gráficos 1,2 e 3). O item que deve melhorar refere-se às condições das instalações físicas da sala e qualidade e adaptação dos equipamentos e instalações.

Gráfico 1- Resultados obtidos referentes à Sessão de Formação (UCSP)



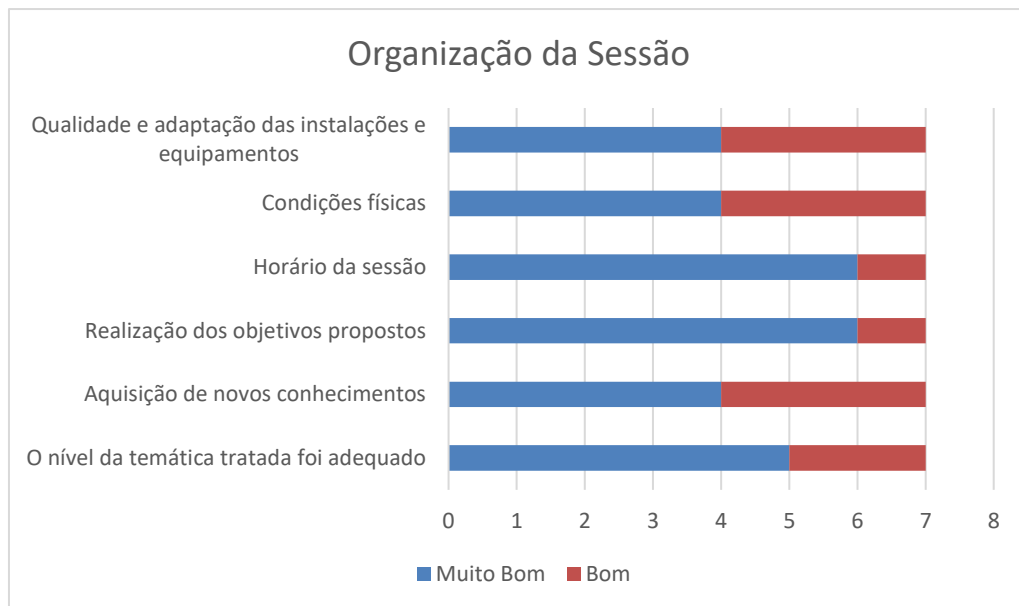
Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 2-Resultados obtidos referentes à Avaliação da Formadora (UCSP)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 3-Resultados obtidos referentes à Organização da Sessão (UCSP)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

3.1.2- **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINPED)**

Este contexto de estágio marca o início do Estágio Final, que decorreu durante 4 semanas no período de 16 de setembro a 10 de outubro. A unidade onde decorreu o mesmo caracteriza-se por ser um hospital central na região, que faz parte do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Serve atualmente uma população estimada de cerca de 350 mil habitantes constituída maioritariamente por dois grandes concelhos do distrito de Setúbal, no entanto as especialidades de Neonatologia e Neurocirurgia abrangem toda a península de Setúbal.

Este hospital tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados às populações dos concelhos que abrange e ainda desenvolver atividades de investigação e formação, pré e pós-graduada, de profissionais de saúde, bem como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas. Os valores da instituição passam maioritariamente pela colocação do utente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde; observância de padrões de ética no exercício da atividade hospitalar; equidade no acesso e na prestação de cuidados de saúde; Promoção da saúde e da qualidade; conservação do património e proteção do meio ambiente e eficiência na utilização dos recursos (Hospital Garcia de Orta, E.P.E, 2016).

É ainda desde 2011 um Hospital Acreditado pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), um dos organismos na área da Qualidade em Saúde. É certificado pela United Nations Children's Fund (UNICEF) como Hospital Amigo dos Bebés desde 2005, pelo trabalho conjunto dos Serviços de Pediatria e Obstetrícia, onde a UCINPED se integra. É um serviço vocacionado para a prestação de cuidados pediátricos de excelência à população em idade pediátrica, (legalmente definida) e por extensão a crianças e jovens de outras regiões que careçam de cuidados diferenciados que por este serviço ser prestados (Hospital Garcia de Orta, E.P.E, 2015).

Como filosofia da área de Pediatria do hospital, destaca-se a visão de cada criança e jovem como indivíduo singular, o reconhecimento da importância do trabalho em equipa dentro e fora do hospital e a humanização de cuidados que se traduz na ênfase dos cuidados em ambulatório, perspetivando o internamento como último recurso.

A UCINPED dispõe de 15 unidades neonatais e 4 unidades pediátricas, sendo uma referência também para toda a zona sul do país. A sua missão é prestar cuidados altamente

diferenciados, dando resposta às necessidades das crianças e adolescentes que apresentem falência de um ou mais órgãos ou sistemas, necessitando de apoio tecnológico e de cuidados permanentes, quer médicos, quer de enfermagem. Além dos cuidados ao doente crítico também são prestados cuidados especiais que se prolongam até à data da alta, estabelecendo anteriormente a esta a articulação com a rede de cuidados de saúde quer a nível hospitalar ou no Centro de Saúde da área de referência.

O internamento de uma criança constitui-se como um momento crítico para os pais/família, especialmente no ambiente de uma Unidade de Cuidados Intensivos, referindo esta equipa que durante algum tempo teve apelos para a criação de uma estrutura de apoio nos piores momentos.

Os profissionais desta unidade são sensíveis a esta necessidade e em 2009 começaram a criar um grupo de apoio à família da criança internada denominado “Palmo e Meio”. A formação contínua desta equipa e a procura da melhor orientação clínica, permitiram à mesma ser pioneira na utilização de técnicas, intervenções e novas terapêuticas, como é o exemplo da administração de óxido nítrico inalado na Hipertensão pulmonar do recém-nascido.

A equipa é composta por 41 enfermeiros, sendo 11 especialistas (1 em Saúde Mental e Psiquiatria e 10 em Saúde Infantil e Pediátrica), tem ainda 10 assistentes operacionais e 11 médicos que dão apoio ao serviço de Internamento, UCINPED e Urgência Pediátrica.

Os registos de enfermagem são realizados no SClínico© e o registo da medicação também feito no mesmo programa permitindo à equipa de enfermagem e à equipa médica ter acesso aos mesmos.

Em termos físicos situa-se no piso 5, junto ao Puerpério e serviço de Internamento de Pediatria, é composta por 3 salas principais, a primeira a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) (Sala1) composta por 5 unidades destinadas à prestação de Cuidados Intensivos Neonatais onde estão escalados 2 enfermeiros por turno; a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (Sala 2) composta por 10 unidades que permitem prestar os cuidados mínimos ao prematuro e preparar a alta, onde estão escalados 3 enfermeiros por turno; e a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPED) (Sala 3) composta por 4 unidades destinadas à prestação de cuidados diferenciados e intensivos, admite crianças desde os 28 dias

de vida até aos 14 anos maioritariamente, ou 17 anos e 364 dias se a sua condição assim o requer.

Os motivos mais comuns de internamento nesta unidade são o politraumatismo, pós-operatório imediato com necessidade de ventilação assistida, sépsis ou infeção respiratória com necessidade de ventilação assistida, nesta sala estão escalados 2 enfermeiros por turno. É importante referir que para além dos 7 enfermeiros distribuídos pelas diferentes salas existe o enfermeiro chefe de equipa que apoia a logística e dá apoio necessário nos cuidados nas diferentes salas.

Ainda é composto este serviço por uma sala de preparação de medicação e armazenamento de leites, tem no final do corredor o cantinho da amamentação onde as mães podem extrair o leite materno que será conservado de forma apropriada e devidamente identificado para posterior alimentação dos bebés, existe ainda um gabinete médico e o gabinete da enfermeira chefe.

Cada sala principal do serviço nomeadamente a UCIN, UCIPED e Unidade de Cuidados Intermédios usufrui de uma central de monitorização de todas as crianças internadas dentro da própria sala permitindo uma vigilância mais apertada acerca do estado de saúde dos mesmos.

O horário de funcionamento de permanência dos pais é das 08h00m às 24h00m, é permitido um curto período de visita aos irmãos, acompanhados por 1 dos pais, e outras visitas das 17h às 20h (2 pessoas acompanhadas por 1 dos pais), no entanto pelas características deste serviço, nem sempre é possível os pais estarem junto do filho, podendo ser solicitados a sair da sala sempre que seja necessário.

Após me apresentar no serviço no 1º dia de estágio e após uma entrevista inicial com a enfermeira-chefe do serviço, a enfermeira responsável a EESIP que me orientava neste estágio foi delineado o objetivo principal de prestar cuidados específicos, especializados à criança/jovem e família, em contexto de especial complexidade (OE, 2018), uma vez que este era o meu primeiro contacto numa unidade desta tipologia e aqui os cuidados prestados verificam-se em contexto de situação crítica.

Nas diferentes salas da unidade sempre que possível a equipa de enfermagem tenta manter o ambiente mais favorável e tranquilo possível para o desenvolvimento do recém-nascido (RN)

pré-termo, ou seja, menor ruído possível, diminuição da luz e manipulação e prestação de cuidados do RN de 2h/2h e salvo exceções no imediato sempre que o mesmo se encontre mais instável.

A equipa trabalha nesta unidade segundo o método de trabalho individual, ou seja, cada enfermeiro é responsável por um número definido de RN e é incumbido de lhes prestar todos os cuidados e fazer a articulação com a restante equipa multidisciplinar.

É importante referir que Taxa Bruta de Natalidade Nacional em 2019 foi de 8,4% e neste concelho a taxa foi de 10,1% o que nos refere que é superior à nacional em termos de nascimentos (Fundação Francisco Manuel dos Santos: PORDATA, 2020). Quando verificada a percentagem de prematuros nados-vivos as estatísticas mostram-nos que a mesma no ano de 2018 foi de 8% e quando verificadas as faixas etárias as mães que apresentaram a maior percentagem de nascimentos pré-termo situa-se nos 10,6% com idade igual ou superior a 40 anos e nos 8% com idade igual ou inferior a 19 anos. No que concerne à percentagem de baixo peso ao nascer a mesma ronda em 2018 os 9% no total nacional e especificando na faixa etária de mães com idade igual ou superior a 40 anos é de 11,7% (Instituto Nacional de Estatística, 2018). Tal como a literatura indica o baixo peso ao nascer é um dos fatores que está relacionado com o aumento da taxa de mortalidade do RN pré-termo bem como um crescimento abaixo do esperado, para mães adolescentes ou para mães com idade igual ou superior a 35 anos (Gaverna, Paula, Marcon, Carvalho & Pelloso, 2013).

Prestação de cuidados ao RN pré-termo e família em contexto de especial complexidade

A prematuridade é a responsável pelo maior número de internamentos em UCIN, no entanto existem variadas patologias no recém-nascido que exigem internamento na mesma para maior vigilância do seu estado de saúde. A diversidade de cuidados especializados prestados nestas unidades destinam-se a dar resposta à população infantil pelo que as instalações devem ser adequadas e a equipa de enfermagem deve ser a mais qualificada possível. Assim que o RN nasce é feita uma avaliação criteriosa do mesmo, sendo que posteriormente os registos de enfermagem acerca do estado da criança são parte fundamental dos cuidados e com ajuda monitorização cardiorrespiratória contínua os cuidados diários aos mesmos são ajustados de

forma a manipular o mínimo o RN de modo a diminuir os efeitos do *stress* ambiental (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Durante a prestação de cuidados foi possível conhecer ma nova realidade acerca da prematuridade uma vez que na UCIN se prestou cuidados a RN com diferentes patologias e muitos deles com suporte ventilatório sob sedação. Na Unidade de Cuidados Intermédios foi também produtiva a prestação de cuidados uma vez que aqui estão os RN que vêm da UCIN já estáveis, acompanha-se os pais no processo de adaptação do RN pré-termo e aos cuidados a prestar e prepara-se os mesmos para a alta.

Promove-se o contacto pele-a-pele com os pais e sempre que possível utilizava-se o “Método Canguru” uma vez que esta estimula o RN e promove a criação de um vínculo com os pais, é uma técnica muito utilizada em UCIN com resultados positivos descritos por todo o mundo, uma vez este é essencial para o bem-estar emocional e mental da criança futuramente, o que pode estar comprometido no internamento do RN em UCIN, onde os pais não podem manipular os seus filhos como na Unidade de Cuidados Intermédios (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2016).

Nesta unidade também foi possível trabalhar com um novo equipamento de aquecimento de leites a “Calesca” da marca Medela© uma máquina que facilita à equipa de enfermagem o aquecimento dos leites à temperatura ideal para administração na hora da alimentação do RN.

A amamentação também é promovida sempre que possível e é um dos objetivos desta equipa de enfermagem pelos inúmeros benefícios que o mesmo tem para o RN, tais como proteção do sistema imunitário, fornecimento de nutrientes importantes para o mesmo e promoção dos laços afetivos com a mãe. O leite materno é retirado no Cantinho da Amamentação armazenado nas doses certas para o RN nas 24h seguintes e armazenado no frigorífico, para ser utilizado sempre que a mãe não está presente ou quando a situação clínica da criança não permite que o mesmo seja amamentado (SPN, 2016).

Atividade desenvolvida no UCINPED

A escolha deste local para estágio deveu-se ao facto de querer conhecer uma nova realidade, onde pudesse contactar com diferentes faixas etárias e desenvolver competências numa área específica, com a qual e apesar de já trabalhar na área pediátrica nunca tinha contactado.

Para além da prestação direta de cuidados na UCIN e Unidade de Cuidados Intermédios foi possível dar continuidade ao projeto de Mestrado intitulado “Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: atuação do enfermeiro especialista” através da uma atividade realizada para o grupo de enfermeiros do serviço.

A expectativa de manter o projeto delineado era elevada, no entanto no local de estágio deparei-me com dois obstáculos: na altura do estágio nesta unidade a sala da UCIPED encontrava-se encerrada por falta médicos que assegurassem os cuidados na mesma e não existiam pais adolescentes presentes no serviço, no entanto e após discutir o tema com a enfermeira-chefe e a EESIP orientadora os mesmos foram contornados e decidiu-se elaborar um guia informativo em género de apresentação (Apêndice 13) que pudesse ficar na pasta online do serviço e no dossier de formação para consultas para que todos os profissionais pudessem consultar a informação, previamente à disponibilização destes materiais foi feita uma reunião com a equipa onde se expôs e debateu a temática e considerou a mesma pertinente uma vez que também prestam cuidados na UCIPED e integram pais adolescentes nos cuidados ao RN.

3.1.3- Serviço de Internamento de Pediatria

Neste período de estágio que teve a duração de 4 semanas e foi realizado entre 14 de outubro de 2019 a 10 de novembro de 2019 no contexto de um Serviço de Internamento de Pediatria de um Hospital de primeira linha do qual fazem parte duas unidades principais.

O mesmo decorreu num Hospital Público de referência inserido na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Esta instituição tem como missão promover a saúde de todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, tendo em conta o respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, tendo em conta a qualidade, eficácia e eficiência da organização (Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., 2019).

Presta cuidados de forma direta a uma população de cerca de 248,199 habitantes que abrange 6 cidades principais no distrito.

O Serviço de Internamento de Pediatria presta cuidados diferenciados a crianças e jovens desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias, nas áreas de Pediatria Médica, Pediatria Cirúrgica, Hospital de Dia e Consulta de Cuidados Paliativos Pediátricos, esta última tem uma equipa própria com elementos exteriores ao serviço no entanto faz o acompanhamento das crianças/jovens neste espaço físico.

A equipa de enfermagem é composta por 14 elementos dos quais 4 são EESIP ou estão a terminar a especialidade, o serviço é composto por um quarto destinado ao Hospital de Dia e 19 camas destinadas a internamento quer médico ou cirúrgico, que durante o inverno apresenta uma taxa de ocupação de 80%-90% diminuindo a mesma no verão, apresentando uma taxa de ocupação anual de 56,8%. Neste serviço existe também uma sala de atividades onde as crianças/jovens podem estar durante o dia com a Educadora de Infância, existe também uma sala de tratamentos, um gabinete médico, um gabinete de enfermagem e uma sala de preparação de medicação.

Durante o internamento a criança/jovem tem direito a um acompanhante 24 horas por dia, os dois pais em simultâneo podem estar das 9h às 22h e é ainda permitida 1 visita das 17h às 18h

e a presença de um irmão acompanhado por um adulto/um dos pais das 18h às 20h, no entanto a acompanhar a criança nunca podem estar mais do que duas visitas em simultâneo (Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., 2018).

O método de trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho que implica a afetação de um enfermeiro a um ou mais crianças/jovens, sendo a responsabilidade total dos cuidados prestados desse mesmo enfermeiro e o enfermeiro-chefe ou o enfermeiro responsável é o responsável pela supervisão e avaliação dos cuidados (Costa, 2016).

Os registos de enfermagem tanto do Internamento como do Hospital de Dia são realizados no programa informático SClínico® e medicação administrada é validada no programa informático Glintt©. Existe uma exceção de registos que são os registos da cirurgia de ambulatório que são feitos em suporte em papel.

Prestação de Cuidados de Enfermagem à Criança/Jovem e Família

No cuidado à criança/jovem o enfermeiro deve incluir os membros da família no seu plano de cuidados, uma vez que os pais referem o desejo e têm expectativas acerca da sua inclusão nos cuidados aos seus filhos. De modo a conhecer esta dinâmica familiar, as suas forças e as suas fragilidades é necessário fazer uma avaliação familiar completa, utilizando a dinâmica do grupo para envolver a todos os membros no processo de intervenção recorrendo também aos cuidados antecipatórios (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Comunicar com a criança/jovem e família é um ponto importante na relação de cuidar, deve existir assim um ambiente propício para tal pelo que se pode afirmar que se encontra comunicação em toda a parte, ou seja, as atitudes e comportamentos do enfermeiro como a postura e as atitudes corporais, os gestos, a distância ou proxémica, o contacto visual, a respiração, o silêncio, aparência geral do indivíduo e o tocar podem prejudicar ou favorecer este processo de comunicação (Phaneuf, 2005).

Os enfermeiros consideram que o envolvimento da família nos cuidados à criança/jovem desempenha um papel fundamental para as transições que possam vir a ocorrer futuramente (Hockenberry & Wilson, 2014a).

O estabelecimento de uma relação terapêutica é fundamental para a prestação de cuidados em pediatria, sendo que nesta relação as fronteiras têm de ser bem estabelecidas entre o enfermeiro e o alvo dos seus cuidados para que o mesmo promova o controlo da família sobre os cuidados de saúde à criança, devendo sempre manter uma comunicação aberta de forma a identificar precocemente as áreas que necessitam de intervenção na interação entre a criança/jovem e a sua família (Hockenberry & Wilson, 2014a).

No que respeita à comunicação no cuidado ao adolescente em contexto de internamento o papel do enfermeiro passa por ajudá-lo identificar a dificuldade que sente ou aceitar certos aspetos negativos que poderão fazer parte da sua personalidade, deve ajudá-lo a refletir sobre determinados assuntos e atitudes, de forma a proporcionar-lhe soluções. No entanto, não é possível fazê-lo sem que o mesmo o consinta e sem que aceite que determinada questão consiste num problema real para si. O enfermeiro necessita dar ‘espaço’ ao adolescente e favorecer a sua autorrevelação para que seja possível chegar à definição clara do problema (Phaneuf, 2005).

No cuidado ao adolescente os pais devem ser capacitados pelo enfermeiro e encorajados de forma a aceitarem o seu filho com um ser único, respeitarem as suas ideias e desejos, dar oportunidade para esses realizarem as suas escolhas, evitar ser críticos e evitar comprá-los com os irmãos, ouvi-los e mesmo que discordem da opinião tentarem ser abertos aos pontos de vista do mesmo, prepará-los para o papel de adulto, demonstrar amor e aceitação incondicionais e estarem disponíveis para responder às suas questões, dar informações e permitir um pouco mais de independência dentro dos limites da segurança e do bem-estar. Devem os pais ter a noção de que o adolescente luta pela sua independência, considera importante o seu grupo de amigos, e por vezes no internamento a comunicação ou a visita dos mesmos constitui para ele um apoio fundamental, nesta fase do ciclo vital os adolescentes são extremamente sensíveis a sentimentos e comportamentos que os afetam e sentem a necessidade de “pertencer” seja a um grupo de amigos, um grupo de pares ou em contexto social (Hockenberry & Wilson, 2014b).

Durante este contexto clínico foi possível verificar que toda a equipa de enfermagem respeita o espaço da criança/jovem e família, integra a mesma nos cuidados tornando-a num binómio essencial às intervenções a realizar, no que respeita ao adolescente o mesmo releva-se uma parte essencial na comunicação e o envolvimento acerca das decisões sobre a sua saúde, e é sempre que possível tida a sua opinião em conta, criando assim uma relação terapêutica que

possibilita intervir e garantir que os cuidados prestados são de acordo com o desenvolvimento do mesmo.

Os enfermeiros devem assim ser promotores entre a saúde do adolescente e sua família, dirigindo-se às suas necessidades de desenvolvimento e de saúde, uma vez que estas compreendem transições biológicas, cognitivas, psicossociais e sociais, que por vezes têm um impacto nos seus comportamentos de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014a).

Atividades desenvolvidas no Internamento de Pediatria

Para além da prestação de cuidados realizada neste tempo de estágio foram desenvolvidas várias atividades tanto no âmbito do projeto de Mestrado como no âmbito da gestão dos recursos humanos e materiais do Internamento de Pediatria.

O enfermeiro-chefe acumula funções de chefia no Internamento de Pediatria no Serviço de Urgência Pediátrica deste Hospital, elo que em cada um deles tem uma enfermeira responsável, que a seguir ao mesmo assume funções de gestão e coordenação sempre que o mesmo não está presente no serviço, neste sentido juntamente com a enfermeira orientadora foi possível adquirir competências nesta área, uma que que colaborei com a mesma na gestão de horários e recursos humanos uma vez que todos os turnos tinham de estar assegurados sempre que algum elemento da equipa faltava por motivos de saúde como aconteceu algumas vezes, pois cabe à instituição adequar os recursos e criar as estruturas necessárias para o exercício profissional de qualidade, bem como proporcionar condições e um ambiente favorável aos desenvolvimento dos mesmos. No entanto tem também um compromisso com os seus utentes, neste caso a criança/jovem e família e deve garantir a excelência dos cuidados que lhes presta (OE, 2001).

Foi também possível observar como era feita a gestão do *stock* do material e da medicação do serviço e ainda a verificação do carro de urgência para que o mesmo esteja sempre pronto a utilizar em caso de situação crítica.

Durante este período de estágio foi possível participar no Curso de Suporte de Avançado de Vida Pediátrico, que já estava contemplado no presente Mestrado, e decorreu durante 2 dias no período do estágio final, nomeadamente enquanto estava no internamento de Pediatria, o qual

permitiu adquirir competências e conhecimentos no que respeita à urgência e emergência na criança/jovem, o qual foi certificado e onde se obteve aprovação, pelo que se anexa neste documento o respetivo certificado (Anexo 5).

Após uma entrevista formal com os enfermeiros do serviço, enfermeiro-chefe e enfermeira orientadora e apresentando o projeto delineado, os mesmos referiram que seria pertinente existir uma norma de atuação acerca do “Consentimento Informado ao Adolescente para Atos de Enfermagem”, esta foi elaborada recorrendo à legislação em vigor, necessidades do serviço e também consultando a equipa médica e de enfermagem. Para a criação da mesma foi definido um objetivo geral e vários objetivos específicos, qual o seu campo de atuação e neste caso o enfermeiro-chefe concordou em aplicar a mesma no Internamento e posteriormente no SUP, fez-se um breve enquadramento concetual na mesma incluindo os procedimentos a realizar, que necessitam de consentimento informado e também se definiu quando é que a recusa do doente pode existir e as exceções ao dever de informar o adolescente e por fim perante uma situação em serviço quais os passos que o enfermeiro deve seguir. Para dar suporte a esta norma foi também elaborado em modelo de Consentimento Informado que poderá ser aplicado ao Adolescente/Pais/Representante legal em caso de procedimentos a realizar (Apêndice 7).

Posteriormente foi realizada uma Sessão Formativa integrada no âmbito da Formação em Serviço integrada no projeto de Mestrado com o título “Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente” cujo intuito e objetivos podem ser observados no Apêndice 5 e após a apresentação desta foi apresentada a norma elaborada e o modelo de consentimento informado. As respostas dadas pela equipa de enfermagem acerca da norma foram positivas uma vez que consideraram muito pertinente a existência desta, pois já tinham identificado anteriormente, que o Consentimento Informado ao Adolescente é pouco abordado e muitos profissionais desconhecem ainda a legislação em vigor, bem como os direitos dos mesmos.

Após a sessão foi aplicado um questionário de satisfação acerca da mesma, foi possível verificar que de um modo geral foi considerada uma sessão “Muito Boa” em todos os aspetos avaliados (ver Gráficos 4, 5 e 6).

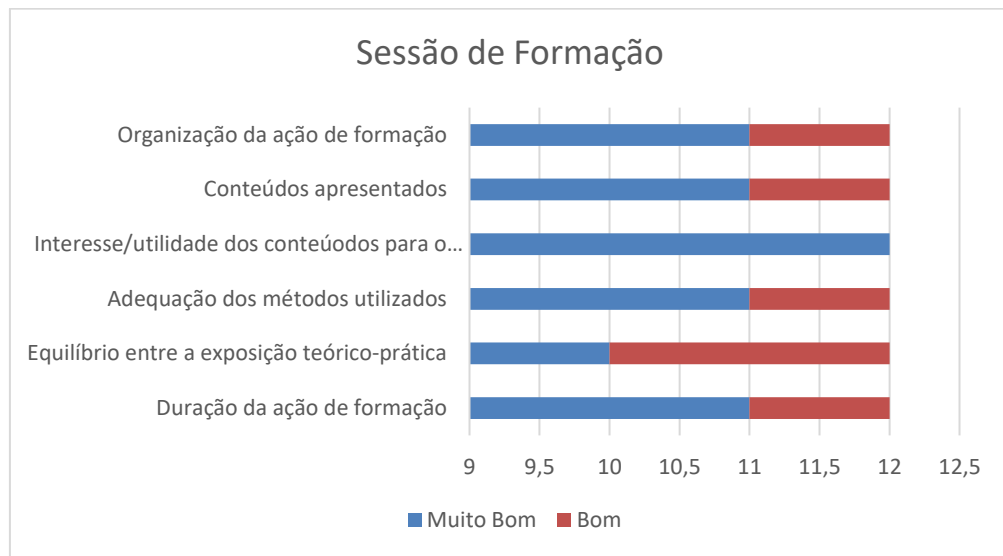
As opiniões dos enfermeiros recolhidas após a sessão acerca da existência da norma foram:

“É pertinente, uma vez que não existe no serviço e sentimos necessidade de colmatar a lacuna no que respeita ao adolescente” (sic);

“Penso que é uma mais-valia e uniformiza o agir com o adolescente” (sic);

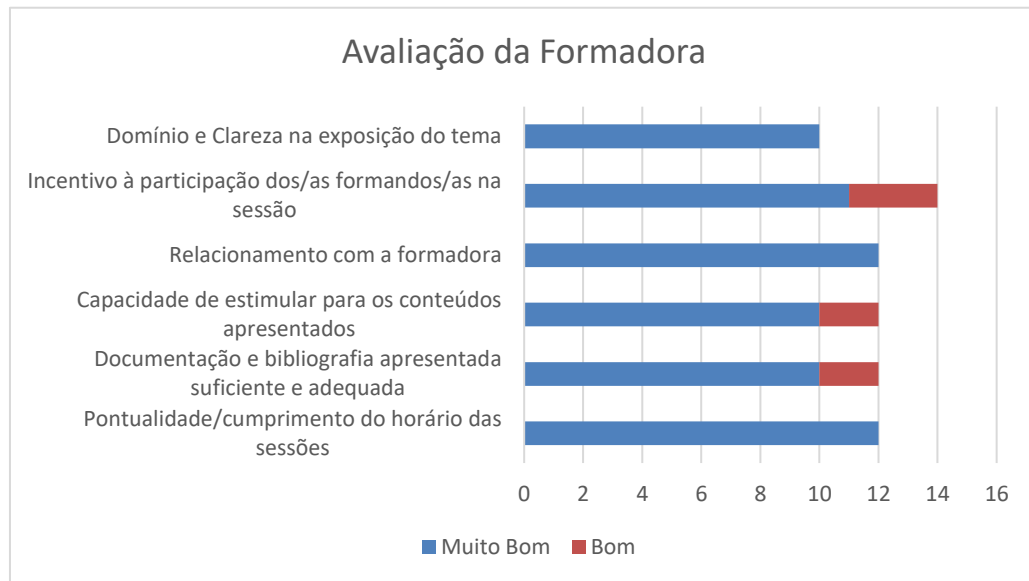
“ Após a sessão vou pensar quando realizar ao atendimento e prestar cuidados ao adolescente, mais na sua opinião e nas suas escolhas, ou seja, colocar-me no seu papel” (sic).

Gráfico 4-Resultados obtidos referentes à Avaliação da Sessão de Formação (Internamento de Pediatria)



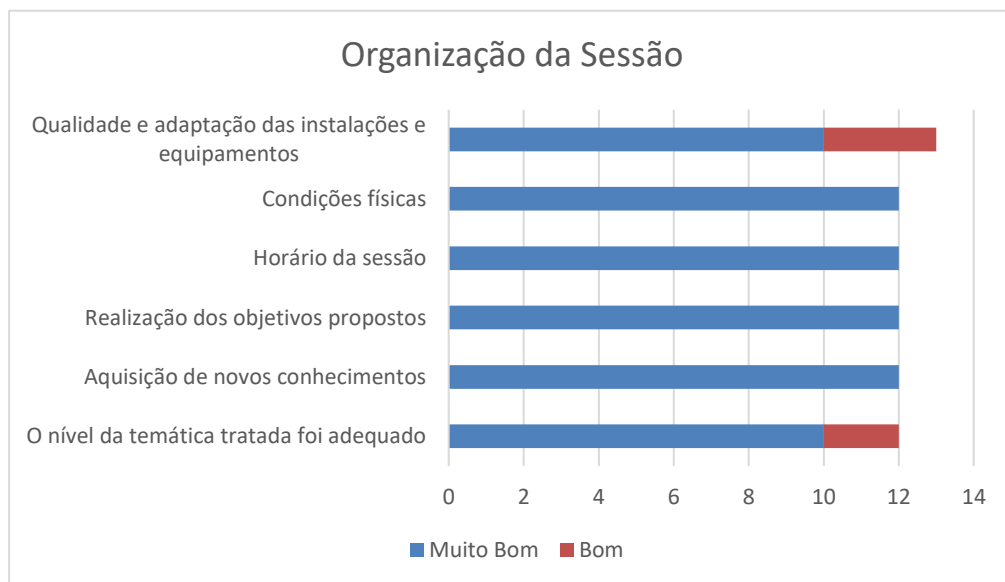
Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 5-Resultados obtidos referentes à Avaliação da Formadora (Internamento de Pediatria)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 6-Resultados obtidos referentes à Organização da Sessão (Internamento de Pediatria)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

3.1.4-Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

O último período deste Estágio Final de correu em contexto de Urgência Pediátrica de 11 de novembro de 2019 a 17 de janeiro de 2020, o correspondente a 8 semanas, num Hospital Distrital que se insere na Administração Regional de Saúde do Alentejo.

A missão principal desta unidade hospitalar é a “prestar de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores”. Para além de receber utentes do Alentejo Central que tem cerca de 155000 habitantes, também presta cuidados a doentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral que têm cerca de 319.00 habitantes, calculando-se um prestação de cuidados a 473.235 habitantes da região Alentejo (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2019).

O Serviço de Pediatria desta unidade hospitalar tem como serviço integrantes o SUP, Serviço de Internamento de Pediatria, Serviço de Neonatologia e Consulta Externa de Pediatria, tendo como objetivo comum a prestação de cuidados diferenciados à criança/jovem em idade pediátrica (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2019).

O SUP recebe em média cerca de 20.000 crianças/jovens por ano desde o nascimento até aos 17 anos e 365 dias. A sua equipa é constituída por 17 enfermeiros, sendo 16 EEESIP, 5 assistentes operacionais e 8 médicos.

Durante estágio foi possível acompanhar todo o processo de remodelação e mudança para as novas instalações do SUP, uma vez que quando iniciei o estágio encontravam-se o mesmo a funcionar numas instalações provisórias anexas ao hospital e durante o mês de dezembro foi feita a mudança para as novas instalações tendo sido as mesmas inauguradas a 18 de dezembro de 2019. Nestas novas instalações existe uma sala de triagem, uma zona de aerossóis, duas salas de Serviço de Observação (SO) uma delas com uma zona de isolamento, três gabinetes de consulta, sete casas de banho, uma sala de espera ampla, um gabinete de enfermagem, uma sala de tratamento, um gabinete médico, uma zona arrumos/sujos e uma copa, constituindo um espaço com 322 m² e com muita luz natural, o que não se verifica nas antigas instalações e nas

instalações provisórias. As novas instalações garantem aos profissionais e crianças/jovens e família maior privacidade, maior conforto e maior segurança (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2020). O serviço dispõe ainda na sala de espera de um cantinho dos brinquedos e as suas todas paredes têm desenhos e as suas portas têm cores alegres para que a as crianças/jovens no SUP tenham uma experiência menos traumática possível.

No último relatório de gestão que a instituição disponibilizou pode verificar-se que a no ano de 2017 ocorreram nesta instituição 73.241 episódios de urgência, sendo 27,9% correspondentes a crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias, o que faz um total de 21.932 crianças/jovens atendidos no SUP (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2018).

Verifica-se que a taxa bruta de natalidade só no concelho onde está situada esta unidade hospitalar em 2019 foi de 9,2% o que ultrapassa o total nacional, no entanto quando verificamos a percentagem de população residente nesta cidade por grandes etários e comparando com o ano de 2001 (último ano avaliado) verificou-se um decréscimo da mesma, sendo de 13,7% na faixa etária dos 0-14 anos e 65,9% dos 15-64 anos (Fundação Francisco Manuel dos Santos: PORDATA; 2020).

O método de trabalho aplicado no SUP é o método de trabalho em equipa onde a assistência é centrada na criança/jovem e família, onde os elementos da equipa discutem as necessidades das mesmas e idealizam a melhor forma de atender as mesmas, planeando os cuidados e toda a equipa interage nos cuidados, existindo para tal um elemento líder, o chefe de turno que dá as orientações de forma a proporcionar o melhor atendimento (Costa, 2016).

Neste SUP, cada turno tem os enfermeiros distribuídos por postos de trabalho, assim sendo existe um enfermeiro responsável pela triagem, outro na sala de tratamentos e sala de aerossóis e outro no SO sempre que exista alguma criança/jovem que necessite de uma vigilância mais apertada por parte da equipa médica e de enfermagem, neste espaço físico existe uma área com um berço destinado a lactentes e crianças até aos 3-4 anos e uma cama destinada a crianças dos 4-5 anos até aos 17 anos e 365 dias, estando ainda preparado com monitores de vigilância cardiorrespiratória, rampas de oxigénio e vácuo e um isolamento para qualquer criança/jovem que necessite segundo a clínica que apresente na avaliação realizada pela equipa médica, no

entanto toda a equipa se ajuda entre si, não permanecendo esta distribuição estagnada ao longo do turno.

O enfermeiro chefe de quipá durante o turno resolve situações que possam surgir e presta cuidados no posto que lhe foi distribuído, normalmente é o elemento que está há mais tempo no serviço.

Quando é feita a admissão da criança no SUP é realizada uma triagem tendo por base as queixas que levam a mesma a recorrer a este serviço através do Sistema de Triagem de Manchester recorrendo ao programa informático ALERT®. Este método de triagem fornece ao profissional uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, uma vez que é feita uma avaliação clínica a partir da queixa apresentada, ou seja, pelo sintoma principal ou sinal identificado pelo doente ou pelo enfermeiro, assim é escolhido posteriormente o fluxograma, percorre-se os discriminadores do mesmo e quando se escolhe o primeiro que não se consegue negar ou seja positivo é dada a prioridade clínica à criança/jovem recebendo uma cor de pulseira correspondente à prioridade clínica (branco, azul, verde, amarelo, laranja ou vermelho) (Grupo Português de Triagem, 2015).

De forma a integrar os pais/cuidadores na prestação de cuidados existem materiais informativos na sala de espera do serviço ou são facultados pela equipa de enfermagem caso seja identificada a necessidade para tal, estes materiais são folhetos informativos sobre as patologias mais comuns que levam os pais a recorrer ao serviço de urgência tais como a febre, traumatismo crânio encefálico (TCE), bronquiolite/infeção respiratória e prevenção de acidentes.

Foi possível verificar ainda neste serviço a existência de protocolos/normas de atuação já existentes no que respeita à administração de antipiréticos (que se pode realizar logo no momento da triagem) e administração de analgésicos de forma a aliviar a dor no momento da triagem ou antes de um procedimento médico, tendo em conta o peso da criança; estes protocolos foram elaborados pelas equipas de enfermagem e médica em conjunto e posteriormente validados pela enfermeira-chefe e diretor de serviço tendo sempre como referência as normas da DGS.

Atividades desenvolvidas no SUP

Durante este estágio para além da prestação de cuidados diretos à criança/jovem e família em contexto de urgência/emergência foi realizada uma atividade integrada no âmbito do projeto de Mestrado da temática trabalhada.

Desta forma e após realizar uma entrevista formal com o enfermeiro orientador, enfermeira-chefe e médica responsável pelo serviço decidiu-se elaborar uma norma acerca do “Consentimento Informado ao Adolescente no Serviço de Urgência Pediátrica” (Apêndice 8), para tal foi necessário realizar um breve enquadramento concetual, posteriormente definir quais os procedimentos que será necessário o adolescente consentir e a forma de registo dos mesmos, também se definiu quando pode existir recusa, as exceções ao dever de informar o adolescente e realizar o procedimento e por fim quais os passos que o enfermeiro deve percorrer.

Para dar suporte a esta norma foi também elaborado em modelo de Consentimento Informado que poderá ser aplicado ao Adolescente/Pais/Representante legal em caso de procedimentos a realizar.

Posteriormente foi elaborado um pequeno cartaz informativo (Apêndice 9) para colocar na sala de espera para que o adolescente tenha conhecimento que pode participar nas decisões acerca da sua saúde, sempre tendo e conta a sua faixa etária e a presença parental, uma vez que muitos adolescentes sentem-se mais seguros a delegar esta tarefa nos pais ou cuidadores.

Durante este período de estágio foi também realizado um estágio observacional com a duração de dois dias na Consulta Externa de Pediatria na mesma instituição, nomeadamente um dia na Consulta de Desenvolvimento Infantil e o outro dia na Consulta de Adolescentes.

“A Consulta de Pediatria funciona desde 1997 nesta instituição, possui sete gabinetes de consulta, um gabinete de enfermagem, uma sala de espera, uma sala de tratamentos, uma sala de atividades lúdicas e um balcão de atendimento, para além das consultas observadas aqui são também realizadas consultas de várias especialidades pediátricas (...)”, como por exemplo Consulta de Cirurgia Pediátrica, Consulta de Avaliação de Risco Neonatal, Consulta de Nutrição e Obesidade Infantil entre outras (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2017).

“Todas as crianças/jovens que frequentem a consulta são referenciados pelo médico de família, médico assistente, a partir do Internamento de Pediatria, da Cirurgia, da Neonatologia, da Urgência Pediátrica ou da Unidade de Internamento de Curta Duração e ainda de outras consultas de subespecialidades” (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2017).

O seu horário de funcionamento é às segundas, terças e sextas-feiras das 8h30 às 18h00 e às quartas e quintas-feiras das 09h00 às 19h00, sendo a equipa de enfermagem constituída por três enfermeiras, duas delas EESIP.

Na Consulta de Desenvolvimento Infantil é feita uma avaliação inicial dos parâmetros antropométricos e monitorização de sinais vitais pela enfermeira e posteriormente a criança/jovem é observada pela médica pediatra que realiza uma avaliação física e cognitiva da criança, para tal a mesma recorre à Escala de Mary Sheridan modificada e à Escala de Competências do Desenvolvimento Infantil dos 0-5anos-Schedule of Growing Skills II e para avaliar crianças com mais de 5 anos recorre à Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths, estando a médica e enfermeira coordenadas entre si de forma a prestar cuidados de qualidade e em tempo útil. Se necessário existe ainda uma articulação com a Equipa de Intervenção Precoce, Escola e outras áreas clínicas necessárias para garantir uma avaliação completa e fidedigna da criança/jovem ao longo das consultas de modo a garantir que a mesma tenha um desenvolvimento o mais saudável possível.

Na Consulta de Adolescentes o procedimento inicial é idêntico ao da consulta de Desenvolvimento Infantil e a articular com as entidades necessárias também, no entanto aqui é respeitado o espaço do adolescente, o mesmo é avaliado juntamente com o seu acompanhante (pai ou pessoa significativa), posteriormente é avaliado sozinho e por fim é o adolescente que se retira do gabinete médico e são os pais/ pessoa significativa os entrevistados, de modo a estabelecer uma história acerca da saúde do mesmo tendo em conta os vários pontos de vista diferentes e perceber ao longo das consultas quais as necessidades que precisam de ser respondidas.

A protecção de dados, intimidade e privacidade destes utentes durante as consultas é garantida uma vez que a confidencialidade dos dados e da informação obtidos fica arquivada em processo clínico e todos os profissionais assumem esse compromisso mesmo após o termo das suas funções.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo centra-se numa breve síntese do percurso formativo realizado ao longo dos contextos de Estágios I e Final e na aquisição e desenvolvimento das Competências Específicas de EESIP, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre.

Segundo Alarcão & Rua (2005) “ ter competência é a capacidade de utilizar os saberes para agir em situação (...) é o saber em uso (...) é a capacidade de articular uma resposta entre: o que fazer, a quem, porquê e para quê (...) implica conhecer os limites do seu saber, isto é, o seu não-saber (...), é condição necessária (embora não suficiente) para uma aprendizagem continuada.”

No presente Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica foi possível articular os conhecimentos teórico-práticos adquiridos em sala de aula e em estágio, no sentido da prestação de cuidados à criança/jovem e família, passando por vários contextos de cuidados de saúde durante o mesmo. Assim os estágios foram elementos essenciais para a aquisição de novas competências, consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de novas práticas e saberes a nível pessoal e sobretudo a nível profissional no que respeita à área de especialização.

Entendem-se por estágios clínicos os momentos de observação e intervenção nos contextos dos serviços de saúde, cujo objetivo se prende com o desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências, sendo a importância destes na componente formativa para o desenvolvimento da competência profissional incontestável. Esta implica um processo de construção do saber profissional e para tal o papel do supervisor ganha contornos relevantes pois o mesmo tem de ser facilitador e incentivador do papel do aluno, ajudando-o a ver e ler a realidade de forma compreensiva e apoiando-o na sua inserção na vida profissional e na sua avaliação de capacidades e competências (Alarcão & Rua, 2005).

Assim será evidenciada nos pontos seguintes uma análise reflexiva das competências adquiridas ao longo dos Estágios I e Final, articulando com a literatura existente e a documentação publicada.

4.1-COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista é aquele a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, pois os cuidados em saúde atingem hoje em dia uma maior relevância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade cada vez mais ampla aos profissionais de saúde (OE, 2019).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

“ (...) são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através a sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019: 4745).

O Regulamento nº 140/2019 designado Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista abrange todas as áreas de especialidade onde se concede ao enfermeiro o título de especialista na sua área, sendo que todos mostram um conjunto de competências comuns à prestação de cuidados de enfermagem, dividindo-se estas em quatro domínios principais:

- Competências do domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal são alcançadas através do desenvolvimento de:

“(...) uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com a normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (...) [e] Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019: 4745).

As práticas desenvolvidas em todo o percurso formativo basearam-se sempre nos valores éticos e deontológicos inerentes à profissão, tendo em conta os direitos humanos e os direitos das crianças. O documento orientador para a tomada de decisão ao longo de todo o percurso foi o Código Deontológico de Enfermagem (2015). Foi garantido sempre o anonimato das instituições, dos profissionais e utentes envolvidos nos cuidados prestados, tendo sido solicitada autorização às Comissões de Ética e Conselhos de Administração das unidades onde foi aplicado o questionário para elaboração do estudo descritivo, transversal e exploratório, tendo sido obtida resposta positiva destas.

- Competências do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade são as seguintes:

“(…) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua [e] Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019:4745).

O presente projeto edificou um contexto de mudança nos contextos de ensino clínico, permitindo que as equipas de enfermagem dos mesmos promovam na prestação de cuidados ao adolescente a sua autonomia e colaborem na tomada de decisão no que respeita à sua saúde.

A aquisição de conhecimentos foi uma constante durante o percurso formativo, uma vez que foram adquiridos novos conhecimentos, foram mobilizados e aplicados conhecimentos previamente adquiridos e foi possível adotar e implementar medidas que fosse impulsionadoras da melhoria dos cuidados.

Em cada contexto clínico foi desenvolvida uma atividade para que a mesma integrasse os processos de formação e de atualização de documentos das instituições promovendo a prestação de cuidados de qualidade e a garantia de que o adolescente teria um ambiente seguro, propício às suas necessidades de saúde e com privacidade face às necessidades da sua faixa etária.

- Competências do domínio da Gestão dos Cuidados são as seguintes:

“ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde [e] Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019:4745).

Neste domínio da gestão de cuidados os conhecimentos já adquiridos durante a experiência profissional revelaram-se muito importantes e facilitadores nos contextos clínicos.

A adaptação ao contexto, às situações, a aquisição de competências no âmbito da gestão dos recursos e liderança na equipa foram facilmente desenvolvidas nos contextos de

estágio, uma vez que foi possível articular os cuidados de enfermagem com a restante equipa multidisciplinar de forma a dar resposta à população alvo dos cuidados.

- Competências do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais são as seguintes:

“ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade [e] Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019:4745).

Durante os estágios e durante o desenvolvimento do projeto foi possível adquirir novos conhecimentos e competências nas diversas áreas, assentando sempre a praxis clinica numa base científica. A adaptação a cada contexto clínico foi facilmente conseguida, estando aqui inerentes as competências necessárias às aprendizagens profissionais, uma vez que a integração nas equipas e nos contextos clínicos é essencial para o desenvolvimento das mesmas.

No estágio final foi assim elaborado um artigo científico a partir de um estudo original, com o qual foi possível o desenvolvimento de competências de mestre para além das competências de enfermeiro especialista, uma vez que foi possível a elaboração de um questionário, análise dos dados obtidos, reflexão acerca dos mesmos e concluir com o estudo realizado qual a perceção dos enfermeiros acerca da Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente, tema central deste projeto de Mestrado. Importante referir que o artigo elaborado será proposto para publicação, pelo qual apenas se expõe neste documento o resumo que se encontra no Apêndice 10 do presente relatório.

Durante o período de Estágio Final e de modo a adquirir novos conhecimentos foram frequentadas Jornadas de Pediatria (Anexo 4). Nas primeiras Jornadas foi feita uma abordagem acerca dos cuidados paliativos em pediatria, o seguimento do prematuro e as patologias do desenvolvimento, de seguida foi relatado o tema do *Cyberbullying* e adições nos adolescentes, foi também abordado o tema da prevenção na pediatria nomeadamente das novas vacinas anti meningocócicas e por fim o tema do refluxo gastroesofágico e alergia às proteínas. As segundas Jornadas de Pediatria frequentadas tiveram como tema a alimentação, foi feita uma apresentação da alimentação nos primeiros de vida, as alergias alimentares, novamente o tema do refluxo gastroesofágico e ainda a temática da vacinação e das infeções recorrentes na infância.

Cabe aos profissionais de saúde “a atualização permanente dos conhecimentos, para que seja possível atingir a excelência na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo desta forma para uma maior motivação e satisfação profissional e pessoal” (OE, 2010). O enfermeiro deve assim estar em contante atualização de conhecimentos e adquirir novas aprendizagens e competências que lhe permitam dar resposta às questões de saúde com segurança e conhecimento.

4.2-COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) presta cuidados numa fase crucial do ciclo vital, que se medeia desde o nascimento até aos 18 anos de idade, no entanto em casos especiais de doença crónica pode esta ir até aos 21 anos ou até aos 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida. O enfermeiro utiliza um modelo concetual centrado na criança e família encarando este binómio como ponto central dos cuidados.

O EEESIP atua em áreas de particulares, tais como, a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, focando-se nos cuidados antecipatórios às famílias de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento infantil; faz a gestão do bem-estar da criança; deteta e encaminha precocemente situações que possam afetar negativamente a sua vida ou qualidade de vida; promove a autoestima do adolescente e a sua responsabilização pelas escolhas relativas à saúde de modo progressivo.

Este especialista tem como objetivos na sua ação a resposta na complexidade em diversas áreas, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder a situações de emergência, avaliar a família e responder às suas necessidades no âmbito da adaptação às mudanças na sua saúde e na dinâmica familiar.

O EEESIP direciona o seu cuidado à criança/jovem e família em áreas diferenciadas que estão presentes em três competências principais:

- “(…) a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (OE, 2018:19192)

É então realizada a análise reflexiva acerca da aquisição das competências supracitadas nos parágrafos seguintes.

O Estágio I permitiu consolidar conhecimentos e adquirir novas competências no que concerne ao crescimento e desenvolvimento infantil, de modo a encontrar respostas na maximização

da saúde da criança, tendo sido também esta competência transversal em todos os estágios integrantes do Estágio Final. As atividades desenvolvidas no contexto dos CSP possibilitaram a avaliação da criança numa condição “saudável”, uma vez que a mesma se realizava em contexto de consulta de rotina ou de vacinação, por sua vez no caso do adolescente em contexto da saúde sexual e reprodutiva, de modo a promover a saúde dos mesmos e dando resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento dos mesmos. O papel do EEESIP é então fundamental nesta tipologia de cuidados na promoção da saúde e na prevenção da doença.

O Estudo de Caso realizado no Estágio I foi essencial para trabalhar várias unidades de competência, os contextos clínicos de Internamento de Pediatria, UCINPED e Urgência Pediátrica permitiram trabalhar a unidade de competência “E1.2 Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018: 19193).

A experiência profissional prévia a este projeto permitiu desenvolver competências de cuidados em situações de especial complexidade, uma vez que o reconhecer situações de instabilidade das funções vitais, gerir diferenciadamente a dor e o bem-estar, responder a doenças raras e promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, já eram competências inerentes à mesma, no entanto durante o contexto dos estágios estas foram aprimoradas e aprofundadas com novos conhecimentos, novas formas de trabalhar e aprendizagem de novos procedimentos.

- “E3. 1 Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
- E3.2 Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidade especiais;
- E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
- E3.4 Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à sua saúde” (OE, 2018:19194)

Tendo em conta o referido nas unidades de competência supracitadas pode considerar-se que a competência “c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018:19194), foi transversal a todos os estágios, uma vez que foi possível prestar cuidados nos diferentes contextos com diversas faixas etárias envolvidas nos mesmos, também com culturas diferentes em alguns dos casos e foi aqui conseguida uma abordagem ao adolescente, tema major deste projeto, de modo a integrar o mesmo nos cuidados, criando juntamente com as equipas de enfermagem um olhar diferente acerca do mesmo, tornando este um tema central nos cuidados de enfermagem.

Observar a criança/jovem como EESIP requer capacidades e conhecimentos específicos que vão de encontro às necessidades e respostas que estas esperam e procuram, nunca descurando as especificidades de cada uma delas, pois se antes o foco era o cuidar, realizar práticas e adquirir conhecimentos que permitissem dar resposta às necessidades que iam aparecendo no dia-a-dia, neste momento após realizar este percurso formativo, o foco é cuidar da criança/jovem e sua família nas várias etapas do seu ciclo vital, tendo em conta as situações em que se encontram de modo a maximizar a sua saúde e respondendo às necessidades do seu desenvolvimento, com um “olhar” holístico sobre as mesmas.

O projeto implementado ao longo dos Estágios I e Final permitiu que os enfermeiros, nomeadamente os EEESIP olhem para o adolescente e sua família garantindo assim que o seu cuidar, tendo em conta todas as competências referidas anteriormente, seja feito de modo informado, consciente, competente e garantindo a qualidade do mesmo.

Assim o enfermeiro assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, protegendo-a e defendendo-a em todas as circunstâncias, ser respeitador da integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, participar nos esforços profissionais de modo a valorizar a vida e a qualidade de vida e recusar a participação em tratamentos cruéis ou desumanos, uma vez que é o principal cuidador ao longo do ciclo vital da criança/jovem e família (Diário da República, Decreto-Lei nº 156/2015, Artigo nº103).

4.3-COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O grau de Mestre deve assegurar não só a aquisição de uma especialização de natureza profissional bem como um nível aprofundado de conhecimento científico de natureza teórico-prática e das suas aplicações a nível do estudo realizado, facultando uma sólida formação cultural e teórica e ainda uma aprendizagem ao longo da vida (Universidade de Évora, 2017).

No que concerne às competências do grau de mestre é importante que os profissionais detentores deste grau: “Desenvolvam atividades de formação e de investigação e desenvolvimento experimental de nível e qualidade reconhecidos, com publicações ou produção científica relevantes” (Diário da República, Decreto-Lei n.º 65/2018).

O desenvolvimento do presente projeto ao longo do percurso formativo contribuiu para a enfermagem enquanto disciplina, no que respeita à evidência científica e formação especializada, tendo este por base os objetivos delineados para este mestrado que assentam no desenvolvimento de conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde; promoção da melhoria da qualidade dos cuidados em saúde recorrendo à investigação, a uma prática baseada na evidência e nos referenciais teóricos e deontológicos; capacitação para a governação clínica, liderança de equipas e projetos, nos diferentes contextos da prática de cuidados e ainda dar contributo para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (Universidade de Évora, 2017).

O projeto desenvolvido ao longo do Mestrado em Enfermagem em Associação com especialização na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica intitulado de: “Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: atuação do enfermeiro especialista”, no qual foi incluído o estudo descritivo, transversal e exploratório que permitiu também a produção de um artigo científico de modo a contribuir para a disciplina de enfermagem, permitiu desenvolver e adquirir as competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, no que respeita à capacidade de produzir, comunicar e investigar. O percurso foi assim marcado por experiências que possibilitaram o desenvolvimento de capacidades para integrar conhecimentos e

competências, trabalhar com questões que permitiram momentos de reflexão e responsabilidade no domínio ético, de modo a alcançar resultados nos vários contextos clínicos.

O projeto referido anteriormente foi desenvolvido segundo a Metodologia de Projeto como já foi supracitado em capítulos anteriores, pelo que permitiu recrutar conhecimentos acerca do diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação do mesmo, que culmina na análise dos dados e na divulgação dos resultados obtidos.

Foram também mobilizados conhecimentos acerca das questões éticas e deontológicas durante a prestação de cuidados à criança/jovem e família, o que permitiu também o desenvolvimento das competências de mestre no que respeita à promoção da melhoria dos cuidados e desenvolvimento de competências e conhecimentos no domínio da enfermagem.

Importa referir que durante o percurso foi elaborado o artigo original onde foi possível demonstrar os resultados obtidos do estudo descritivo, transversal e exploratório realizado e que se intitula: “O Adolescente e o Consentimento Informado: a visão de três equipas de enfermagem da área pediátrica” e será proposto para publicação em revista científica e que segundo o Artigo 15º permite “ (...) comunicar as conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes (...) de uma forma clara e sem ambiguidades” (Diário da República, Decreto-Lei nº 65/2018).

Em síntese, o percurso realizado e o presente Relatório Final são também um objetivo de consolidação de conhecimentos e competências e de desenvolvimento do grau de mestre. Assim, assume-se também o compromisso de que todo o percurso realizado se irá transpor para a vida profissional, procurando sempre adquirir novos conhecimentos, participando na melhoria dos cuidados em enfermagem e colaborando para a produção de evidência científica, uma vez que foram adquiridas competências no domínio do enfermeiro especialista, do EEESIP e de Mestre.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente documento que se finaliza proporcionou a demonstração do percurso percorrido relativo ao longo do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como permitiu demonstrar os conhecimentos e competências adquiridas ao longo do mesmo no que concerne às competências de EEESIP e de Mestre.

Refletindo entre as práticas realizadas, conhecimentos e competências adquiridas, desenvolvimento do presente projeto e culminando na elaboração deste Relatório Final, considero que este foi o maior desafio pessoal e profissional dos últimos dois anos e que se revelou uma mais-valia e uma excelente aprendizagem a nível pessoal e profissional.

A linha de investigação seguida ao longo do projeto, o delineamento e concretização do mesmo revelaram-se um desafio com o qual foi possível contribuir para a disciplina de enfermagem, para a prática clínica e para a minha formação académica e profissional. O estudo realizado trouxe contributos para a prática de cuidados com o adolescente também para o serviço onde atualmente exerço as funções de enfermeira. A Metodologia de Projeto permitiu a concretização e o cumprimento do mesmo nos contextos de estágio de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a capacitar as equipas de enfermagem para dar a melhor resposta às necessidades de uma população específica- os adolescentes.

No que respeita às competências e domínios comuns do enfermeiro especialista considero que foram adquiridas e desenvolvidas, uma vez que se trabalhou nos contextos clínicos a gestão dos cuidados, tendo em vista a melhoria continuada qualidade e práticas seguras.

Os objetivos definidos consideram-se assim alcançados, uma vez que foram elaborados documentos que se consideram importantes na prestação de cuidados de enfermagem ao adolescente, e ainda realizaram-se sessões que permitiram capacitar as equipas de enfermagem para a temática do adolescente e do consentimento informado de modo a uniformizar de cuidados de enfermagem. No entanto é importante referir uma dificuldade sentida durante este percurso no que respeita à literatura acerca do tema trabalhado, bem como a escassez de estudos e leis vigorantes em Portugal acerca do adolescente.

No que concerne às competências de EEESIP consideram-se também adquiridas uma vez que foi possível para além da aplicação do presente projeto em contexto de estágio, realizar práticas e prestar cuidados a todas as faixas etárias, desde o recém-nascido pré-termo até ao adolescente de modo a adquirir competências nas áreas mais complexas da enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, passando pelos CSP, UCINPED, Internamento de Pediatria e SUP, desenvolvendo os mecanismos necessários para a aquisição de novos conhecimentos, tendo por base a evidência científica, elaborando orientações a aplicar na prática diária de cuidados à criança/jovem e família, tendo em conta as transições do ciclo vital, atingindo assim a excelência dos cuidados prestados.

Também foram adquiridas competências de Mestre durante este percurso formativo uma vez que a investigação científica foi a base de todo o projeto e que permitiu analisar os dados obtidos e elaborar as conclusões acerca dos mesmos.

O tempo constitui-se como elemento dificultador deste Mestrado, pois a conciliação da vida pessoal, académica e profissional requer muito esforço, no entanto a motivação para alcançar o objetivo final e elaborar o presente Relatório foram maiores que qualquer obstáculo sentido. Importante referir também o apoio das docentes neste percurso que considero ter sido também uma fonte de motivação para alcançar o objetivo final.

Considero esta experiência fortemente enriquecedora e que foi um desafio à-construção de um projeto de intervenção, o qual nunca tinha realizado antes e considero ter sido uma mais-valia a todos os níveis, de forma a contribuir assim para a atualização de conhecimentos e aquisição de competências de EEESIP e de Mestre.

Que os próximos desafios se constituam também um elemento revelador e de motivação para o futuro e que o foco seja sempre a atualização constante da disciplina de enfermagem de forma a melhorar sempre os cuidados prestados à criança/jovem e sua família.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, M. & Azevedo, A. (2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição? *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro, 9(3), jul/set. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v9n3a04.pdf>

Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem* 2005 Jul-Set; 14(3):373-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

Almeida, R.; Lins, L. & Rocha, M. (2015). Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. *Revista Bioética*, 23(2):320-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232071>

Carvalho, J.; Erdmann, A.; Santana, M. (2015). A dependência do outro na construção da autonomia do adolescente para o autocuidado. *Cienc. Cuid. Saúde* 14(1):910-916. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v14i1.16419

Caroni, M.; Bastos, O. (2015). “Adolescência e Autonomia: conceitos, definições e desafios”. *Revista de Pediatria SOPERJ*. Vol15, n.1. p.29-34. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UEMkZboPC-0J:revistadepediatriasoperj.org.br/audiencia_pdf.asp%3Faid2%3D641%26nomeArquivo%3Dv15n1a07.pdf+%&cd=9&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Centro Hospital de Setúbal, E.P.E. (2018). Horário de Visitas do Centro Hospitalar de Setúbal. Disponível em: <http://www.chs.min-saude.pt/horario-de-visita/horarios-de-visita/>

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (2019). Missão e Valores. Disponível em: <http://www.chs.min-saude.pt/missao/>

Coll, C., Marchesi, Á., & Palacios, J. (2004). Desenvolvimento Psicológico e Educação (2ª ed.). Volume 1. Artmed Editora

Convenção de Oviedo (1997). *Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*. Disponível em: http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf

Costa, J. (2016). Métodos de Prestação de Cuidados. Escola Superior de Viseu-30 anos. Disponível em: <https://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

Costa, R.; Carvalho, A.; Fialho, A.; Moreira, T.; Queiroz, M. & Jorge, M. (2010) Cuidado em Enfermagem ao Adolescente: análise da produção científica de 2001 a 2007. *Cienc Cuid Saude* jul/set; 9(3): 585-592. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315287981_Cuidado_de_enfermagem_ao_adolescente_analise_da_producao_cientifica_de_2001_a_2007

Costa, R.; Queiroz, M. & Zeitoune, R. (2012). Cuidado do Adolescente: contribuições para a Enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, abr/jun; 20(2):197-202. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4045>

Cruz, D.; Collet, N.; Andrade, E.; Nóbrega, V. & Nóbrega, M. (2017). Vivências de mães de crianças diabéticas. *Escola Anna Nery* 21(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170002.pdf>

Diário da República nº63/1995, Série I-A de 1995-03-15. *Código Penal Português. Decreto-Lei nº48/95*. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107981223/201708230200/73473887/diploma/indice>

Diário da República nº156/2015, Alteração dos *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwI6Va

Diário da República nº65/2018, *Graus e diplomas do Ensino Superior*. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116068879/details/maximized>

Direção Geral da Saúde (1998). Saúde dos adolescentes: Princípios orientadores. Lisboa. ISBN 972-9425-61-2

Direção Geral da Saúde (2013). *Norma da Direção Geral da Saúde nº010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saudeinfantil-e-juvenil.aspx>

Direção Geral da Saúde (2013). *Circular Normativa nº15/2013: Consentimento Informado, esclarecido e Livre dado por Escrito*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional de Vacinação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>

Fonseca, P. (2017). Lições de Pediatria: Adolescência. Vol.1 Capítulo 14. Disponível em: <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/43115/1/Adolescencia.pdf>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA-Base de Dados Portugal Contemporâneo (2020). Base de dados dos Municípios. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios>

Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(3), 371-375. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>

Guimarães, M. & Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para Enfermagem. *Jornal de Dados*. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5e-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Graverna, A.; Paula, M.; Marcon, S.; Carvalho, M & Pelloso, S. (2013) Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul Enfem*; 26(2):130-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a05.pdf>

Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester. *In Portal do Grupo Português de Triagem*. Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

Hack, S., Ramires, V. (2010). Adolescência e Divórcio Parental: Continuidades e Rupturas dos Relacionamentos. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol.22, n.1, p.85 – 97, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n1/a06v22n1.pdf>.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014a). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014b). Wong-Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9ª edição. Elsevier. ISBN 978-85-352-6975-8

Hospital do Espírito Santo, E.P.E (2017). *Guia de acolhimento da Consulta de Pediatria* (Manuscrito não publicado)

Hospital do Espírito Santo, E.P.E. (2018). Relatório de Gestão 2017 – Hospital do Espírito Santo, E.P.E. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2020/01/relatorio-de-gestao-2017.pdf>

Hospital do Espírito Santo, E.P.E (2019). Missão, Valores e o Hospital. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>

Hospital do Espírito Santo, E.P.E. (2020). Instalações do Serviço de Urgência Pediátrica. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/19/instalacoes-do-%E2%80%8Bservico-de-urgencia-pediatria-do-hospital-de-evora-reabrem-apos-obras-de-requalificacao/>

Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (2016). Visão, Missão e Valores. Disponível em: <http://www.hgo.pt/Hospital/VisaoMissaoValores.aspx>

Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (2015). *Estratégia do Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.* (manuscrito não publicado).

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018). Estatísticas Demográficas de 2018. ISBN: 978-989-25-0499-5. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEScoleccion=107661&selTab=tab0&xlang=pt

Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (2020). Folheto- Teste do Pezinho o que é? Disponível em: http://www.diagnosticoprecoce.org/Inst_R_Jorge_Folheto_Testes_Pezinho_PT_3C.pdf

Lélis, A.; Pagliuca, L. & Cardoso, M. (2014). Fases da Teoria Humanística: análise da aplicabilidade em pesquisa. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, out/dez; 23(4). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01113.pdf

Ministério da Saúde (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. *In Diário da República, 1ª série, 38, 1182-1189.* Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>

Ministério da Saúde (2014). Decreto-Lei nº118/2014, 5 de Agosto. *In Diário da República, 1ª série de 2014.* Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/55076561/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual e Enunciados Descritivos. *Conselho de Enfermagem-Dezembro 2001.* Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição.* Lisboa. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enunciado de Posição 02/07: Consentimento Informado para intervenções de Enfermagem.* Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores e boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE. Série I. 1(3). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticacesip_vol_iii.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional em Enfermagem*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos enfermeiros (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Regulamento nº422/2018. *In Diário da República*, 2.^a série, nº133-12 de Julho de 2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº140/2019. *In Diário da República*. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Phaneuf, M. (2005). “*Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*”. Lusociência. Loures; IBSN: 972-8383-84-3.

Pokorski, S.; Moraes, M.; Chiarelli, A.; Costanzi, A. & Rabelo, E. (2009). Processo de Enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? *Rev Latino-am Enfermagem*, maio-junho; 17(3). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4002>

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas*. Percursos, 15, 1-37.

Serviço Nacional de Saúde (2020) Bilhete de Identidade dos Cuidados Primários de Saúde Moura. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40001/4021000/Pages/default.aspx>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2005). Requisitos para o Atendimento ao Adolescente. *Secção Medicina do Adolescente*. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_SPP/Atendimento_Adolescente.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). Manual de Ação para Jovens: Dá a tua opinião sobre os teus direitos online! Disponível em: https://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao_Medicina_Adolescente/Teen_Action_Kit_PT.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). “Aos Pais: O que é o Método Canguru? E “Planeei amamentar o meu bebé, ainda é possível?”. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/to-parents/faqs/#>

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª ed.). Artmed.

Rizzi C.; Costa C. (2004). O período de desenvolvimento das operações formais na perspectiva piagetiana: aspetos mentais, sociais e estrutura. *Revista da Educação*, p. 29-42, vol. 4, n.1, janeiro/junho. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/educere/article/viewFile/178/152>.

Sousa, P. (2006). "Desenvolvimento Moral na adolescência". Documento produzido em 28-8-2006. Disponível em www.psicologia.com.pt.

Schoen-Ferreira, T.H., Aznar-Farias, M. (2010). Adolescência através dos Séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Abr-Jun 2010, Vol. 26 n. 2, pp. 227-234. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a04v26n2.pdf>.

Silva, Paulo S. M.; Viana, Meire N.; Carneiro, Stania N. V. (2011). O Desenvolvimento da Adolescência na Teoria de Piaget. *O Portal dos Psicólogos*. Disponível em <http://www.psicologia.pt>

Universidade de Évora (2017). *Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem*. Disponível em:

[https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/4180/\(basenode\)/746](https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/4180/(basenode)/746)

Vale, M.; Oliveira, G. (2011). *Consentimento Informado em Menores*. Disponível em: <https://www.ceic.pt/documents/20727/57508/Consentimento%2bInformado%2bem%2bMenores/3e12fb83-7a05-4632-baf3-f1a885fb23a5>

Velho, M.; Quintana, A. & Rossi, A. (2014). Adolescência, autonomia e pesquisa em seres humanos. *Revista Bioética* 22(1). Disponível em: www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a09v22n1.pdf

Veloso, S. (2005). Determinantes da atividade física dos adolescentes: estudo de uma população escolar do concelho de Oeiras. *Repositorium do Minho*. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4800>

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Anexos

Anexo 1- Acrónimo HEEADSSS

CASA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Onde moras? Há quanto tempo estás nessa casa? ▪ Com quem vives? ▪ Tens um quarto só para ti? ▪ Como é o relacionamento entre os membros da família? ▪ De quem te sentes mais próximo(a)? ▪ Alguém saiu de casa recentemente? Há alguém de novo?
ESCOLA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em que escola andas? Como é a escola? Mudaste recentemente? ▪ Quais as disciplinas que preferes? E as que menos gostas? ▪ Tens amigo(a)s na escola? ▪ Como é o teu aproveitamento? Modificou-se recentemente? ▪ Que planos tens quanto ao futuro? ▪ Trabalhas? Onde? Qual o horário de trabalho?
ALIMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De que é que gostas e não gostas no teu corpo? ▪ O teu peso alterou-se recentemente? De que modo? ▪ O que é para ti uma dieta saudável? É a que fazes? ▪ Já fizeste dieta alguma vez? ▪ Praticas exercício diariamente?
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que fazes quando estás com o(a)s amigo(a)s? ▪ Praticas algum desporto? Quantas vezes por semana? ▪ O que fazes quando estás com a tua família? ▪ Tens alguma outra atividade organizada (grupo de jovens, escuteiros, voluntariado, etc)? ▪ Tens alguns hobbies? Gostas de ler? Que livro estás a ler agora? ▪ Quantas horas de televisão vês por dia? E computador? E vídeo-jogos?
CONSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No teu grupo de amigo(a)s, alguém fuma, bebe álcool ou consome drogas? ▪ E tu próprio? ▪ E na tua família? ▪ Alguém fuma na tua casa? ▪ Tens algum familiar que tenha sido alcoólico ou tenha consumido drogas?
SEXUALIDADE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tens namorado(a) atualmente? Já tiveste antes? ▪ Já tiveste relações sexuais? ▪ O que significa "sexo seguro" para ti? ▪ Utilizas contraceção? Que método contraceutivo usas? ▪ Alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te em práticas sexuais contra a tua vontade? ▪ Já tiveste alguma infeção transmitida por via sexual? Quando e qual?
DEPRESSÃO/ SUICÍDIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentes-te triste ou "em baixo" mais do que o habitual? ▪ Estás sempre chateado(a)? ▪ Tens dificuldade em dormir? ▪ Pensas por vezes em te magoares a ti próprio(a) ou a outra pessoa? ▪ Achas que estás a perder o interesse em coisas que antes te davam prazer? ▪ Isolas-te mais do(a)s amigo(a)s, nos últimos tempos? ▪ Conheces alguém que tenha pensado em suicidar-se? Isso já sucedeu contigo? ▪ Começaste a fumar, beber ou usar drogas para te sentires melhor e mais calmo(a)?
SEGURANÇA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Já tiveste algum acidente grave ou provocaste algum acidente? ▪ Usas sempre cinto de segurança, no carro? ▪ Alguma vez andaste de carro com um(a) condutor(a) embriagado(a)? ▪ Usas equipamentos de segurança quando praticas desportos (por exemplo, capacete)? ▪ Existe violência na tua família? ▪ Existe violência na tua escola? ▪ Alguma vez foste agredido ou abusado sexualmente? ▪ Alguma vez foste vítima ou te envolveste em <i>bullying</i> ou em situação de violência no namoro?

Figura 1-Questões a colocar na entrevista ao adolescente: Acrónimo HEEADSSS

Anexo 2- Estádios de *Tanner*

ESTÁDIOS	P (PILOSIDADE PÚBLICA)	M (DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO)	G (ÓRGÃOS GENITAIS)
1	Pré-púbere: ausente	Pré-púbere	Pré-púbere; Testículos $\pm 2,5$ ml
2	Alguns pêlos longos; Pigmentados	Botão mamário	Aumento dos testículos (volume ≥ 4 ml); Pigmentação do escroto
3	Pêlos escuros, encaracolados, > quantidade	Mama e aréola maiores	Alongamento do pênis; testículos maiores
4	Pêlos tipo adulto; atinge mas não ultrapassa a face interna das coxas	Aréola e mamilo destacam-se do contorno da mama	Alargamento pênis; pregueamento da pele do escroto
5	Distribuição tipo adulto	Morfologia adulta; mama e aréola no mesmo plano	Tipo adulto; volume testicular: 15-25 ml

Figura 2-Tabela dos Estádios de Tanner

Anexo 3- Pareceres das Comissões de Ética e de Administração

[Redacted]

COMISSÃO DE ÉTICA

do CA
[Redacted]

[Redacted]

Título do Projeto: Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: atuação do enfermeiro especialista

Nome: Patricia Paillau

Instituição: [Redacted]

Investigador Responsável/Orientador: Dulce Cruz e Ana Lúcia Ramos

Enquadramento Acadêmico: Mestrado

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão __ Sim __
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados __ Sim __
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos __ Sim __
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes __ Sim __

Parecer da Comissão de Ética d [Redacted] **EPE:**

- Favorável __ X __


- Condicional __

NOTA:

DATA: 14/01/2020

[Redacted]

Autógrafa
[Redacted]
Assinatura: 3 de 3, 01/20

 **SNS**
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

4
Código de identificação: 000-11201
Web Page: www.sns.gov.pt
Instituto de Saúde Pública, ICS, Universidade Nova de Lisboa
Rua da Escola Médica, 1649-016 Lisboa, Portugal. Telefone: 213462000
Fax: 213462001 Email: ics@ispub.unl.pt ispub@ispub.unl.pt

SNS SERVIÇO NACIONAL DE EMERGENCIA EM SAÚDE

Cid CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL

DELIBERAÇÃO:

NOTA DE SERVIÇO

DESPACHO

PAR: [REDACTED]
DE: [REDACTED] 27-11-2019

ASSUNTO: Autorização à realização do Estudo/questionário: "Promoção da autonomia do adolescente, a realizar no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E."

Trata-se de um estudo, conferido de grau académico - Mestrado, cuja investigadora principal é a Exma. Sra. Enf.ª Patrícia de Jesus Capucho Foulino, a realizar no serviço de Pediatria (Internamento) do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (ver anexo e processo devidamente instruído).

O estudo/questionário, no entendimento da Comissão de Ética, a passagem de questionários anónimos a não doentes, não requer análise da CES.

Contudo, teve o parecer favorável do Ex.º [REDACTED]

A realização deste estudo/questionário tem como objectivo realizar um estudo descritivo e transversal com a aplicação de um questionário semiestructurado dirigido aos enfermeiros nos serviços de pediatria e identificar as necessidades de formação e documentação (normas, notas informativas, entre outros) nos serviços de pediatria, contribuindo para a capacitação das equipas de enfermagem na promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente.

A consideração superior,

[REDACTED]

27-11-2019

tomou conhecimento do estudo.
Ao Ex.º Sr. Dr. Ely Góes da Silva Neide Góes de autorizações para a realização dos questionários em questão.
[REDACTED] -
27-11-2019

Concedida
Planificação
de es. [REDACTED]
27/11/19

tomou conhecimento
do sac. do G.O. para a
facilitar o IP do dos
bombardeiros do CA.
[REDACTED]
28-11-2019

ACTIV. 42.19

Contactos Cid: pd@chsetubal.pt
Rua Camões, Castelo Branco • 2000-440 Setúbal • Telefone: 261 545 000 • Fax: 261 545 000 (Vozes Unidas) • www.ch.setubal.pt



PARECER :

09/12/2019
SC/2019-4020

IMPRESSÃO EM 09/12/2019

A Comissão de Ética do [redacted] vem deste modo informar que, deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do Estudo de Investigação "Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: a atuação do enfermeiro especialista" no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob a responsabilidade da Investigadora Patrícia de Jesus Capucho Paulino com orientação da Prof. Dulce Cruz e Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos.

A Presidente da Comissão de Ética do [redacted]



RECIBO Nº 4020



Anexo 4- Certificados de Participação nas Jornadas de Pediatria



Participação em Formação Contínua

Certificado

Certifica-se que **Patrícia Paulino**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação , frequentou o seguinte curso de formação contínua:

VII Jornadas de Pediatria

que decorreu de **27 de Setembro de 2019 a 28 de Setembro de 2019**, no



Código de Certificado: C-5c69d50eca0f5

Av. do Forte, nº3 – Edifício Súdica II, Piso 2 - Camaxide

academiasfz.gov.pt

Compreensiva de Entidade de Certificação Electrónica

Decreto-Lei n.º 290/09 e 02/2000 — European Union Directive 129/93/CE





Participação em Eventos Científicos

Certificado

Certifica-se que **Patricia Paulino**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação [redacted], frequentou o seguinte evento científico:

[redacted]
que decorreu a **4 de Outubro de 2019**, com a duração de **8 horas**, no seguinte

[redacted]
Camaide, 4 de Outubro de 2019



Código de Certificado: C-6d0945b0d0527

Av. do Forte, nº3 – Edifício Saúde II, Piso 2 - Camaide

academiasofup.pts

Compromisso de Emissão de Certificado Electrónico

Decreto-Lei n.º 290-G/99 e 63/2003 — European Union Directive 1999/93/CE



Anexo 5-Certificado de Participação do Suporte Avançado de Vida Pediátrico






Apêndices



Apêndice 1- Cronograma das Atividades

Tempo / Etapas	2019									2020	
	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Data a designar	
Diagnóstico da Situação											
Planeamento											
	Execução										
Sessões de Sensibilização											
Estudo Descritivo, transversal e exploratório											
Elaboração de Normas											
Avaliação											
Divulgação dos resultados-Relatório Final											

Fonte: Elaboração própria

Legenda:

-  Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
-  Pausa Letiva
- 

-  Serviço de Urgência Pediátrica
- 

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

Internamento de Pediatria

Apêndice 2- Planejamento das atividades a realizar durante a execução do Projeto

Tabela 1-Plano das atividades a realizar durante a fase de execução do projeto

Atividade	Objetivos	Realização
“Percepção dos enfermeiros acerca da autonomia e tomada de decisão do adolescente”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar as equipas de enfermagem a promover a autonomia do adolescente na tomada de decisão; 2. Elucidar as equipas de enfermagem acerca da importância do consentimento livre e esclarecido ao adolescente; 3. Otimizar estratégias e recursos nas instituições para capacitar as equipas de enfermagem para promover a autonomia e tomada de decisão do adolescente. 	<ol style="list-style-type: none"> a) Pedir parecer aos Conselhos de Ética e de Administração das instituições onde se pretende realizar o estudo; b) Aplicar questionários com a colaboração das equipas de enfermagem; c) Analisar os dados recorrendo ao programa informático Microsoft Excel© d) C) Apresentar as conclusões obtidas que permitam identificar as lacunas existentes nas equipas de enfermagem e que permitam a formação das mesmas acerca da temática.
Sessões de Sensibilização às equipas de enfermagem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar as equipas de enfermagem a promover a autonomia do adolescente na tomada de decisão; 2. Elucidar as equipas de enfermagem acerca da importância do consentimento livre e esclarecido ao adolescente; 	<ol style="list-style-type: none"> a) Pedir parecer aos Conselhos de Ética e de Administração das instituições onde se pretende realizar a sessão; b) Pedir às enfermeiras-chefes/responsáveis do serviço permissão para realizar as ações de sensibilização; c) Aplicar questionário de satisfação após as sessões de forma a avaliar as mesmas.

Elaboração de normas de atuação para os serviços	1. Otimizar estratégias e recursos nas instituições para capacitar as equipas de enfermagem para promover a autonomia e tomada de decisão do adolescente.	a) Pedir parecer aos Conselhos de Ética e de Administração das instituições onde se pretende realizar a mesma; b) Identificar em conjunto com as equipas quais os serviços de Pediatria que sentem necessidade de existência da mesma; c) Garantir a uniformização do cuidado ao adolescente; d) Colocar a presente norma em vigor nos serviços.
---	---	---

Fonte: Elaboração própria

Apêndice 3- Questionário aplicado às equipas de enfermagem



Questionário-Consentimento informado

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pretende-se a realização de um projeto integrado na linha de investigação “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, referente à temática “Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente”, que tem como objetivo geral: Sensibilizar as equipas de enfermagem acerca da autonomia e a tomada de decisão do adolescente.

A saúde do adolescente tem sido cada vez mais trabalhada nos cuidados de saúde uma vez que a adolescência é caracterizada por um período de inúmeras transformações onde existem processos psicobiológicos e sociais interligados. O desenvolvimento físico, intelectual, cognitivo e moral, sofrem inúmeras alterações e o que o adolescente mais deseja é assumir o controlo das suas decisões, definir metas, ter sentimentos de competência sendo a autonomia a habilidade principal para conduzir a sua vida (Carvalho, Erdmann & Santana, 2015)

A Autonomia é um dos pilares essenciais da Bioética, e no âmbito dos cuidados de saúde diz respeito ao poder de decisão do utente acerca das questões relacionadas com a própria saúde, no entanto esta pode ser condicionada por diversas razões (Almeida, Lins & Rocha, 2015).

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2015) define o consentimento informado livre e esclarecido como “(...) *uma lógica negocial, um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa, prolongados e num tempo útil, definido em cada caso, pela situação de saúde em apreço(...)*”.

O enfermeiro tem o dever de informar e obter consentimento para a realização das intervenções de enfermagem sendo que os utentes têm o direito de aceder à informação, realizar as suas próprias escolhas e participar de modo informado nas decisões sobre a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim, com o propósito de compreender o entendimento e envolvimento na problemática a que se refere este projeto, pedimos a vossa colaboração no preenchimento do presente questionário.

O presente questionário está estruturado em 2 partes principais, demorando o seu preenchimento entre 10 a 15 minutos, caso tenha alguma dúvida nos eu preenchimento pode contactar através do endereço de correio eletrónico: patriciapaulino2@hotmail.com.

Os dados recolhidos cumprem os pressupostos associados a este tipo de estudo, sendo os resultados serão posteriormente agrupados, pelo que se garante a confidencialidade dos dados e o anonimato dos respetivos participantes.

Desde já agradecemos a sua colaboração e participação neste projeto e disponibilizamo-nos para os esclarecimentos que considere fundamentais.

- Fui previamente informado/a acerca da possibilidade de participar/ recusar participar no estudo acima mencionado, não advindo consequências da minha decisão;
- Aceito participar no estudo e de livre consciência, dou o meu consentimento para a utilização de dados para fins de investigação, confiando que serão mantidas a confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos, conforme garantido pelos investigadores.

Data:...../...../.....

Assinatura do Participante_____

Patrícia Paulino

Enfermeira e Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Professora Dulce Cruz
Professora Orientadora

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos
Professora Coorientadora

Parte I – Caracterização da Equipe de Enfermagem

Assinale com um X a resposta que se adequa à sua situação:

1. Idade:

	20-29 anos
	30-39 anos
	40-49 anos
	50-59 anos
	≥60 anos

2. Habilitações Literárias

	Bacharelato
	Licenciatura
	Pós-Graduação (Qual? _____)
	Pós-Licenciatura (Qual? _____)
	Mestrado
	Doutoramento

3. Anos de Experiência Profissional:

	0-5 anos
	5-10 anos
	11-19 anos
	>20 anos

Parte II – Percepção dos enfermeiros acerca da autonomia e tomada de decisão do adolescente

Assinale com um X a resposta que lhe parece mais conveniente, de acordo com o seu nível de concordância

	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo Plenamente
1. O Adolescente deve ser informado acerca dos procedimentos que irá realizar					
2. O Adolescente necessita sempre do consentimento dos pais para realizar procedimentos (ex. médicos e/ou de enfermagem)					
3. O adolescente deve ser sempre informado e integrado nos cuidados de enfermagem					
4. A privacidade do adolescente deve ser sempre garantida na prestação e cuidados					
5. O Adolescente a partir dos 16 anos tem capacidade para decidir acerca da sua saúde					
6. Os pais devem estar sempre presentes na entrevista ao adolescente					
7. A confidencialidade e sigilo devem ser garantidos ao adolescente em todas intervenções e procedimentos					
8. O consentimento informado, livre e esclarecido, pode ser dado pelo adolescente a partir dos 16 anos					
9. O adolescente bem informado desenvolverá uma vida saudável					
10. À medida que vai crescendo a sua autonomia também deve ser maior, logo deverá tomar responsabilidade acerca das suas escolhas					
11. A entrevista ao adolescente permite ao enfermeiro detetar as suas necessidades, desejos e problemas.					
12. Deve ser sempre respeitada a decisão do adolescente, os seus sentimentos e opiniões.					
13. Deveria existir uma norma/consentimento informado adequada ao adolescente					

Assinale com um X a sua resposta e/ou complete a informação:

14. Participou alguma vez numa ação de formação/ sensibilização ou outro género informativo sobre o consentimento informado ao adolescente?	
Sim	
Não	
Há quanto tempo participou?	
Onde?	
15. Considera que as equipas de enfermagem têm formação adequada para comunicar/informar o adolescente?	
Sim	
Não	
Não sabe/ Não responde/Comente	
16. Conhece algum documento acerca do consentimento informado no seu serviço e recorre ao mesmo na prática diária?	
Sim, utilizo	
Não	
Não sabe, Não responde	
17. Durante a sua formação enquanto enfermeiro sente que a temática do adolescente e do consentimento informado foi abordada?	
Sim	
Não	
Não sabe, não responde	
18. Se respondeu Sim na questão anterior: Considera importante existir formação em serviço acerca desta temática?	
Sim	
Não	
19. O serviço onde trabalha existem locais próprios para entrevistar o adolescente, quando necessário?	
Sim	
Não	
Não sabe/ Não responde	
Que tipo de local existe?	
20. Informa o adolescente, envolve-o na tomada de decisão e obtém o consentimento informado do mesmo antes das intervenções de enfermagem?	
Sim	
Não	
21. Como obtém o consentimento informado do adolescente (ex: intervenções de enfermagem: pen-	

...sos, punção venosa, entre outros)?	
Por escrito, e anexo no processo clínico essa informação	
Oralmente, sem a presença dos pais e/ou testemunhas e registo no processo clínico	
Oralmente, na presença dos pais e/ou testemunhas e registo no processo clínico	
Não sabe/ Não responde	
22. Quem considera que deve participar na decisão sobre a saúde do adolescente, quando este tem idade ≥ 16 anos?	
Pais/ representante legal	
O próprio adolescente	
Médico e enfermeiro	
Não sabe/ Não responde	
23. Considera que o adolescente entre os 14 e os 16 anos, também deve ter opinião e ser integrado no consentimento acerca das intervenções/ procedimentos a realizar?	
Sim	
Não	
Não sabe/ Não responde	
24. Quando existe desentendimento entre o adolescente e os pais em relação à realização de procedimentos /intervenções o que deve ter em conta (ex: intervenções de enfermagem: pensos, punção venosa, entre outros)?	
A opinião do adolescente deve ser tida em conta, no entanto deve promover-se a negociação entre ambos	
A opinião do adolescente deve ser tida em conta se este tiver idade ≥ 16 anos	
Apenas se deve considerar a opinião dos pais, pois apesar de tudo o adolescente é considerado menor	
Deve pedir-se parecer ao Conselho de Ética, Tribunal ou outra entidade judicial de como agir	
Deve ser retirado temporariamente o poder paternal ter em conta o seu superior interesse do adolescente	
Nunca existiu nenhum caso idêntico	
Não sabe/ Não responde	
25. Considera que a existência de uma circular normativa acerca do consentimento informado ao adolescente no seu serviço seria/é uma mais-valia?	
Sim, considero muito importante e prioritário	
Sim, considero importante	
Não, não considero muito importante nem prioritário	
Não, não considero importante	
Não sabe / Não responde	

Obrigada pela sua colaboração!

Patrícia Paulino

Questionário com informações baseadas nos seguintes documentos:

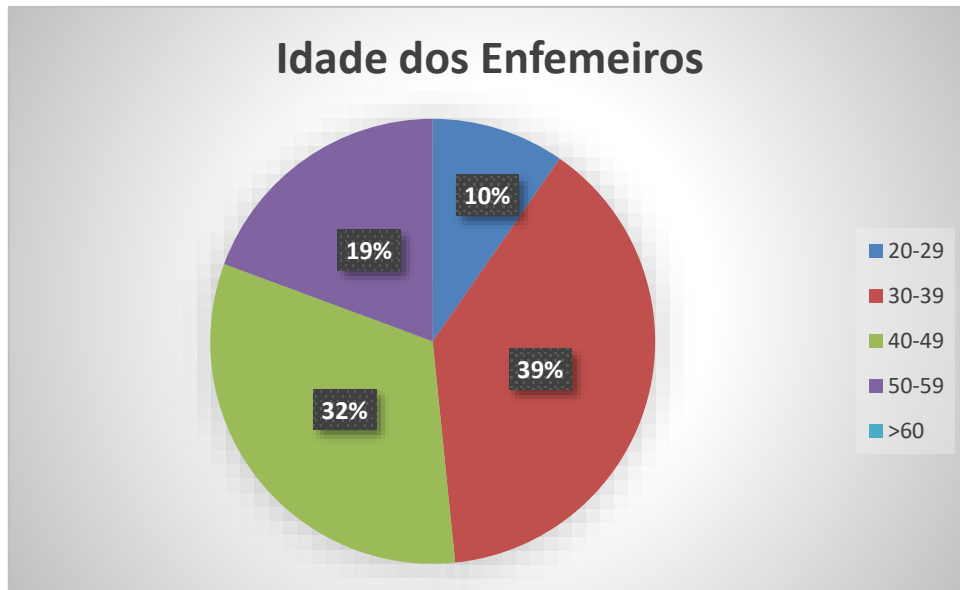
- Almeida, R.; Lins, L. & Rocha, M. (2015). Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. *Revista Bioética*, 23(2):320-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232071>
- Alto Comissariado da Saúde (2011). Relatório de Resultados: *Questionário sobre Consentimento Informado, Acompanhamento de crianças até aos 18 anos de idade e Visitas a doentes no internamento hospitalar*. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Eb-tJOuARQ4J:https://saudeimpostos.files.wordpress.com/2011/11/inquc3a9rito.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Direção Geral da Saúde (2015). *Circular Normativa nº15/2013: Consentimento Informado, esclarecido e Livre dado por Escrito*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.
- Machado, M.; Sousa, R.; Stone, R.; Barreto, M.; Garcês, F.; Cruz, C.; Gomes, S. & Rodrigues, M. (2019). *Consentimento Informado- Visão e Perspetivas de Adolescentes, Pais e Profissionais: Estudo multicêntrico em seis hospitais*. *ActaMedPOrt*. Jan 32(1): 61-69). Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.10826>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores e boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE. Série I. 1(3). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeacesip_vol_iii.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional em Enfermagem*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Regulamento n°422/2018. In Diário da República, 2.ª série, n°133-12 de Julho de 2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Vale, M.; Oliveira, G. (2011). *Consentimento Informado em Menores*. Disponível em: <https://www.ceic.pt/documents/20727/57508/Consentimento%2bInformado%2bem%2bMenores/3e12fb83-7a05-4632-baf3-f1a885fb23a5>

Apêndice 4- Análises dos Dados Obtidos através do Questionário

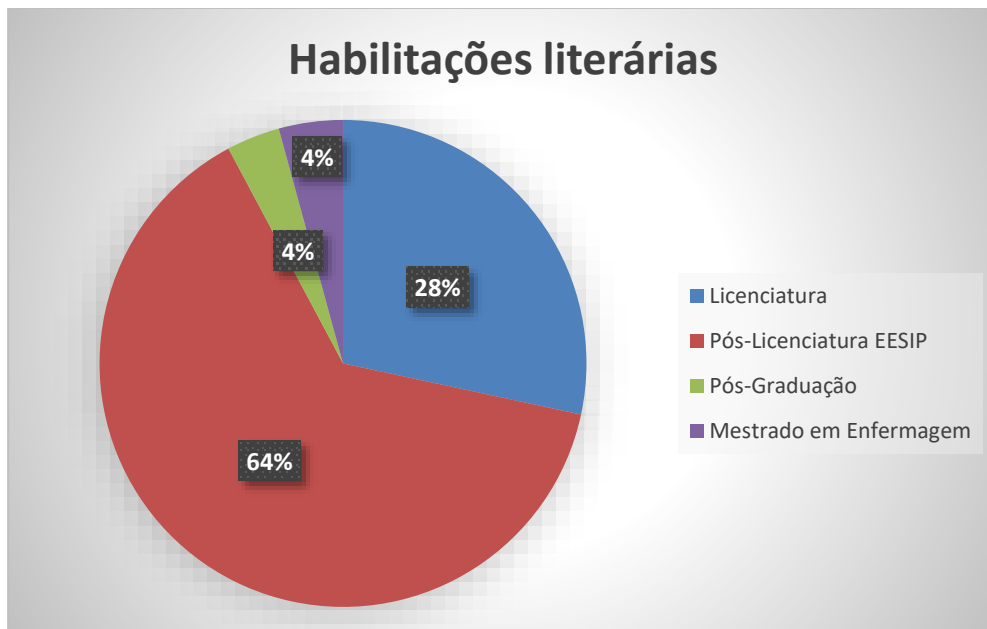
Parte I- Caracterização da Equipe de Enfermagem

Gráfico 7-Distribuição das idades dos enfermeiros a prestar cuidados no contexto pediátrico



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 8-Distribuição das habilitações literárias dos enfermeiros a prestar cuidados no contexto pediátrico



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 9-Distribuição dos anos de experiência profissional dos enfermeiros a prestar cuidados em contexto pediátrico



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Parte II-Percepção dos enfermeiros acerca da autonomia e tomada de decisão do adolescente

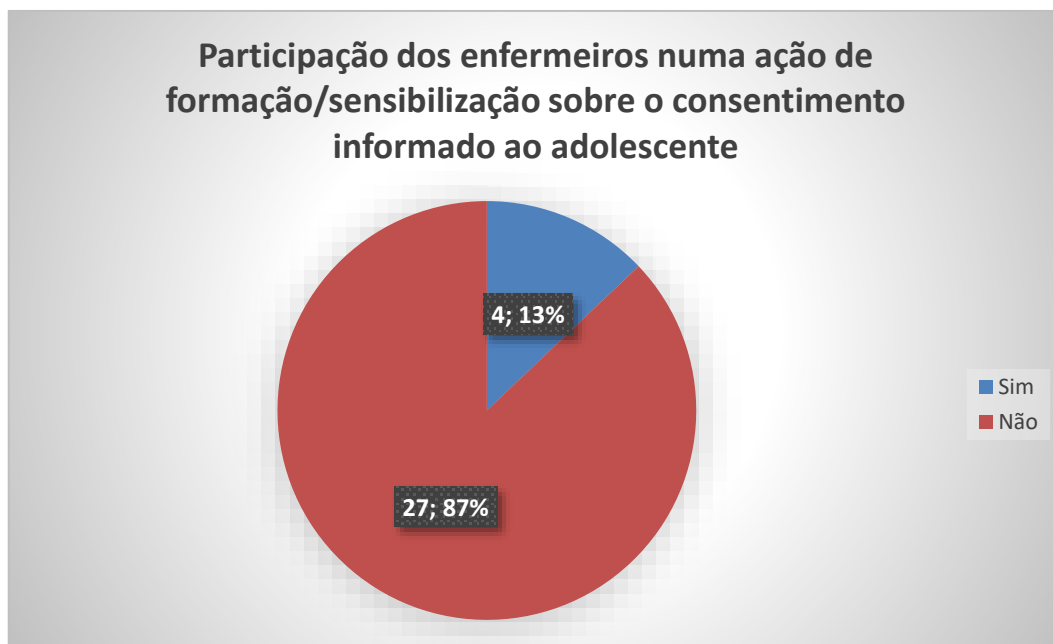
Tabela 2-Extração de Dados da Parte II do questionário

Questão colocada:	Resposta em percentagem (%)				
	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo Plenamente
1. O Adolescente deve ser informado acerca dos procedimentos que irá realizar	87%	13%	0%	0%	0%
2. O Adolescente necessita sempre do consentimento dos pais para realizar procedimentos (ex. médicos e/ou de enfermagem)	6%	39%	16%	29%	10%
3. O adolescente deve ser sempre informado e integrado nos cuidados de enfermagem	90%	10%	0%	0%	0%
4. A privacidade do adolescente deve ser sempre garantida na prestação e cuidados	87%	13%	0%	0%	0%
5. O Adolescente a partir dos 16 anos tem capacidade para decidir acerca da sua saúde	26%	29%	26%	16%	0%
6. Os pais devem estar sempre presentes na entrevista ao adolescente	13%	10%	19%	39%	19%
7. A confidencialidade e sigilo devem ser garantidos ao adolescente em todas intervenções e procedimentos	74%	26%	0%	0%	0%
8. O consentimento informado, livre e esclarecido, pode ser dado pelo adolescente a partir dos 16 anos	29%	52%	16%	3%	0%
9. O adolescente bem informado desenvolverá uma vida saudável	42%	45%	10%	3%	0%
10. À medida que vai crescendo a sua autonomia também deve ser maior, logo deverá tomar responsabilidade acerca das suas escolhas	42%	45%	13%	0%	0%
11. A entrevista ao adolescente permite ao enfermeiro detetar as suas necessidades, desejos e problemas.	48%	52%	0%	0%	0%

12. Deve ser sempre respeitada a decisão do adolescente, os seus sentimentos e opiniões.	44%	43%	10%	3%	0%
13. Deveria existir uma norma/consentimento informado adequada ao adolescente	61%	26%	13%	0%	0%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

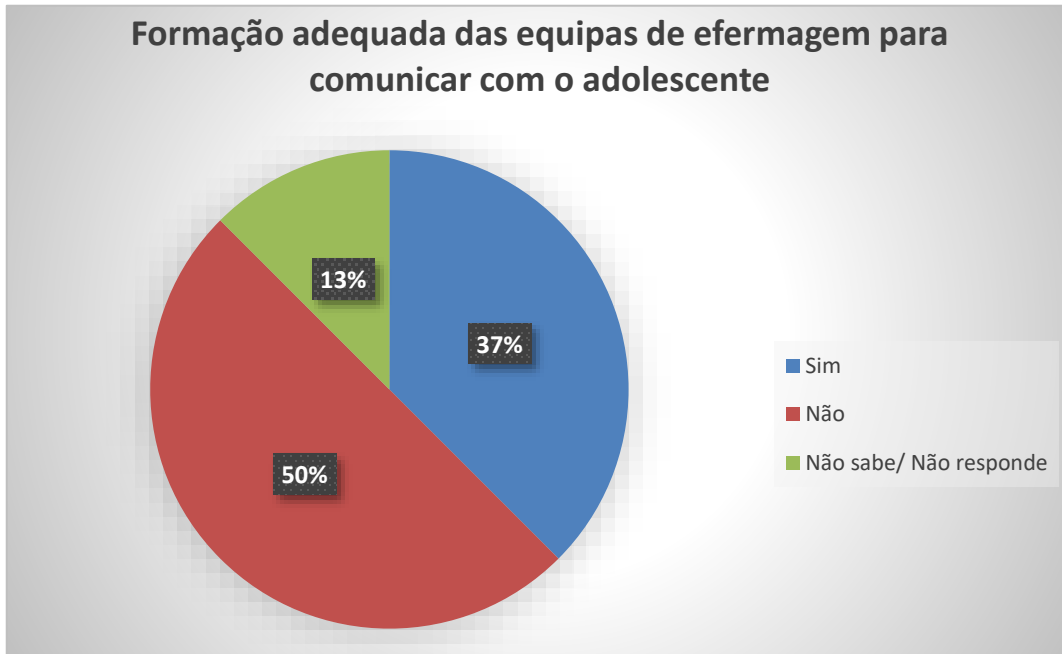
Gráfico 10-Distribuição das respostas à questão nº14:"Participou em alguma ação de formação/sensibilização sobre o consentimento informado ao adolescente?"



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

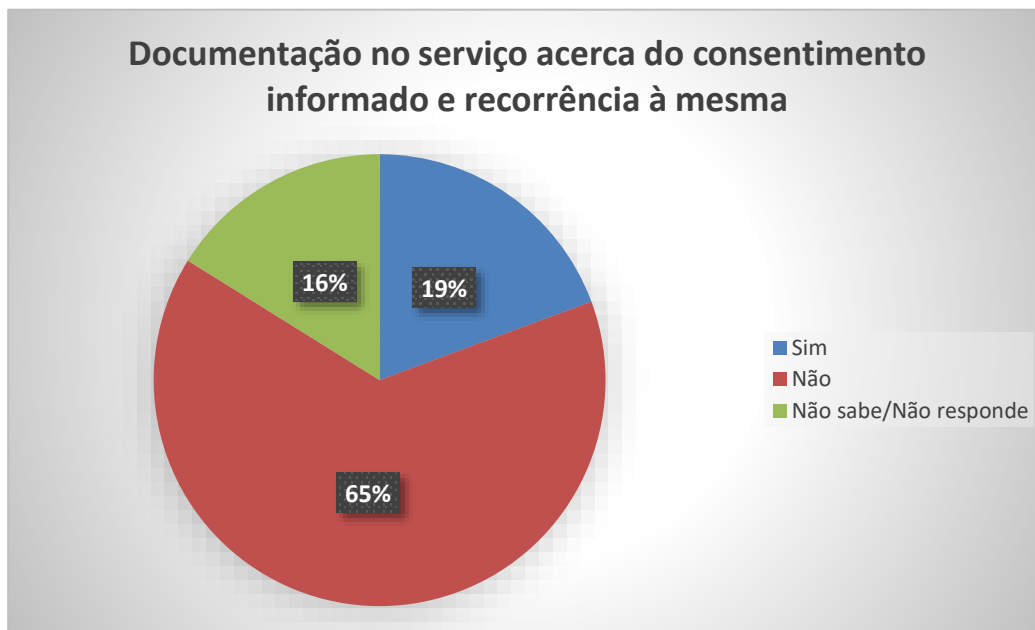
Nesta questão importa referir que **50%** dos 13% dos enfermeiros inquiridos que responderam Sim referem que frequentaram uma sessão acerca da temática há mais de 7 anos.

Gráfico 11-Distribuição das respostas à questão nº15: " Considera que as equipes de enfermagem têm formação adequada para comunicar com o adolescente?"



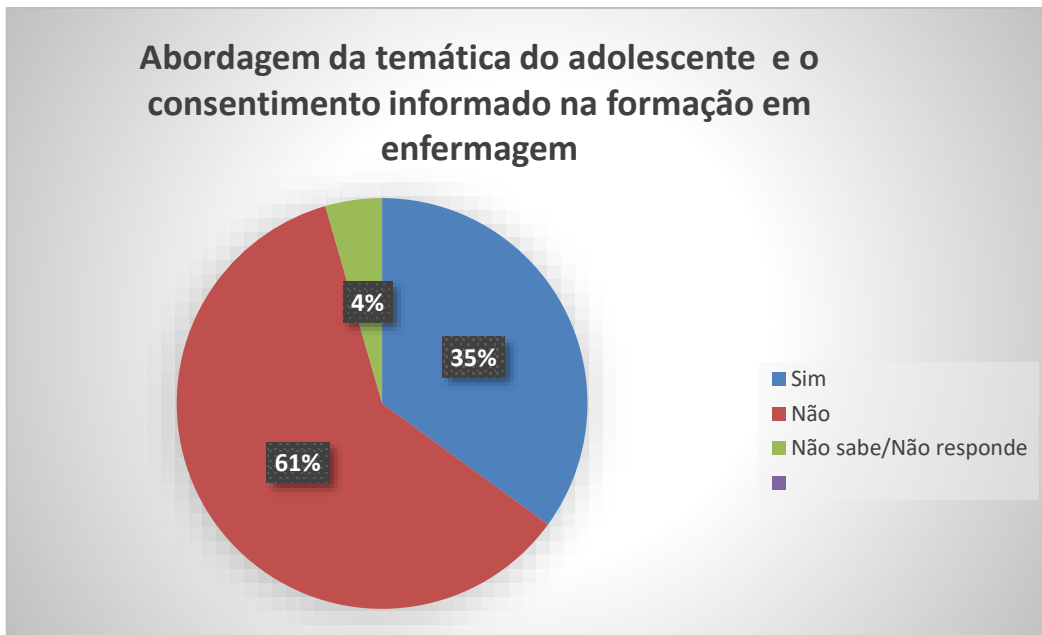
Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 12-Distribuição das respostas à questão nº16: "Conhece algum documento acerca do consentimento informado no seu serviço e recorre ao mesmo na prática diária?"



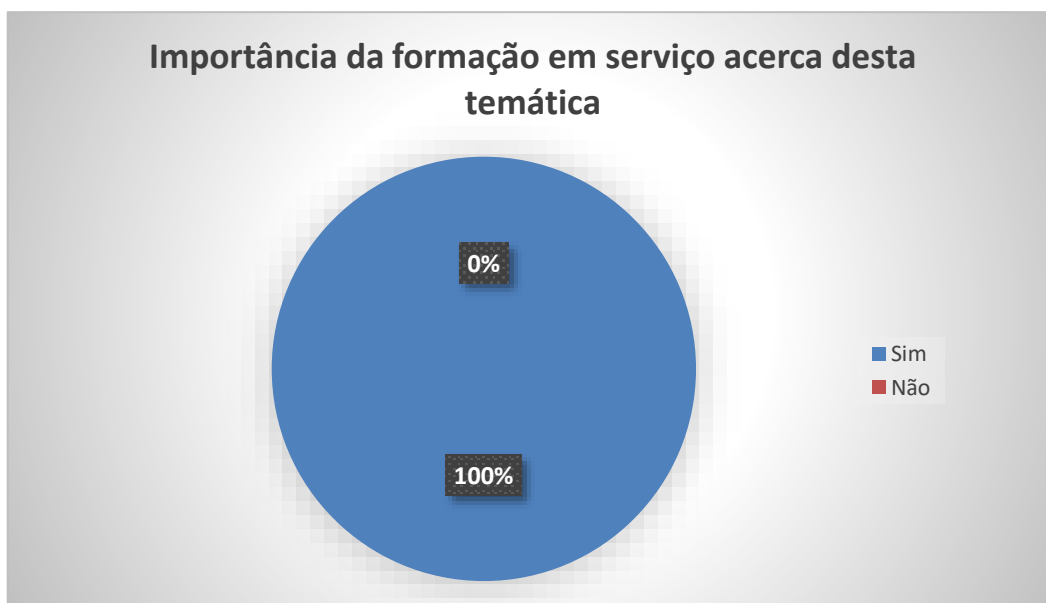
Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 13-Distribuição das respostas à questão nº17: "Durante a sua formação enquanto enfermeiro sente que a temática do adolescente e do consentimento informado foi abordada?"



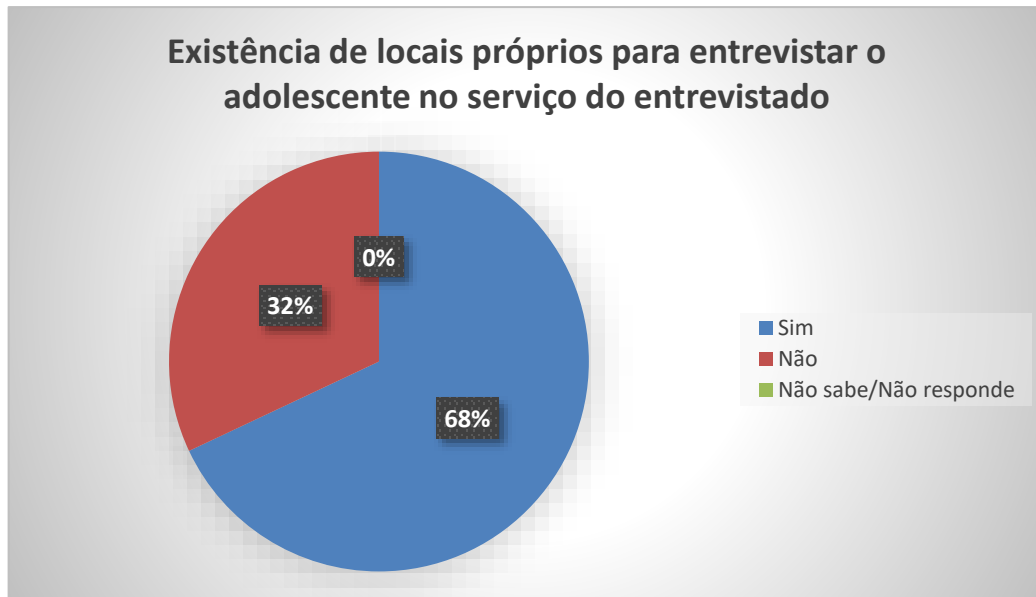
Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 14-Distribuição das respostas à questão nº18: "Considera importante existir formação em serviço acerca desta temática? (se respondeu Sim à questão nº17)"



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

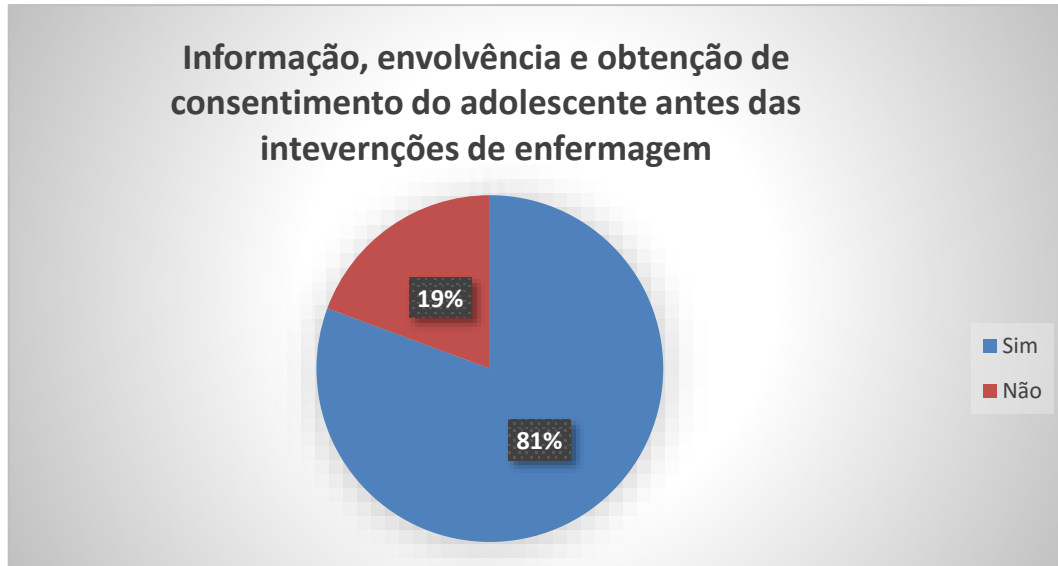
Gráfico 15-Distribuição das respostas à questão nº19: "O serviço onde trabalha tem locais próprios para entrevistar o adolescente, quando necessário?"



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

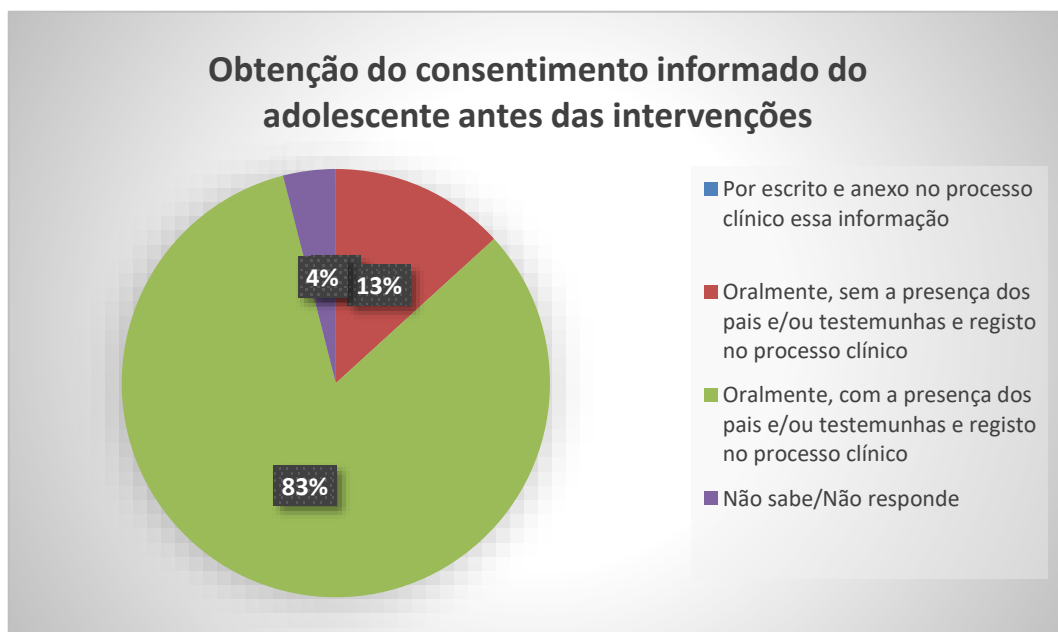
Nesta questão importante referir que **35,9%** dos 68% dos enfermeiros inquiridos que respondeu **SIM** que o local existente no serviço é a Sala de Acolhimento.

Gráfico 16- Distribuição das respostas à questão nº20: "Informa o adolescente, envolve-o na tomada de decisão e obtém o consentimento informado do mesmo antes das intervenções de enfermagem?"



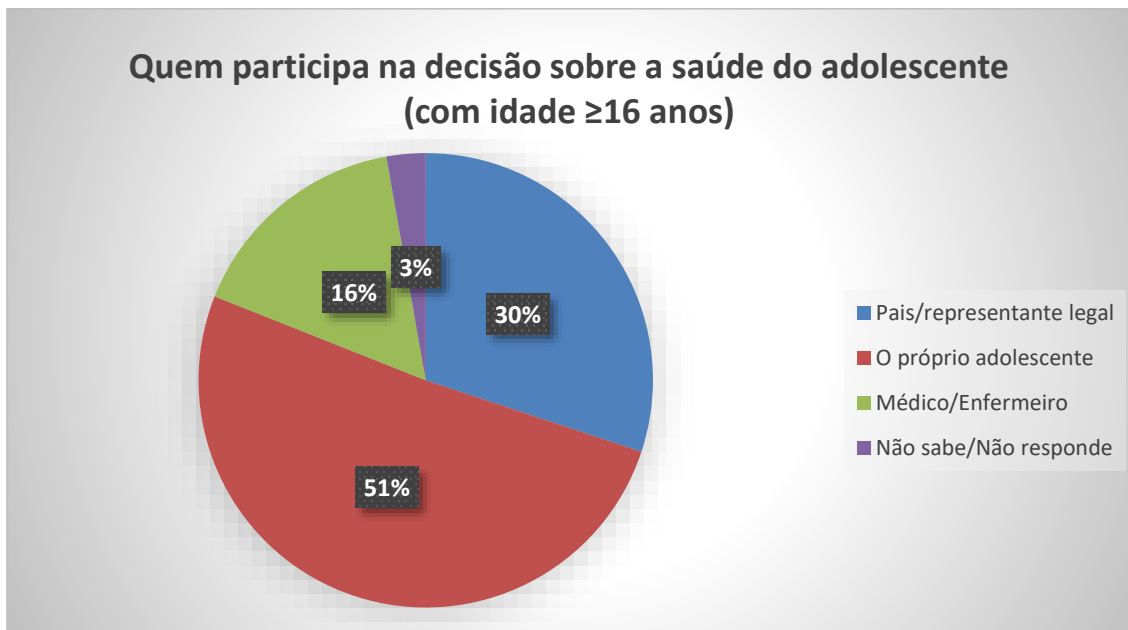
Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 17- Distribuição das respostas à questão nº21: "Como obtém o consentimento informado do adolescente (ex: intervenções de enfermagem: pensos, punção venosa, entre outros?) "



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

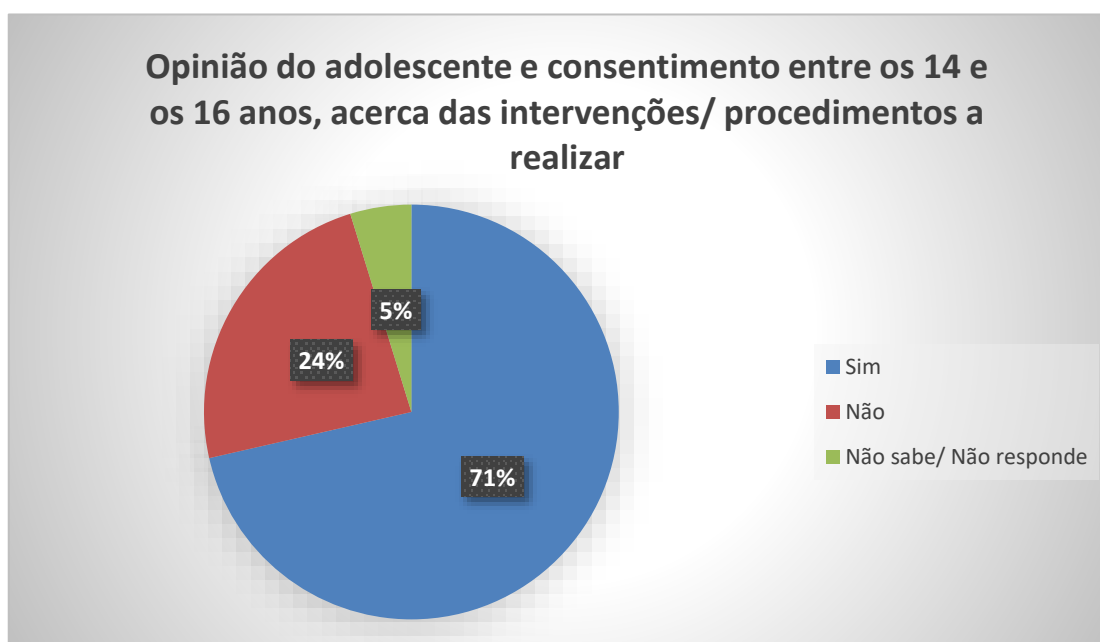
Gráfico 18-Distribuição das respostas à questão nº22: " Quem considera que deve participar na decisão sobre a saúde do adolescente, quando este tem idade igual ou superior a 16 anos?"



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

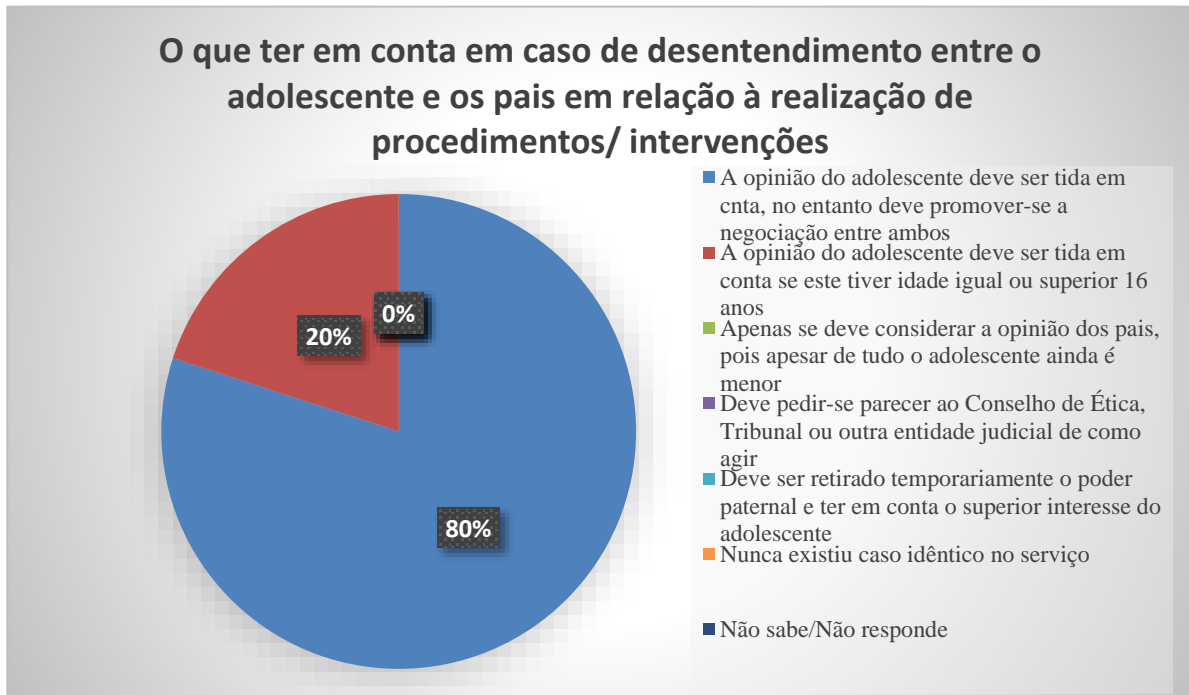
Nota: (Nesta questão os enfermeiros tiveram a opção de escolher duas hipóteses)

Gráfico 19-Distribuição das respostas à questão nº23: "Considera que o adolescente entre os 14 e os 16 anos, também deve ter opinião e ser integrado no consentimento acerca das intervenções/procedimentos a realizar?"



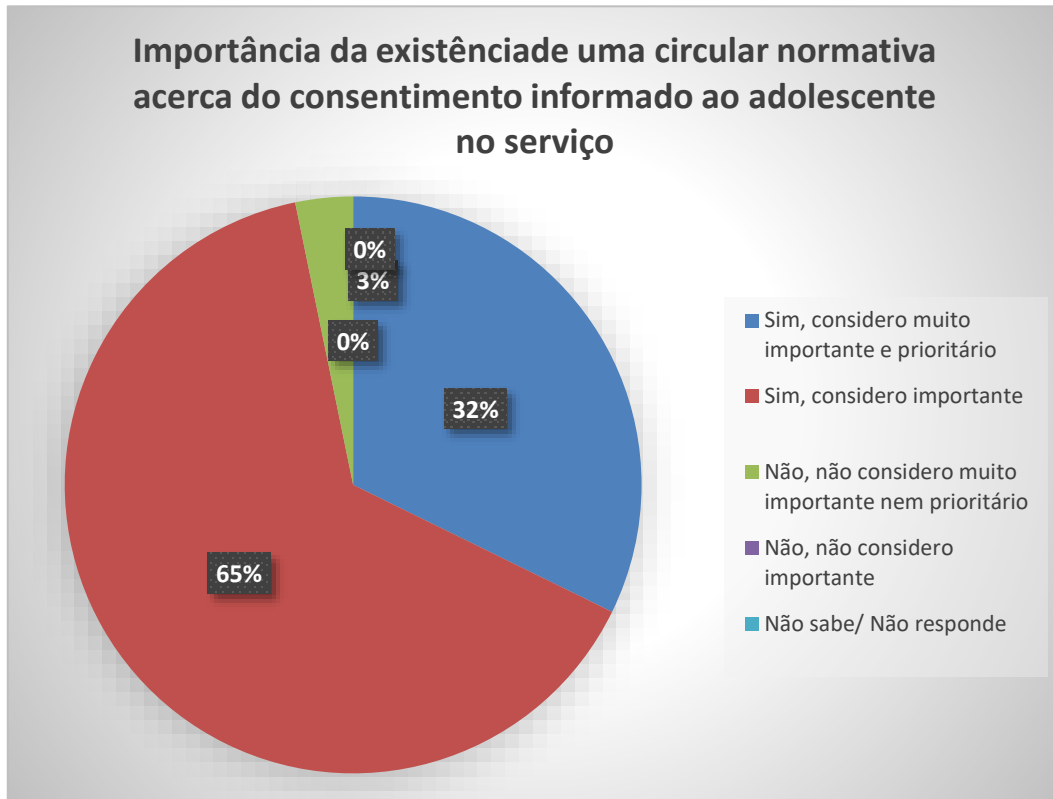
Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 20- Distribuição das respostas à questão nº24: "Quando existe desentendimento entre o adolescente e os pais em relação à realização de procedimentos/intervenções o que deve ter em conta (ex: intervenções de enfermagem: pensos, punção venosa, entre outros)?"



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Gráfico 21-Distribuição das respostas à questão nº25: "Considera que a existência de uma circular normativa acerca do consentimento informado ao adolescente no seu serviço seria/ é uma mais-valia?"



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos

Apêndice 5- Planejamento e Sessões de Sensibilização

Plano da Sessão de Sensibilização-UCSP

Tema: Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente-UCSP

Data: 25 Junho 2019

Hora: 14h00 – 15h00

Local: UCSP

Destinatários: Profissionais de Enfermagem

Objetivo Geral:

-Promover a aquisição de conhecimentos das equipas de enfermagem acerca da autonomia e a tomada de decisão do adolescente nos cuidados de enfermagem.

Objetivos específicos:

-Sensibilizar as equipas de enfermagem para a importância do consentimento livre e esclarecido dos procedimentos de enfermagem;

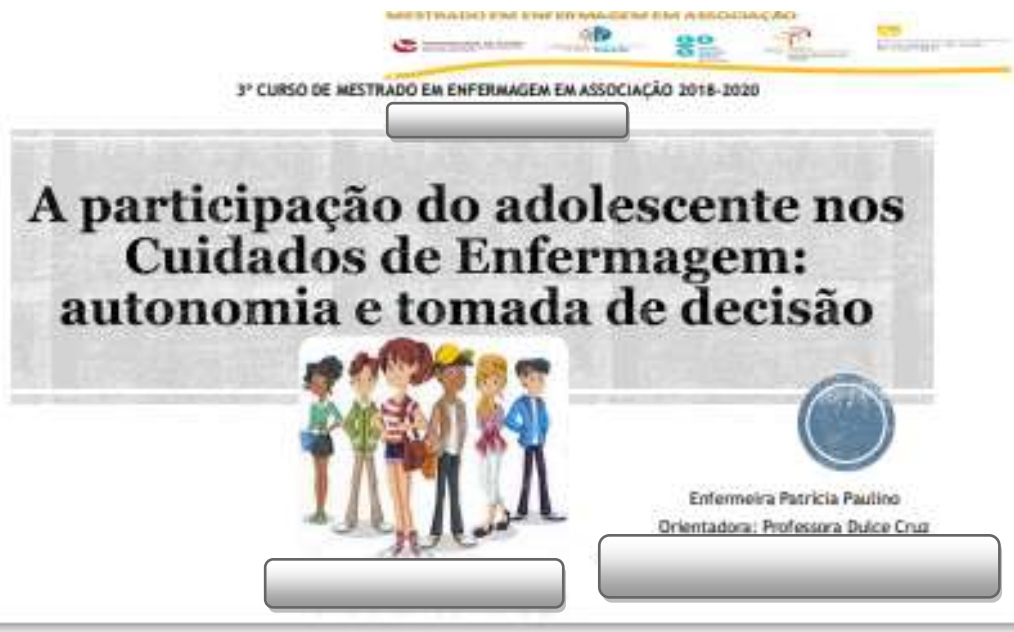
-Capacitar as equipas de enfermagem a promover a autonomia do adolescente na tomada de decisão acerca dos cuidados de enfermagem;

-Sensibilizar o adolescente para a procura da saúde junto das equipas de enfermagem.

Formadora: Enfermeira Patrícia Paulino

	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Avaliação	
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da formadora; - Apresentação do tema e dos objetivos; 	-Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> - Projetor - Computador 	-Diagnóstica	5 Min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> -Dar um breve resumo dos conceitos mais importantes na adolescência; -Abordar as competências do EEESIP no que refere ao atendimento ao adolescente; -Explicar a avaliação e entrevista ao adolescente; -Abordar a legislação em vigor; -Abordar a norma do consentimento informado livre e esclarecido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Projetor - Computador 	-Formativa	45 Min

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Sintetizar as ideias principais; - Avaliação da sessão através da aplicação de questionários de satisfação; - Disponibilizar tempo para esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Projetor - Computador - Questionário 	<ul style="list-style-type: none"> - Sumativa 	<p>15 Min</p>
------------------	--	---	--	--	---------------



Sumário:

- Adolescência, Autonomia e Tomada de Decisão
- Autonomia e Tomada de decisão
- Intervenções de Enfermagem
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas

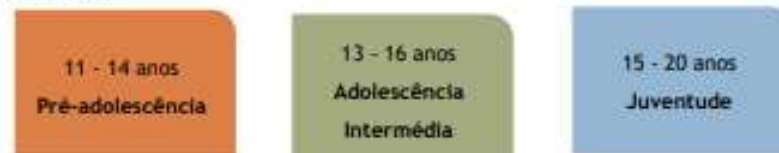




Vamos recordar conceitos...

Adolescência:

➤ Fase de transição entre a Infância e a vida adulta que acontece entre os 11-12 anos e os 18-20 anos.



(Hockenberry & Wilson, 2014)

➤ Segundo Coll, Marchesi & Palácios (2004), é uma época de moratória social, ou seja, um compasso de espera que a sociedade oferece enquanto os jovens se tornam adultos.

➤ Componentes do desenvolvimento:



Desenvolvimento Físico

➤ Puberdade:

Processo pelo qual a pessoa alcança maturidade sexual e capacidade reprodutiva.

(Papalia, Olds & Feldman, 2006)



Processo gradual, que decorre durante alguns anos e no qual o adolescente experimenta uma série de mudanças bastantes significativas.

(Coll, Marchesi & Palacios, 2004)

Desenvolvimento Físico

> Caracteres Sexuais Secundários:



Desenvolvimento
mamário



Aumento do Tamanho dos
Órgãos Genitais



Aparecimento de pêlos
públicos

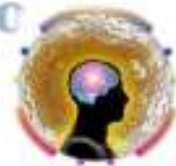


Aparecimento da Menarca



Alargamento Pélvico

Desenvolvimento Cognitivo



Alcança-se um novo e
mais complexo nível
de pensamento

- Interesse por problemas abstratos
- Facilidade para elaborar teorias

(Rizzi C., Costa 201

Desenvolvimento Personalidade:

➤ Durante a adolescência, será suposto que o sujeito:

- ⊖ Delineie a imagem que tem de si mesmo;
- ⊖ Adote compromissos de carácter ideológico e religioso;
- ⊖ Escolha uma profissão;
- ⊖ Defina uma orientação sexual;
- ⊖ Opte por um estilo de vida e de relações;
- ⊖ Assuma valores morais.



➤ Depois da adolescência a personalidade terá adquirido muita estabilidade; tal não significa que não ocorrerão mudanças durante a idade adulta.

(Coll, Marchesi & Palácios, 2004)

Desenvolvimento Psicossocial e Afetivo:

➤ A adolescência é um período de transição sujeito a crises e conflitos ao qual se associam variadas situações de risco.



(Papalia, Olds & Feldman, 2006)

Desenvolvimento Moral

A adolescência caracteriza-se por ser um período de construção de valores sociais e de interesse por problemas éticos e ideológicos.

(Sousa, 2006)



- Os adolescentes irão elaborar as suas opiniões morais com base em expectativas do seu grupo social, e as razões para seguirem estas regras sociais baseiam-se na aprovação dos demais e uma opinião favorável sobre o seu comportamento como membro de uma coletividade.

(Coll, Marchesi & Palácio, 2004)

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica:

"Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil" através da demonstração de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem; transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.

"Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estado de desenvolvimento e à cultura" demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família, bem como habilidades de adaptação de comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem;

"Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde" através da comunicação expressiva de emoções; "reforça a imagem corporal positiva, se necessário; identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis; reforça a tomada de decisão responsável; negocia contrato de saúde com o adolescente"

(Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Avaliação do Adolescente



"A Saúde do adolescente resulta da interação e influência das vivências dos primeiros anos de vida e das mudanças biológicas, psíquicas, emocionais, familiares e sociais que acompanham a puberdade"

"A adolescência é o período onde o retorno do investimento na redução de fatores de risco e a promoção de fatores protetores se traduz em ganhos efetivos em saúde"

(Pelxoto, Ferrão, Duarte & Jonas, 2012:1).



(Ordem das Enfermeiras, 2010; Carvalho, Erdmann & Santana, 2015)



(Carvalho et al., 2015; OE, 2010)

Os princípios bioéticos que regem a conduta do profissional de saúde são: a beneficência (proteção e defesa dos direitos dos outros de modo a evitar danos e situações de risco), não-maleficência (não se praticam intencionalmente ações que causem danos no utente), autonomia e justiça.



No risco de morte iminente, prevalece sempre o princípio da beneficência em relação ao da autonomia.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2015) define o Consentimento Informado livre e esclarecido como "(...) uma lógica negociada, um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa, prolongadas e num tempo útil, definido em cada caso, pela situação de saúde em apreço(...)"



O nº3 do Artigo 38º do Código Penal Português "a partir dos 14 anos, o adolescente já possui capacidade que lhe permite tomar uma decisão válida no domínio ético"

É essencial ouvir o adolescente, garantir-lhe confidencialidade e sigilo, ajudá-lo a promover a sua autoestima e consciência e aplicar o consentimento informado esclarecido e livre tendo em conta o princípio da autonomia da pessoa humana.



O artigo 84º da Deontologia Profissional em Enfermagem (2015) refere que o enfermeiro tem o dever de informar e obter consentimento para a realização das intervenções de enfermagem sendo que os utentes têm o direito de aceder à informação, realizar as suas próprias escolhas e participar de modo informado nas decisões sobre a sua saúde.



Consulta do Adolescente:

Objetivos da consulta

- Promover a saúde física, emocional, psicológica e relacional
- Prevenir a doença
- Antecipar a vigilância longitudinal
- Promover o suporte familiar
- Preparar o adulto de referência
- Promover os cuidados antropométricos
- Avaliar a dimensão biopsíquico-social
- Realizar, analisar e referenciar as situações de risco
- Promover a resiliência

Como abordar?

A vigilância longitudinal assenta na construção de um triângulo assintomático.



o profissional de saúde deve:

- Informar o adolescente e a família sobre as realidades biológicas/fisiológicas, cognitivas, emocionais, sociais e culturais da adolescência
- Promover a confiança mútua
- Facilitar a comunicação entre o adolescente e a família
- Antecipar riscos
- Dinamizar o plano "PLAN"

Triângulo Dever-Prazer-Família

Os valores de equilíbrio emocional, satisfação pessoal e autonomia, direitos e deveres são desenvolvidos através de um equilíbrio equitativo, onde todos se sentem apoiados no processo. (BORGES et al., 2014)



- **Eu Adolescente**
- Família como garante de amor, afeto, sustentação, proteção, apoio e resiliência, mas que prepara a libertação para o mundo
- Dever de crescer não só para si, mas para ser a sustentação da autonomia de crescimento para a sobrevivência e sustentabilidade da família e compensação do tempo
- Pagar pela conquista, como exemplo de liberdade, de aprender a desistir, a assumir a responsabilidade de educação, a responsabilidade e necessidade de controle

• Goldenring & Cohen descreveram, em 1985, o acrónimo *HEADS*, que foi sendo sucessivamente aumentado, para aquele que hoje em dia se utiliza a nível mundial - HEEADSSS. Assim:

- H - *home* (casa, família);
- E - *education e employment* (escola e emprego);
- E - *eating* (alimentação);
- A - *activities* (atividades desportivas e de lazer);
- D - *drugs* (consumos, adição);
- S - *sexuality* (sexualidade);
- S - *Suicide* (depressão, suicídio, humor);
- S - *Safety* (segurança, acidentes, violência)

DGS-PNSIJ,2013



Que intervenções podemos desenvolver para promover a autonomia do adolescente?



Plano da Sessão de Sensibilização-Internamento de Pediatria

Tema: Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente- Internamento de Pediatria

Data: 7 Novembro 2019

Hora: 14h00 – 15h00

Local: Internamento de Pediatria

Destinatários: Profissionais de Enfermagem do Internamento de Pediatria

Objetivo Geral:

-Promover a aquisição de conhecimentos das equipas de enfermagem acerca da autonomia e a tomada de decisão do adolescente nos cuidados de enfermagem.

Objetivos específicos:

-Sensibilizar as equipas de enfermagem para a importância do consentimento livre e esclarecido dos procedimentos de enfermagem;

-Capacitar as equipas de enfermagem a promover a autonomia do adolescente na tomada de decisão acerca dos cuidados de enfermagem;

-Sensibilizar o adolescente para a procura da saúde junto das equipas de enfermagem.

Formadora: Enfermeira Patrícia Paulino

	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Avaliação	
Introdução	- Apresentação da formadora; - Apresentação do tema e dos objetivos;	-Expositivo	- Projetor - Computador	-Diagnóstica	5 Min

<p>Desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Dar um breve resumo dos conceitos mais importantes na adolescência; -Abordar as competências do EEESIP no que refere ao atendimento ao adolescente; -Explicar a avaliação e entrevista ao adolescente; -Abordar a legislação em vigor; -Abordar a norma do consentimento informado livre e esclarecido; -Mostrar a norma realizada para atuação no serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Projetor - Computador 	<ul style="list-style-type: none"> -Formativa 	<p>45 Min</p>
-------------------------------	---	---	--	--	---------------

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Sintetizar as ideias principais; - Avaliação da sessão através da aplicação de questionários de satisfação; - Disponibilizar tempo para esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Projetor - Computador - Questionário 	<ul style="list-style-type: none"> - Sumativa 	<p>15 Min</p>
------------------	--	---	--	--	---------------



Sumário:

- Adolescência:
 - Desenvolvimento físico
 - Desenvolvimento Cognitivo
 - Desenvolvimento Moral
- A Saúde do Adolescente
- Autonomia e Consentimento Informado
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas



Vamos recordar conceitos...



Adolescência:

➤ Fase de transição entre a infância e a vida adulta que acontece entre os 11-12 anos e os 15-20 anos.



(Hockenberry & Wilson, 2014)



➤ Componentes do desenvolvimento:



(Cull, Marchesi & Palácios, 2004 & Huttenberry & Nilsen, 2014)

Desenvolvimento Físico

➤ Puberdade:

Processo pelo qual a pessoa alcança maturidade sexual e capacidade reprodutiva.

(Papalia, Olds & Feldman, 2006)



Processo gradual, que decorre durante alguns anos e no qual o adolescente experimenta uma série de mudanças bastante significativas.

(Cull, Marchesi & Palácios, 2004)

Desenvolvimento Físico

➤ Caracteres Sexuais Secundários:



Desenvolvimento
mamário



Aparecimento de pêlos
púbicos



Alargamento Pélvico



Aumento do Tamanho dos
Órgãos Genitais



Aparecimento da Menarca

Desenvolvimento Cognitivo



- Interesse por problemas abstratos
- Facilidade para elaborar teorias



(Rizzi C., Costa, 200)

Desenvolvimento Personalidade:

- Durante a adolescência, será suposto que o sujeito:
 - ⊖ Delineie a imagem que tem de si mesmo;
 - ⊖ Adote compromissos de carácter ideológico e religioso;
 - ⊖ Escolha uma profissão;
 - ⊖ Defina uma orientação sexual;
 - ⊖ Opte por um estilo de vida e de relações;
 - ⊖ Assuma valores morais.



➤ Depois da adolescência a personalidade terá adquirido muita estabilidade; tal não significa que não ocorrerão mudanças durante a idade adulta.

(Coll, Marchesi & Palacios, 2004)

Desenvolvimento Psicossocial e Afetivo:

- A adolescência é um período de transição sujeito a crises e conflitos ao qual se associam variadas situações de risco.



(Papalia, Olds & Feldman, 2006)

Desenvolvimento Moral

A adolescência caracteriza-se por ser um período de construção de valores sociais e de interesse por problemas éticos e ideológicos.

(Souta, 2006)



- Os adolescentes irão elaborar as suas opiniões morais com base em expectativas do seu grupo social, e as razões para seguirem estas regras sociais baseiam-se na aprovação dos demais e uma opinião favorável sobre o seu comportamento como membro de uma coletividade.

(Coll, Marchesi & Palácio, 2000)

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica:

"Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde"

"Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade"

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

(Ordem dos Enfermeiros, 201



O Adolescente enquanto utente....

Avaliação do Adolescente



"A Saúde do adolescente resulta da interação e influência das vivências dos primeiros anos de vida e das mudanças biológicas, psíquicas, emocionais, familiares e sociais que acompanham a puberdade"

"A adolescência é o período onde o retorno do investimento na redução de fatores de risco e a promoção de fatores protetores se traduz em ganhos efetivos em saúde"

(Peixoto, Ferrão, Duarte & Jonas, 2012:1).

- ✓ Mostrar disponibilidade, compreensão e cordialidade;
- ✓ Assegurar a privacidade e confidencialidade;
- ✓ Conhecer as expectativas do adolescente face às respostas que procura;
- ✓ Dirigir as questões diretamente ao adolescente, mesmo quando está acompanhado pelos pais;

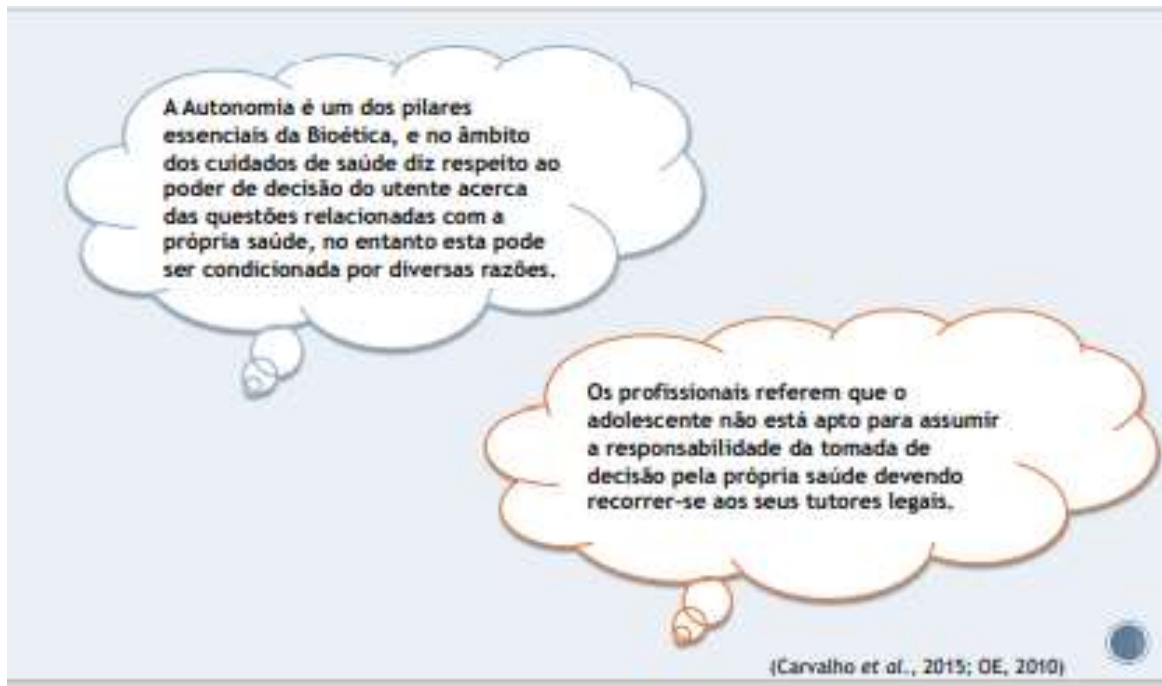
Na entrevista/acolhimento ao adolescente o enfermeiro deve:

- ✓ Evitar julgamentos de valor e não induzir as respostas;
- ✓ Evitar silêncios prolongados ou interrupções durante a entrevista;
- ✓ Reforçar competências, comportamentos positivos e autoestima;
- ✓ Observar e captar a linguagem não-verbal do adolescente e;
- ✓ Atuar como mediador entre o mesmo e aos pais.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)



(Ordem dos Enfermeiros, 2010; Carvalho, Erdmann & Santana, 2015)



A Autonomia é um dos pilares essenciais da Bioética, e no âmbito dos cuidados de saúde diz respeito ao poder de decisão do utente acerca das questões relacionadas com a própria saúde, no entanto esta pode ser condicionada por diversas razões.

Os profissionais referem que o adolescente não está apto para assumir a responsabilidade da tomada de decisão pela própria saúde devendo recorrer-se aos seus tutores legais.

(Carvalho et al., 2015; OE, 2010)



O nº3 do Artigo 38º do Código Penal Português "a partir dos 16 anos, o adolescente já possui capacidade que lhe permite tomar uma decisão válida no domínio ético"

É essencial ouvir o adolescente, garantir-lhe confidencialidade e sigilo, ajudá-lo a promover a sua autoestima e consciência e aplicar o consentimento informado esclarecido e livre tendo em conta o princípio da **Autonomia** da pessoa humana.



O artigo 84º da Deontologia Profissional em Enfermagem (2015) refere que o enfermeiro tem o dever de informar e obter consentimento para a realização das intervenções de enfermagem sendo que os utentes têm o direito de aceder à informação, realizar as suas próprias escolhas e participar de modo informado nas decisões sobre a sua saúde.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2015) define o Consentimento Informado livre e esclarecido como "(...) uma lógica negociada, um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa, prolongados e num tempo útil, definido em cada caso, pela situação de saúde em apreço(...)".



Quem pode consentir?

- A regra geral é que todas as pessoas com 16 ou mais anos de idade são capazes de consentir.
- -Nos menores de 16 anos e nas pessoas sem o discernimento necessário para avaliar o seu sentido, o representante legal assumirá esta responsabilidade;
- -Nas pessoas com dificuldades em se manifestar, não declarados incapazes pelas autoridades judiciais, a opinião dos familiares e cuidadores deve ser integrada no processo, no entanto a vontade que prevalece é a do doente;
- -Quando existe, o tutor legalmente instituído;
- -É reconhecida a capacidade para consentir aos menores com mais de 14 anos e capacidade de entendimento, internados em unidades de saúde mental;
- -Nas pessoas com deficiência auditiva ou visual serão providenciados os meios de comunicação adaptados (linguagem gestual ou braille);
- -Quando a pessoa não sabe ou não pode assinar por impossibilidade física, pode recorrer à assinatura a rogo, após ser informada e ter lido/escutado o consentimento informado

Consentimento Informado ao Adolescente para Actos de Enfermagem

1. Objetivo

7. Definir para os jovens estudantes a natureza e natureza dos serviços prestados e natureza da responsabilidade profissional a ser assumida.

1.1. Objetivos específicos

- Identificar e explicar de forma clara os pontos de consentimento informado e sua importância.
- Apresentar e explicar de forma clara e objetiva os procedimentos de enfermagem.
- Facilitar a compreensão do processo de decisão e papel do profissional de enfermagem.
- Garantir a realização dos procedimentos de enfermagem.

2. Campo de aplicação

O presente documento aplica-se a todos os atos de enfermagem realizados em Unidades de Saúde e Laboratório (Unidades de Saúde).

3. Sigla, abreviação e referência

ODD - Oito Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

ODS - Oito Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

ODS - Oito Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

1.1. Objetivos específicos

7. Definir para os jovens estudantes a natureza e natureza dos serviços prestados e natureza da responsabilidade profissional a ser assumida.

1.1. Objetivos específicos

- Identificar e explicar de forma clara os pontos de consentimento informado e sua importância.
- Apresentar e explicar de forma clara e objetiva os procedimentos de enfermagem.
- Facilitar a compreensão do processo de decisão e papel do profissional de enfermagem.
- Garantir a realização dos procedimentos de enfermagem.

2. Campo de aplicação

O presente documento aplica-se a todos os atos de enfermagem realizados em Unidades de Saúde e Laboratório (Unidades de Saúde).

3. Sigla, abreviação e referência

ODD - Oito Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

ODS - Oito Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

ODS - Oito Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

Considerações Finais:

As intervenções de enfermagem com o adolescente são de extrema importância uma vez que os profissionais são os responsáveis pela promoção da autonomia do adolescente e por incentivar o mesmo a participar e a tomar decisões acerca da sua saúde, mesmo que este necessite do consentimento dos pais para tal facto, nunca esquecendo a parte ética relacionada com todo este processo.

Cabe aos profissionais de saúde a atualização permanente dos conhecimentos, para que seja possível atingir a excelência na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo desta forma para uma maior motivação e satisfação profissional e pessoal (OE, 2010).

Referências Bibliográficas:

- Almeida, R.; Lins, L. & Rocha, M. (2015). Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. *Revista Bioética*, 23(2):220-30. Acessado em 09 de Maio de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-8042015020001>
- Carvalho, J.; Erdmann, A.; Santana, M. (2015). A dependência do outro na construção da autonomia do adolescente para o autocuidado. *Cienc. Cuid. Saúde* 14(1):910-916. DOI: 10.4025/ciencucsaude.v14i1.16419
- Coll, C., Marchesi, Á., & Palacios, J. (2004). *Desenvolvimento Psicológico e Educação* (2ª ed.). Volume 1. Artmed Editora
- Comissão Regional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da ARSCentro (s/d). *Consulta dos 12-13 anos- Um guia prático para consulta*
- Direção Geral de Saúde (2015). *Circular Normativa nº15/2015: Consentimento informado, esclarecido e Livre dado por Escrito*. Acessado em 10 de Maio de 2019 em: <https://www.dgs.gov.pt/pagina-de-informacao-saude/bo-para-consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Lousas: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadoras e boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE. Série I, 1(3). Acessado a 30 de Abril de 2019. Disponível em: <https://www.odemerm.pt/media/9321/guia-orientadora-boas-praticas-em-enfermagem-saude-infantil-pediatria.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional em Enfermagem*. Acessado a 09 de Maio de 2019. Disponível em: https://www.odemerm.pt/media/8557/tema1-deontologia_2015.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Regulamento nº422/2018. In *Diário da República*, 2.ª série, nº133-12 de Julho de 2018. Acessado a 22 de Abril de 2019 em: <http://www.dgs.gov.pt/media/9193/1818.pdf>



Apêndice 6- Cartaz Informativo-UCSP

Se és Adolescente procura a tua saúde!

Já tens **autonomia** para procurar a ajuda do o(a) Enfermeiro(a)!

Tens poder de decidir sobre a tua saúde, após receberes a informação adequada!



O(a) Enfermeiro(a) tem que te garantir:

- Confidencialidade e Sigilo (tudo o que falarem fica entre vós!);
- Deves ser ouvido(a) individualmente, mesmo que vás acompanhado(a) pelos teus pais;
- Respeito pelas tuas decisões e opiniões;
- Ajudar-te a encontrar a solução adequada à situação que procuras;
- Informar-te e explicar tudo o que está ou vai acontecer durante a consulta ou intervenção de enfermagem.



**PROCURA A TUA SAÚDE JUNTO DO(A) ENFERMEIRO(A),
ELE VAI AJUDAR-TE!**

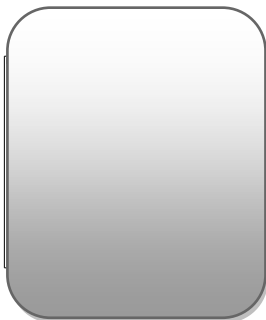


Trabalho Elaborado por:

Enfermeira Fátima Paula, aluna do Mestrado em Enfermagem em Associação, ramo de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Politécnico de Porto Alegre - Escola Superior de Saúde, nº19338

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Apêndice 7- Norma de Consentimento Informado realizado no
Internamento de Pediatria**

	<i>Consentimento Informado ao Adolescente para Atos de Enfermagem no Serviço de Pediatria</i>	Data de entrada em vigor:	07/11/2019
		Versão 01	07/11/2019
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	PS.YYYY .00/ /XXX.00

1. Objetivo

O objetivo geral do presente documento é assegurar a qualidade dos cuidados prestados ao adolescente respeitando e promovendo a sua autonomia.

1.1-Objetivos específicos:

- Informar a equipe de enfermagem acerca da política de consentimento informado e sua importância;
- Implementar a utilização do consentimento informado antes das intervenções/procedimentos de enfermagem;
- Facilitar a compreensão da informação dada ao adolescente e integrá-lo nos cuidados prestados;
- Garantir a eficiência e eficácia dos cuidados prestados.

2. Campo de aplicação

O presente documento aplica-se a toda a equipe de enfermagem dos Serviço de Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica 

3. Siglas, abreviaturas e definições



4. Referências

1-Almeida. R.; Lins, L. & Rocha, M. (2015). Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. Revista Bioética, 23(2):320-30.

- 2-Carvalho, J.; Erdmann, A.; Santana, M. (2015). A dependência do outro na construção da autonomia do adolescente para o autocuidado
- 3-Coll, C., Marchesi, Á., & Palácios, J. (2004). Desenvolvimento Psicológico e Educação (2ª ed.). Volume 1. Artmed Editora
- 4-Diário da República. Código Penal Português no Decreto de Lei nº48/95, Artigo 38º
- 5-Direção Geral da Saúde (2015). Circular Normativa nº15/2013:Consentimento Informado, esclarecido e Livre dado por Escrito.
- 6-Lopes, C.; Relvas, M. & Malheiro, F. (2018). Consentimento Informado. http://metis.med.up.pt/index.php/Consentimento_informado
- 7-Ordem dos Enfermeiros (2007). Enunciado de Posição 02/07: Consentimento Informado para intervenções de Enfermagem.
- 8-Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional em Enfermagem.
- 9-Vale, M.; Oliveira, G. (2011). Consentimento Informado em Menores.

5. Responsabilidades

Ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Pediatria compete a divulgação deste procedimento e à equipa de Saúde compete a sua implementação.

6. Procedimento

A Adolescência corresponde ao período dos 10-17 anos e 364 dias de idade, sendo um conceito que tem vindo a sofrer alterações ao longo da história suscitando interesse de diversas áreas de estudo como por exemplo a Medicina, Antropologia, Psicologia, História, entre outras ⁽³⁾.

A saúde do adolescente tem sido cada vez mais trabalhada nos cuidados de saúde uma vez que a adolescência é caracterizada por um período de inúmeras transformações onde existem processos psicobiológicos e sociais interligados. O desenvolvimento físico, intelectual, cognitivo e moral, sofrem inúmeras alterações e o que o adolescente mais deseja é assumir o controlo das suas decisões, definir metas, ter sentimentos de competência sendo a autonomia a habilidade principal para conduzir a sua vida ^(2,9).

A Autonomia é um dos pilares essenciais da Bioética, e no âmbito dos cuidados de saúde diz respeito ao poder de decisão do utente acerca das questões relacionadas com a própria saúde, no entanto esta pode ser condicionada por diversas razões ⁽¹⁾.

Segundo Código Penal Português no Decreto de Lei nº48/95, Artigo 38º um “*menor com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico ou terapêutico que lhe é proposto, pode consentir ou dissentir independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia*” ⁽⁴⁾

A DGS define o consentimento informado livre e esclarecido como “(...) *uma lógica*

negocial, um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa, prolongados e num tempo útil, definido em cada caso, pela situação de saúde em apreço(...)"⁽⁵⁾.

O enfermeiro tem o dever de informar e obter consentimento para a realização das intervenções de enfermagem sendo que os utentes têm o direito de aceder à informação, realizar as suas próprias escolhas e participar de modo informado nas decisões sobre a sua saúde, assim destaca-se que no Consentimento Informado para as intervenções de Enfermagem o profissional deve:

- Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter^(7,8).

O consentimento é um processo contínuo que pode ser revogado a qualquer momento, dependendo da vontade expressa e da forma como pode variar ao longo do tempo, e renovado sempre que novos dados de diagnóstico, prognóstico ou terapêutica sejam atualizados. Tem carácter obrigatório para os profissionais antes da realização das intervenções/procedimentos.

Na forma escrita é sempre feito em duplicado para que cada um possa guardar a informação respetiva⁽⁶⁾.

Quem pode consentir?

A regra geral é que **todas as pessoas com 16 ou mais anos** de idade são capazes de consentir.

- Nos **menores de 16 anos** e nas **pessoas sem o discernimento** necessário para avaliar o seu sentido, o representante legal assumirá esta responsabilidade;
- Nas **pessoas com dificuldades** em se manifestar, não declarados incapazes pelas autoridades judiciais, a opinião dos familiares e cuidadores deve ser integrada no processo, no entanto a vontade que prevalece é a do doente;
- Quando existe, o **tutor legalmente instituído**;
- É reconhecida a capacidade para consentir aos **menores com mais de 14 anos** e capacidade de entendimento, internados em unidades de saúde mental;
- Nas **pessoas com deficiência** auditiva ou visual serão providenciados os meios de comunicação adaptados (linguagem gestual ou braille);
- Quando a **pessoa não sabe ou não pode assinar** por impossibilidade física, pode recorrer a assinatura a rogo, após ser informada e ter lido/escutado o consentimento informado⁽⁶⁾.

Existem procedimentos onde não é necessário consentimento informado por escrito, pois o oral e registado posteriormente em processo é o suficiente (ex: punção venosa, medir a pressão arterial, entre outros). Mesmo sem formulário escrito, deve garantir-se que o adolescente tem opção de aceitar ou recusar a manipulação a que vai ser sujeito, no respeito pela sua livre autonomia, numa atitude responsável e de responsabilização⁽⁶⁾.

Circunstâncias em que é obrigatório o **consentimento escrito**:

- Interrupção voluntária da gravidez;
- Realização de técnicas invasivas em grávidas;
- Esterilização voluntária;
- Procriação medicamente assistida;
- Colocação de dispositivos anticoncepcionais subcutâneos e intrauterinos;
- Administração de gamaglobulina anti-D;
- Eletroconvulsivoterapia e intervenção psicocirúrgica;
- Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana;
- Testes genéticos identificados no número 2 do artigo 9 da Lei n.º12/2005;
- Dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana;
- Administração de sangue e seus derivados;
- Colheita e transplante de órgãos de dador vivo;
- Doação de sangue;
- Bancos de ADN e de outros produtos biológicos;
- Investigação sobre genoma;
- Videovigilância de doentes;
- Investigação em pessoas;
- Realização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos, com exceção das intervenções simples de curta duração com anestesia local;
- Realização de atos diagnósticos ou terapêuticos invasivos major;
- Gravação de pessoas em fotografia ou suporte áudio ou audiovisual;
- Uso offlabel de medicamentos de dispensa hospitalar;
- Colheita, estudo analítico, processamento e criopreservação de sangue e tecido do cordão umbilical e placenta;
- Rastreio do cancro do colo do útero ⁽⁶⁾.

Recusa do consentimento informado:

Salvo disposição legal em contrário, o adolescente tem o direito de recusar a intervenção/procedimento que lhe é proposta. A recusa deve ser reconhecida como uma manifestação de autonomia, desde que livre e esclarecida, devendo ser sempre respeitada. O profissional de saúde deve assegurar-se que o mesmo recebeu e compreendeu toda a informação fornecida e que recusou em consciência ^(6,9).

Exceções ao dever de informar:

O Privilégio terapêutico: O profissional de saúde pode não informar o doente, caso ache que essa informação irá colocar em risco a vida da pessoa ou causar-lhe dano grave. É uma situação de exceção a que se recorre sobretudo em alguns problemas de saúde mental.

O Direito a não saber: O doente tem o direito de recusar ser informado ⁽⁶⁾.

6.1- Compete ao enfermeiro:

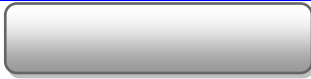
- Realizar o acolhimento ao adolescente e pais/pessoa significativa;
- Assegurar a privacidade e sigilo ao adolescente;
- Prestar informação com linguagem adequada ao adolescente e pais, de forma a tomar uma melhor decisão;
- Promover o consentimento informado, por escrito ou oralmente com posterior registo no processo;
- Informar que o consentimento é revogável em qualquer altura;
- Registar ou anexar o consentimento dado pelo adolescente no processo clínico;
- Registar a recusa da intervenção, caso se verifique.

7. Anexos

- Modelo representativo de consentimento informado ao adolescente.

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

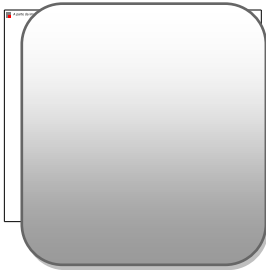
Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01	07/11/2019		Versão original	 Enfermeira Patrícia Paulino (Aluna do Mestrado em Associação, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica)

A rever por:		Data da próxima revisão:
--------------	--	--------------------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	<p>- De acordo com a Estrutura hierárquica/organizacional do Serviço/Unidade Funcional</p> <p>Nas Descrições de Funções deve estar de acordo com o ponto 4. "Dependência Hierárquica e Funcional"</p> <p>- Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)</p>	Data:
Ratificado por:	Conselho de Administração/Diretor do Serviço/Unidade Funcional Autônoma	Data:

	<p><i>[Consentimento Informado ao Adolescente para Atos de Enfermagem no Serviço de Pediatria]</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/11/2019
		Versão 01	07/11/2019
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	PS.YYYY .00/ /XXX.00

Exemplo de Consentimento Informado ao Adolescente:

Ao Adolescente/Representante legal/ Pais:

Leia com atenção todo o conteúdo do documento, se não ficar esclarecido não evite em solicitar informações. Se entender que está tudo em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, assine este documento:

Declaro ter compreendido os objetivos da intervenção/procedimento que me foi proposto, foi-me dada a oportunidade de questionar sobre o assunto e obtive respostas esclarecedoras, garantindo-me que não há prejuízo para os meus direitos assistenciais se recusar a solicitação, e ter-me sido dado tempo para refletir sobre o que me foi proposto.

Autorizo o ato indicado, bem como as intervenções/procedimentos ao mesmo associada(o)s que sejam necessários no meu interesse e justificados por razões fundamentadas.

_____ (localidade), __/__/____

Nome: _____

Assinatura: _____

Se for o representante legal/Pais a assinar:


Nome: _____

BI/CC: _____ Data de validade: __/__/____

Morada: _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Apêndice 8- Norma de atuação no Serviço de Urgência Pediátrica

	Consentimento Informado ao Adolescente - Norma/Protocolo de atuação	Versão: 01	A rever: Janeiro 2021
---	---	------------	-----------------------

OBJETIVOS:

- Assegurar a qualidade dos cuidados prestados ao adolescente respeitando e promovendo a sua autonomia;
- Informar a equipa de enfermagem acerca da política de consentimento informado e sua importância;
- Implementar a utilização do consentimento informado antes das intervenções/procedimentos de enfermagem;
- Facilitar a compreensão da informação dada ao adolescente e integrá-lo nos cuidados prestados;
- Garantir a eficiência e eficácia dos cuidados prestados.

DESTINATARIOS:

- Equipa Enfermagem

DIPLOMAS LEGAIS QUE SUPORTAM O PROCEDIMENTO:

- 1-Almeida, R.; Lins, L. & Rocha, M. (2015). Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. Revista Bioética, 23 (2):320-30.
- 2-Carvalho, J.; Erdmann, A.; Santana, M. (2015). A dependência do outro na construção da autonomia do adolescente para o autocuidado
- 3-Coll, C., Marchesi, A., & Palácios, J. (2004). Desenvolvimento Psicológico e Educação (2ª ed.). Volume 1. Artmed Editora
- 4-Diário da República. Código Penal Português no Decreto de Lei nº48/95, Artigo 38º
- 5-Direção Geral da Saúde (2015). Circular Normativa nº15/2013:Consentimento Informado, esclarecido e Livre dado por Escrito.
- 6-Lopes, C.; Relvas, M. & Malheiro, F. (2018). Consentimento Informado. [Http://metis.med.up.pt/index.php/Consentimento_informado](http://metis.med.up.pt/index.php/Consentimento_informado)


	Data Janeiro 2020	Data	Pág. 1/6
---	-------------------	------	----------

	Consentimento Informado ao Adolescente - Norma/Protocolo de atuação	Versão: 01	A rever: Janeiro 2021
--	---	------------	-----------------------

<p>7-Ordem dos Enfermeiros (2007). Enunciado de Posição 02/07: Consentimento Informado para intervenções de Enfermagem.</p> <p>8-Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional em Enfermagem.</p> <p>9-Vale, M.; Oliveira, G. (2011). Consentimento Informado em Menores.</p>
--

<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <p>A Adolescência corresponde ao período dos 10-17 anos e 364 dias de idade, se conceito que tem vindo a sofrer alterações ao longo da história suscitando interesse de áreas de estudo como por exemplo a Medicina, Antropologia, Psicologia, História, entre ⁽³⁾.</p> <p>A saúde do adolescente tem sido cada vez mais trabalhada nos cuidados de saúde, vez que a adolescência é caracterizada por um período de inúmeras transformações, existem processos psicobiológicos e sociais interligados. O desenvolvimento físico, intelectual, cognitivo e moral, sofrem inúmeras alterações e o que o adolescente mais deseja é assumir o controlo das suas decisões, definir metas, ter sentimentos de competência sendo a auto-habilidade principal para conduzir a sua vida ^(2,9).</p> <p>A Autonomia é um dos pilares essenciais da Bioética, e no âmbito dos cuidados de saúde diz respeito ao poder de decisão do utente acerca das questões relacionadas com a própria saúde, no entanto esta pode ser condicionada por diversas razões ⁽¹⁾.</p> <p>Segundo Código Penal Português no Decreto de Lei nº48/95, Artigo 38º um "menor com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico ou terapêutico que lhe é proposto, pode consentir ou dissentir independentemente das suas características culturais, sociais e grau de</p>

	Data Janeiro 2020		Data	Pág. 2/6
--	-------------------	--	------	----------

	Consentimento Informado ao Adolescente - Norma/Protocolo de atuação	Versão: 01	A rever: Janeiro 2021

literacia⁽¹⁴⁾

A DGS define o consentimento informado livre e esclarecido como “(...) *uma lógica negocial, um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa, prolongados e num tempo útil, definido em cada caso, pela situação de saúde em apreço*(...)”⁽¹⁵⁾.

O enfermeiro tem o dever de informar e obter consentimento para a realização das intervenções de enfermagem sendo que os utentes têm o direito de aceder à informação, realizar as suas próprias escolhas e participar de modo informado nas decisões sobre a sua saúde, assim destaca-se que no Consentimento Informado para as intervenções de Enfermagem o profissional deve:

- Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter^(17,18).

O consentimento é um processo contínuo que pode ser revogado a qualquer momento, dependendo da vontade expressa e da forma como pode variar ao longo do tempo, e renovado sempre que novos dados de diagnóstico, prognóstico ou terapêutica sejam atualizados. Tem carácter obrigatório para os profissionais antes da realização das intervenções/procedimentos.


Na forma escrita é sempre feito em duplicado para que cada um possa guardar a informação respetiva⁽¹⁶⁾.

Quem pode consentir?

A regra geral é que **todas as pessoas com 16 ou mais anos** de idade são capazes de consentir.


- Nos **menores de 16 anos** e nas **pessoas sem o discernimento** necessário para avaliar o seu sentido, o representante legal assumirá esta responsabilidade;
- Nas **pessoas com dificuldades** em se manifestar, não declarados incapazes pelas

	Data Janeiro 2020		Data	Pág. 3/6

	Consentimento informado ao Adolescente - Norma/Protocolo de atuação	Versão: 01	A rever: Janeiro 2021
---	---	------------	-----------------------

<p>autoridades judiciais, a opinião dos familiares e cuidadores deve ser integrada no processo, no entanto a vontade que prevalece é a do doente;</p> <p>-Quando existe, o tutor legalmente instituído;</p> <p>-E reconhecida a capacidade para consentir aos menores com mais de 14 anos e capacidade de entendimento, internados em unidades de saúde mental;</p> <p>-Nas pessoas com deficiência auditiva ou visual serão providenciados os meios de comunicação adaptados (linguagem gestual ou braille);</p> <p>-Quando a pessoa não sabe ou não pode assinar por impossibilidade física, pode recorrer a assinatura a rogo, após ser informada e ter lido/escutado o consentimento informado ⁽⁶⁾.</p> <p>Existem procedimentos onde não é necessário consentimento informado por escrito, pois o oral e registado posteriormente em processo é o suficiente (ex: punção venosa, medir a pressão arterial, entre outros). Mesmo sem formulário escrito, deve garantir-se que o adolescente tem opção de aceitar ou recusar a manipulação a que vai ser sujeito, no respeito pela sua livre autonomia, numa atitude responsável e de responsabilização ⁽⁶⁾.</p> <p>Circunstâncias em que é obrigatório o consentimento escrito:</p> <p>-Administração de gamaglobulina anti;</p> <p>-Administração de sangue e seus derivados;</p> <p>-Realização de atos diagnósticos ou terapêuticos invasivos maiores (Cateter Venoso Central; Punção lombar; Drenagem torácica; Punção Intraóssea; Drenagens de abscessos; Administração de Kalinox®;</p> <p>-Gravação de pessoas em fotografia ou suporte áudio ou audiovisual;</p> <p>-Colheita, estudo analítico, processamento e criopreservação de sangue e tecido do cordão umbilical e placenta;</p>

	Data Janeiro 2020		Data	Pág. 4/6
---	-------------------	--	------	----------

	Consentimento Informado ao Adolescente - Norma/Protocolo de atuação	Versão: 01	A rever: Janeiro 2021
---	---	------------	-----------------------

Recusa do consentimento informado:

Salvo disposição legal em contrário, o adolescente tem o direito de recusar a intervenção/procedimento que lhe é proposta. A recusa deve ser reconhecida como uma manifestação de autonomia, desde que livre e esclarecida, devendo ser sempre respeitada. O profissional de saúde deve assegurar-se que o mesmo recebeu e compreendeu toda a informação fornecida e que recusou em consciência ^(6,9).

Exceções ao dever de informar:


O Privilégio terapêutico: O profissional de saúde pode não informar o doente, caso ache que essa informação irá colocar em risco a vida da pessoa ou causar-lhe dano grave. É uma situação de exceção a que se recorre sobretudo em alguns problemas de saúde mental.

O Direito a não saber: O doente tem o direito de recusar ser informado ⁽⁶⁾.

Compete ao enfermeiro:

- Realizar o acolhimento ao adolescente e pais/pessoa significativa;
- Assegurar a privacidade e sigilo ao adolescente;
- Prestar informação com linguagem adequada ao adolescente e pais, de forma a tomar uma melhor decisão;
- Promover o consentimento informado, por escrito ou oralmente com posterior registo no processo;
- Informar que o consentimento é revogável em qualquer altura;
- Registar ou anexar o consentimento dado pelo adolescente no processo clínico;
- Registar a recusa da intervenção, caso se verifique.

	Data Janeiro 2020		Data	Pág. 5/6
---	-------------------------	--	------	-------------

	Consentimento Informado ao Adolescente - Norma/Protocolo de atuação	Versão: 01	A rever: Janeiro 2021
---	---	------------	-----------------------

Anexo I-Modelo de Consentimento Informado ao Adolescente

Exemplo de Consentimento Informado ao Adolescente:

Ao Adolescente/Representante legal/ Pais:

Leia com atenção todo o conteúdo do documento, se não ficar esclarecido não evite em solicitar informações. Se entender que está tudo em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, assine este documento:

Declaro ter compreendido os objetivos da intervenção/procedimento que me foi proposto, foi-me dada a oportunidade de questionar sobre o assunto e obtive respostas esclarecedoras, garantindo-me que não há prejuízo para os meus direitos assistenciais se recusar a solicitação, e ter-me sido dado tempo para refletir sobre o que me foi proposto.

Autorizo o ato indicado, bem como as intervenções/procedimentos ao mesmo associada(o) s que sejam necessários no meu interesse e justificados por razões fundamentadas.

_____ (localidade), ___/___/___

Nome: _____

Assinatura: _____

Se for o representante legal/Pais a assinar:

Nome: _____

BI/CC: _____ Data de validade: ___/___/___

Morada: _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

	Data Janeiro 2020		Data	Pág. 6/6
---	-------------------	--	------	----------

Apêndice 9- Cartaz elaborado para o Serviço de Urgência Pediátrica

Se és Adolescente podes ter opinião sobre a tua saúde!

Já tens **autonomia** para procurar a ajuda do
o(a) Enfermeiro(a)!

Tens **poder de decidir** sobre a tua saúde,
após receberes a informação adequada!

Tens **direito ao consentimento informado**
nas intervenções que vais realizar!



O(a) Enfermeiro(a) tem que te garantir:

- Confidencialidade e Sigilo (tudo o que falarem fica entre vós!);
- Deves ser ouvido(a) individualmente, mesmo que vás acompanhado(a) pelos teus pais;
- Respeito pelas tuas decisões e opiniões;
- Ajudar-te a encontrar a solução adequada à situação que procuras;
- Informar-te e explicar tudo o que está ou vai acontecer durante a consulta ou intervenção de enfermagem.



**PROCURA AS RESPOSTAS QUE PRECISAS ACERCA DA SAÚDE
JUNTO DO(A) ENFERMEIRO(A), ELE VAI AJUDAR-TE!**



Trabalho Elaborado por:
Enfermeira Patrícia Pires, chefe do Serviço de Enfermagem em Associação, com a especialização em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Politécnico de Portugal -
Escola Superior de Saúde, nº19228

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem de
Enfermeira Chefe e especialista em Enfermagem

Apêndice 10- Resumo do Artigo Científico

O Adolescente e o Consentimento Informado: a visão de três equipas de enfermagem da área pediátrica

Patrícia Paulino¹, Dulce Cruz²

¹Enfermeira no Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo, Évora. Mestranda em Enfermagem com Especialização na área de Saúde Infantil e Pediátrica

²Professora Adjunta na Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

Resumo:

Objetivo: Conhecer a perceção dos enfermeiros acerca da autonomia e tomada de decisão do adolescente

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal e exploratório que teve como participantes 31 enfermeiros de três equipas diferentes da área pediátrica de dois hospitais (Equipa A e B dos Internamentos de Pediatria e Equipa C da Urgência Pediátrica). O presente estudo realizou-se entre Novembro de 2019 e Janeiro de 2020 e foi utilizado um questionário semiestruturado como instrumento de recolha de dados.

Resultados/Discussão: Obtiveram-se 31 respostas e na análise destas observaram-se lacunas no conhecimento dos enfermeiros sobre o consentimento informado dirigido ao adolescente, desconhece-se as normas e leis em vigor.

Conclusão: Considera-se assim que é necessário investir na formação aos profissionais de enfermagem acerca desta temática para que possam estar preparados para os desafios que a adolescência requer e dar resposta às necessidades dos mesmos, informando-os corretamente acerca dos procedimentos/intervenções, obtendo e explicando o que é o consentimento informado.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Adolescente; Consentimento Informado

**Apêndice 11- Questão colocado antes e após a Sessão de Sensibilização
no Estágio I**

Nome do Formando (facultativo): _____

Data de realização: _____ **Serviço:** _____

ANTES DE ASSISTIR A ESTA SESSÃO O QUE PENSA SOBRE A AUTONOMIA DO ADOLESCENTE?

APÓS ASSISTIR A ESTA SESSÃO O QUE PENSA SOBRE A AUTONOMIA DO ADOLESCENTE?

**Apêndice 12- Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação das
Sessões de Sensibilização**

Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação da Sessão Formativa

Nome do Formando (facultativo): _____

Data de realização: _____ Serviço: _____

Para cada item preencha o quadro de acordo com as seguintes indicações:

1- Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

A- CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS

1. Organização da ação de formação.	
2. Conteúdos apresentados.	
3. Interesse/utilidade dos conteúdos para o quotidiano.	
4. Adequação dos métodos utilizados.	
5. Equilíbrio entre a exposição teórico-prática.	
6. Duração da ação de formação.	

B – FORMADORA

	Patrícia Paulino
7. Domínio e Clareza na exposição do tema.	
8. Incentivo à participação dos/as formandos/as nas sessões.	
9. Relacionamento com a formandos/a.	
10. Capacidade de estimular para os conteúdos apresentados.	
11. Documentação e bibliografia apresentada suficiente e adequada.	

12. Pontualidade/ cumprimento do horário das sessões.	
---	--

C – ORGANIZAÇÃO

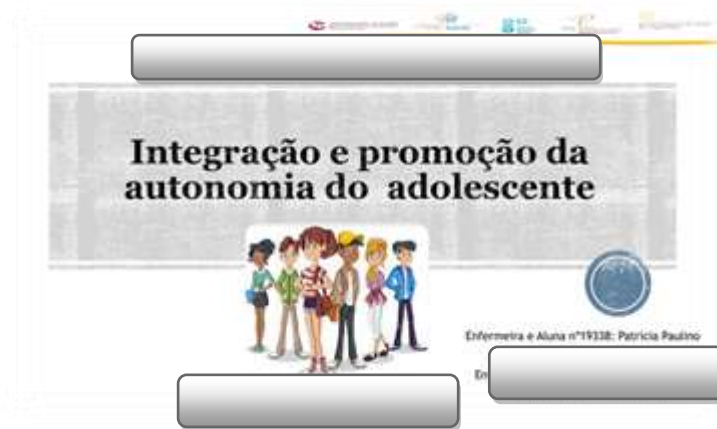
13. Qualidade e adaptação das instalações e equipamentos.	
14. Condições físicas (salas, material, instalações...).	
15. Horário da sessão.	

D – AVALIAÇÃO GLOBAL DE FORMAÇÃO

16. Realização dos objetivos propostos.	
17. Aquisição de novos conhecimentos.	
18. O nível da temática tratada foi adequado.	

E – CRÍTICAS/SUGESTÕES/COMENTÁRIOS

Apêndice 13- Guia Informativo elaborado para a UCINPED



Sumário:

- Adolescência:
 - Desenvolvimento físico
 - Desenvolvimento Cognitivo
 - Desenvolvimento Moral
- A Saúde do Adolescente
 - Gravidez na Adolescência
 - Pais Adolescentes
- Autonomia e Consentimento Informado
 - Política de Consentimento Informado do HGD
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas

Vamos recordar conceitos...



Adolescência:

➤ Fase de transição entre a infância e a vida adulta que acontece entre os 11-12 anos e os 18-20 anos.

11 - 14 anos
Pré-adolescência

13 - 16 anos
Adolescência
Intermédia

15 - 20 anos
Juventude

(Hockenberry & Wilson, 2014)

➤ Componentes do desenvolvimento:



Desenvolvimento Físico

➤ Puberdade:

Processo pelo qual a pessoa alcança maturidade sexual e capacidade reprodutiva.

(Papalia, Olds & Feldman, 2006)



Processo gradual, que decorre durante alguns anos e no qual o adolescente experimenta uma série de mudanças bastantes significativas.

(Coll, Marchesi & Palacios, 2004)

Desenvolvimento Físico

➤ Caracteres Sexuais Secundários:



Desenvolvimento
mamário



Aumento do Tamanho dos
Órgãos Genitais



Aparecimento de pêlos
púbicos



Aparecimento da Menarca

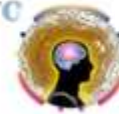


Alargamento Pélvico

Desenvolvimento Cognitivo



- Interesse por problemas abstratos
- Facilidade para elaborar teorias



(Holt, C., 2008)

Desenvolvimento Personalidade:

➤ Durante a adolescência, será suposto que o adolescente:

- ⊖ Delineie a imagem que tem de si mesmo;
- ⊖ Adote compromissos de carácter ideológico e religioso;
- ⊖ Escolha uma profissão;
- ⊖ Defina uma orientação sexual;
- ⊖ Opte por um estilo de vida e de relações;
- ⊖ Assuma valores morais.



➤ Depois da adolescência a personalidade terá adquirido muita estabilidade; tal não significa que não ocorrerão mudanças durante a idade adulta.

(Coll, Marshall & Palmer, 2004)

Desenvolvimento Psicossocial e Afetivo:

> A adolescência é um período de transição sujeito a crises e conflitos ao qual se associam variadas situações de risco.



Desenvolvimento Moral

A adolescência caracteriza-se por ser um período de construção de valores sociais e de interesse por problemas éticos e ideológicos.

(Sousa, 2006)



> Os adolescentes irão elaborar as suas opiniões morais com base em expectativas do seu grupo social, e as razões para seguirem estas regras sociais baseiam-se na aprovação dos demais e uma opinião favorável sobre o seu comportamento como membro de uma coletividade.


A Saúde do Adolescente



"A Saúde do adolescente resulta da interação e influência das vivências dos primeiros anos de vida e das mudanças biológicas, psíquicas, emocionais, familiares e sociais que acompanham a puberdade"

"A adolescência é o período onde o retorno do investimento na redução de fatores de risco e a promoção de fatores protetores se traduz em ganhos efetivos em saúde"

Gravidez na Adolescência:

- Uma época de mudanças a todos níveis, especialmente quando ocorre uma gravidez!
- Têm-se verificado um decréscimo nas taxas de gravidez na adolescência. 
- A percentagem de grávidas adolescentes, entre os 15 e os 19 anos, foi de 8% (em 2017) em Portugal e 49% (em 2015) no mundo.
- O risco de parto prematuro na adolescente é 2 vezes maior do que em mulheres adultas.

Quantos filhos existem por cada 1.000 mulheres, por faixas etárias da mulher?

Ano	Grupos etários						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
2000	21,9	82,7	100,7	84,3	34,2	9,8	0,9
2001	20,8	94,3	92,6	80,8	33,8	9,8	0,4
2002	21,2	94,3	92,8	83,4	35,0	9,8	0,5
2003	20,1	81,8	88,4	84,7	35,7	7,1	0,4
2004	18,7	68,8	85,8	83,8	38,2	7,3	0,8
2005	19,2	68,8	85,8	85,8	37,8	7,4	0,5
2006	17,2	68,8	81,0	84,1	38,8	7,7	0,4
2007	17,8	65,8	78,2	82,0	38,8	7,4	0,3
2008	18,2	47,3	79,7	88,0	42,0	7,8	0,4
2009	15,4	45,1	78,8	83,1	41,4	8,0	0,5
2010	14,3	45,3	78,4	88,8	43,9	9,0	0,5
2011	13,3	48,8	75,1	88,3	45,3	9,3	0,4
2012	12,2	37,8	71,4	82,8	43,4	9,0	0,5
2013	10,7	32,8	66,8	78,8	42,4	9,1	0,5
2014	8,3	31,7	68,8	82,0	46,3	9,8	0,6
2015	6,4	32,1	87,8	88,7	51,2	10,8	0,5
2016	6,1	33,8	87,4	92,4	50,1	12,7	0,7
2017	8,8	33,8	86,8	91,0	57,8	13,8	0,7

(Hockenberry & Wilson, 2014; PORDATA, 2018; WHO, 2015)

Pais adolescentes

Existe pouca informação disponível, no entanto a literatura evidência:

- A maioria são interessados e estão envolvidos no cuidado ao filho;
- A adolescente e a avó materna influenciam o nível de participação do pai adolescente na vida do filho;
- A jovem sente-se menos deprimida e o seu nível de angústia diminui quando envolvida nos cuidados ao filho;
- Apoios sociais para pais adolescentes são escassos;
- O enfermeiro deve envolver os jovens pais nos cuidados ao filho.



Hockenberry & Wilson, 2014



O Adolescente enquanto utente...

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2015) define o Consentimento Informado livre e esclarecido como "(...) uma lógica negociada, um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa, prolongados e num tempo útil, definido em cada caso, pela situação de saúde em apreço(...)".



O n.º 3 do Artigo 38.º do Código Penal Português "a partir dos 14 anos, o adolescente já possui capacidade que lhe permite tomar uma decisão válida no domínio ético"

O artigo 84.º da Deontologia Profissional em Enfermagem (2015) refere que o enfermeiro tem o dever de informar e obter consentimento para a realização das intervenções de enfermagem sendo que os utentes têm o direito de aceder à informação, realizar as suas próprias escolhas e participar de modo informado nas decisões sobre a sua saúde.



Política de Consentimento Informado do

▪ **Encontra-se Atualizada!**

- "O princípio geral é o de que qualquer menor com 16 ou mais anos de idade e com discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico ou terapêutico que lhe é proposto, pode consentir par avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico ou terapêutico que lhe é proposto, pode consentir ou dissentir independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia".
- "Os menores de 16 anos têm o direito a serem ouvidos para atos de diagnóstico ou terapêutica que lhe sejam propostos."
- "Aos menores com mais de 14 anos e capacidade de entendimento internados em unidades de saúde mental é reconhecida a capacidade de consentir."

Considerações Finais:

As intervenções de enfermagem com o adolescente são de extrema importância uma vez que os profissionais são os responsáveis pela promoção da autonomia do adolescente e por incentivar o mesmo a participar e a tomar decisões acerca da sua saúde, mesmo que este necessite do consentimento dos pais para tal facto, nunca esquecendo a parte ética relacionada com todo este processo.

Cabe aos profissionais de saúde " a atualização permanente dos conhecimentos, para que seja possível atingir a excelência na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo desta forma para uma maior motivação e satisfação profissional e pessoal" (OE, 2010).

Referências Bibliográficas:

- Almeida, R.; Lira, L. B. Rocha, M. (2015). Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. *Revista Bioética*, 23(2):320-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-88472015232021>
- Barreto, M.; Rabelo, A. (2015). A família e o papel desafiador dos pais do adolescente na contemporaneidade. *Pensando Fam.* vol.19 no.2 Porto Alegre. Disponível em: <http://www.scielo.br/pf/articulo/ver?tid=44475-34&coll=600000000>
- Carvalho, J.; Erdmann, A.; Santana, M. (2015). A dependência do outro na construção da autonomia do adolescente para o autocuidado. *Cienc. Cuid. Saúde* 14(1):910-916. DOI: 10.4025/ciencucsd.v14i1.16419
- Coll, C., Marchesi, Á., B. Palacios, J. (2004). *Desenvolvimento Psicológico e Educação* (2ª ed.). Volume 1. Artmed Editora
- Direção Geral da Saúde (2015). *Circular Normativa nº15/2015:Consentimento Informado, esclarecido e Livre dado por Escrito*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/paginas/boletim-de-noticias/boletim-de-noticias/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Hockenberry, M. B Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores e boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE. Série I. 1(3). Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/stories/boas_praticas_saude_infantil_pediatrica_vol_01.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional em Enfermagem*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/stories/Deontologia_2015_web.pdf
- PORDATA (2018). Taxa de fecundidade por grupo etário. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa-de-fecundidade-por-grupo-etario-252364.htm#t=415>
- World Health Organization. *World Health Statistics Report 2014*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/112278>