

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

Relatório de Estágio

Comunicação do Enfermeiro Especialista com o
Adolescente: desafios e oportunidades

Sara Ramos dos Mártires

Lisboa

2016



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

Relatório de Estágio

**Comunicação do Enfermeiro Especialista com o
Adolescente: desafios e oportunidades**

Sara Ramos dos Mártires

Orientador: Professora Maria da Graça Vinagre da Graça

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“O narrador comum narra como algo poderia acontecer acidentalmente. O bom narrador faz acontecer algo no momento atual diante dos nossos olhos. O mestre narra como se acontecesse de novo algo há muito acontecido.”

(Hofmannsthal, 1874)

Agradecimentos

À minha família pelo apoio, pelas palavras, pela disponibilidade em ajudar mesmo quando avançar só depende de nós.

Ao João pela paciência, pelo companheirismo, pela compreensão, por acreditar que vale a pena não desistir quando acreditamos verdadeiramente em algo.

Aos meus amigos e colegas de trabalho pela força permanente, por não me deixarem desanimar nos momentos mais complicados.

Às pessoas que passaram a fazer parte da minha vida após este percurso e que tiveram um papel fundamental para este resultado final.

À Professora Maria da Graça Vinagre, pela disponibilidade permanente mas sobretudo pelas palavras de força e por ter acreditado em mim até ao final.

Aos Srs. Enfermeiros orientadores dos respetivos locais de estágio, Enfermeira Delminda Penedo, Enfermeira Erica Carmo, Enfermeira Margarida Branco e Enfermeira Ana Santos Pereira pelo contributo valioso neste percurso.

A todos Muito Obrigada!

Lista de Siglas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PQCEE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

RN – Recém-nascido

SO – Sala de Observação

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

Resumo

A temática em estudo no presente relatório, no âmbito da comunicação com o adolescente, surgiu de uma problemática identificada em contexto de trabalho, mais concretamente em serviço de urgência. Dada a sua importância para a prestação de cuidados de qualidade foram traçados os seguintes objetivos gerais de estágio: Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) e Desenvolver boas práticas de Comunicação Enfermeiro – Adolescente.

O estágio foi planeado ao longo de quatro contextos da prática clínica, nomeadamente em cuidados na comunidade, cuidados neonatais, cuidados em internamento e cuidados em urgência, tendo como base um conjunto de objetivos específicos e atividades no sentido de dar resposta às necessidades identificadas e desenvolver um conjunto de competências preconizadas para o EEESCJ.

Os resultados obtidos através da observação, da entrevista, da aplicação de questionários e da consulta de processos clínicos, foram alvo de uma reflexão, permitindo aprofundar conhecimentos, nomeadamente na área da comunicação com o adolescente, e desenvolver competências enquanto futura Enfermeira Especialista (EE).

As competências adquiridas ocorreram principalmente ao nível da assistência à criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde e da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

De um modo geral, os profissionais de saúde estão consciencializados para a importância da relação/ comunicação com o adolescente, sendo igualmente notória a necessidade de formação nesta área, nos diferentes contextos da prática. Os adolescentes manifestam necessidades específicas que merecem a atenção e intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

Palavras-chave: Adolescente; Comunicação; Competências; Enfermeiro Especialista.

Abstract

The subject studied in this report, in communication with the teenager, arose from a problem identified in the workplace, specifically in the emergency department. Given its importance to the provision of quality care, the following general objectives were defined for the internship: Develop Nurse Skills Health Nursing Specialist of Children and Youth (EEESCJ) and develop good communication practices Nurse - Adolescent.

The internship spanned over four contexts of clinical practice, particularly in community care, neonatal care, care in hospital and care in emergency, based on a set of specific objectives and activities in order to respond to identified needs and develop a set of recommended skills for EEESCJ.

The results obtained through observation, interview, questionnaires and the consultation of medical records, were the subject of reflection, allowing to deepen the knowledge, particularly in the area of communication with adolescents, and to develop skills as Future Nurse Specialist (EE) .

The skills acquired, occurred mainly at the level of child / youth care with his family, in maximizing their health and providing specific care, in response to the needs of the life cycle and development of children and youth.

In general, health professionals are aware of the importance of the relationship / communication with adolescents, however it is also notorious the need for training in this area in different contexts of practice. Teenagers express specific needs that deserve the attention and intervention of health professionals, particularly nurses.

Keywords: Adolescent; Communication; Skills; Nurse Specialist.

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1.O Adolescente e os Cuidados de Enfermagem	12
1.2.A Comunicação do Enfermeiro Especialista com o Adolescente	15
1.3.A Teoria das Transições de <i>Afaf Meleis</i>	18
2. PERCURSO FORMATIVO	20
2.1.Objetivos e Atividades de Estágio	20
2.2.Organização dos Cuidados de Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem	21
2.3.Competências adquiridas enquanto Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem	24
2.3.1. O Enfermeiro Especialista nos Cuidados de Saúde à criança e ao jovem	25
2.3.2. Comunicação do Enfermeiro Especialista com o Adolescente	31
3. PERSPETIVAR A MELHORIA NA QUALIDADE DOS CUIDADOS AO ADOLESCENTE QUE PROCURA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	40
4. QUESTÕES ÉTICAS	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICES	54
Apêndice I - Objetivos e Atividades de Estágio	
Apêndice II - Cronograma de Estágio	
Apêndice III - Caracterização dos motivos de procura da Urgência pelos Adolescentes: apresentação dos dados	
Apêndice IV - Necessidades, Sugestões e Avaliação dos Adolescentes sobre o Atendimento na Urgência: apresentação dos dados recolhidos em entrevista a adolescentes	

Apêndice V - Dificuldades, barreiras e estratégias do Enfermeiro no Atendimento ao Adolescente na Urgência: apresentação dos resultados de um questionário dirigido aos enfermeiros

Apêndice VI - Requerimento dirigido à Direção de Enfermagem

Apêndice VII - Guião da Entrevista Semiestruturada efetuada aos Adolescentes que recorrem à Urgência

Apêndice VIII – Questionário dirigido à Equipa de Enfermagem da Urgência

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como objetivos descrever e refletir sobre o percurso formativo associado ao desenvolvimento e/ ou aquisição de competências específicas de EEESCJ durante a unidade curricular Estágio com Relatório.

A temática escolhida surge de uma necessidade pessoal e coletiva identificada no serviço de urgência onde trabalho. No meu caso em particular, desde cedo que sinto uma grande dificuldade na comunicação com o adolescente. Pelas características que lhe são particulares, a perceção com que fico é que tendem a distanciar-se de nós, profissionais de saúde, demonstrando por vezes pouca disponibilidade para se envolverem na prestação dos cuidados de enfermagem. Após questionar alguns dos meus colegas, percebi que a dificuldade era semelhante e que desconheciam estratégias e formas de contornar esta situação. Por conversas informais conclui que as dificuldades começam na triagem quando é necessário proceder à colheita de dados. Os adolescentes mostram-se pouco disponíveis ao fornecimento de informação, alguns não nos dirigem o olhar e por vezes solicitam aos familiares ou acompanhantes que transmitam as principais queixas. As dificuldades parecem acentuar-se quando é necessária a realização de procedimentos ou de internamento em Sala de Observação (SO) com a consequente necessidade de planeamento de cuidados de enfermagem em parceria.

Segundo Martyn, et al. (2013), o Cuidado Centrado na Pessoa implica considerar a experiência de doença, promovendo uma relação terapêutica entre esta e o prestador de cuidados de enfermagem e adequando as intervenções às suas necessidades, sendo por isso a comunicação uma componente essencial em todo este processo. Para alguns autores, a comunicação é indispensável ao estabelecimento de uma relação terapêutica, favorecendo a perceção do outro como indivíduo único, que possui necessidades específicas, estimulando, por outro lado, a

sua autonomia e favorecendo a confiança entre quem cuida e quem é cuidado (Conz, Merighi & Jesus, 2009).

Preconiza-se que os profissionais de saúde que atendem os adolescentes nos serviços de saúde tenham capacidade para atuar perante as especificidades da adolescência tais como as mudanças físicas e psicológicas que ocorrem (Loureiro, 2012). O investimento na comunicação tem demonstrado resultados positivos na adesão ao tratamento, na saúde emocional do adolescente, na sua função física, recuperação e nos resultados fisiológicos (Sequist, et al. 2008). Por outro lado tem também demonstrado satisfação do cliente e resultados positivos na relação profissional-cliente (Martyn et al, 2013).

Assim e tendo em conta a problemática identificada e a sua relevância para a prática de enfermagem, o presente relatório intitula-se “*Comunicação do Enfermeiro Especialista com o Adolescente: desafios e oportunidades*” e tem como principais objetivos: desenvolver competências de EEESCJ e desenvolver boas práticas de comunicação Enfermeiro-Adolescente.

Este relatório encontra-se dividido em quatro partes. Numa primeira parte é feito um enquadramento teórico com base numa revisão da literatura sobre a temática em estudo, sendo igualmente apresentado o quadro de referência orientador. Na segunda parte reflete-se sobre o percurso formativo efetuado, com base nos objetivos e atividades de estágio traçados. A terceira parte ressalva a importância do estudo desta temática para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao adolescente e, finalmente, no último capítulo são abordadas as questões éticas.

Este relatório de estágio não contempla as correções resultantes da discussão pública.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo será feito um breve enquadramento sobre a adolescência e o acesso aos cuidados de saúde por parte do adolescente. Seguidamente será abordada a comunicação com o adolescente, quanto à sua importância na prestação de cuidados de enfermagem. Para terminar, uma referência à Teoria das Transições de *Afaf Meleis* e a sua interligação com os cuidados de enfermagem ao adolescente hospitalizado/internado.

1.1. O Adolescente e os Cuidados de Enfermagem

O termo adolescência deriva da palavra latina “*adolescere*” que significa crescer para adulto (Braconnier & Marcelli, 2000).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2002) a adolescência inclui o período dos 10 aos 19 anos de idade, encontrando-se dividida em três fases: o início da adolescência (10-13 anos) quando ocorrem mudanças físicas, sinónimo de uma aceleração rápida do crescimento e do início da maturação sexual. O adolescente desenvolve o pensamento abstrato; adolescência intermédia (14-15 anos) com o culminar das principais mudanças físicas e com um intenso desenvolvimento da identidade do adolescente e do seu pensamento reflexivo; adolescência tardia (16-19 anos) em que fisicamente o adolescente se assemelha ao adulto e onde a sua identidade se encontra definida com base em ideias, opiniões e valores.

A adolescência, é vista como uma fase de oportunidades, uma vez que as experiências vividas e as opções tomadas definem o cenário para uma vida adulta saudável, mas também de grande exposição a riscos dado que essas experiências e opções podem ter efeitos adversos na sua saúde futura (UNICEF, 2011). Neste sentido, a promoção da saúde e a prevenção da doença assumem grande importância (WHO, 2012).

Segundo um estudo desenvolvido por Carvalho e Guedes (2007), a maioria dos adolescentes atribui à saúde como um valor máximo, considerando-a como algo indispensável à vida, que afasta a realidade da doença e da morte. O que pode

significar que para o adolescente a saúde centra-se fundamentalmente na ausência de doença. Ainda no mesmo estudo, vários adolescentes referiram que o que mais os preocupava eram as doenças graves pelo facto de colocarem em risco a sua segurança individual, o que já não se verifica com a saúde, vista como parte integrante da dimensão humana. Neste sentido e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), os programas de promoção da saúde dos jovens devem ter por base a compreensão das concepções e das preocupações de saúde, dos comportamentos dos jovens e dos conhecimentos já adquiridos por estes, assumindo o adolescente o papel de protagonista e o enfermeiro o de dinamizador das competências de ação (Carvalho & Guedes, 2007).

A promoção da saúde e prevenção da doença no adolescente, por parte dos profissionais de saúde, envolve o fornecimento de informação, o aconselhamento e a prestação de cuidados de saúde, detetando-se problemas de saúde, implementando-se o respetivo tratamento de acordo com as suas necessidades e sendo feito um encaminhamento das situações que necessitem da intervenção de outros profissionais (WHO, 2012).

Contudo, por vezes existem barreiras que dificultam o acesso aos cuidados de saúde por parte dos adolescentes. Segundo a WHO (2012), estas barreiras estão sobretudo associadas à disponibilidade da equipa de saúde, à acessibilidade aos serviços, à aceitação por parte do adolescente de acordo com as suas expectativas e à equidade nos serviços de saúde. Por este motivo, a maioria dos adolescentes subutiliza os cuidados de saúde primários, recorrendo com maior frequência aos serviços de urgência hospitalar para resolverem problemas agudos de doença (Fonseca, 2005). Por outro lado, os serviços de saúde são, para muitos adolescentes, sinónimo de *stress* e ansiedade ou mesmo, em caso de internamento, sinónimo de quebra de rotinas e projetos futuros (Meleis, 2012).

Assim sendo, os profissionais de saúde podem ter um papel importante na redução de potenciais *stressores* através da relação estabelecida, da mesma forma que é crucial criar um espaço privado e acolhedor onde o adolescente se sinta confortável e onde possa obter as orientações de que necessita (UNICEF, 2011).

Neste sentido, a WHO (2015) determinou oito padrões globais inerentes aos serviços que prestam cuidados de saúde de qualidade ao adolescente: informar o adolescente sobre a sua saúde, bem como sobre os locais onde pode obter cuidados de saúde e como utilizá-los; aos pais, tutores ou outros membros da comunidade cabe reconhecer o valor da prestação de cuidados de saúde, apoiando a sua utilização; as unidades de saúde devem fornecer informação, aconselhamento, diagnóstico e tratamento que satisfaça as necessidades do adolescente, bem como manter contato com outras entidades de referência como escolas ou outros ambientes comunitários; os profissionais de saúde têm de ter as competências necessárias para prestar cuidados de qualidade ao adolescente, respeitando, protegendo e cumprindo os direitos deste à informação, privacidade, confidencialidade e omissão de juízos de valor; as unidades de saúde devem funcionar a horas convenientes, sendo detentoras de um ambiente acolhedor e limpo, que preze a privacidade do adolescente, assim como terem equipamento e material necessário à prestação de cuidados de qualidade independentemente da idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, etnia, orientação sexual, capacidade financeira, entre outras; e ainda recolher e analisar os dados referentes à utilização dos serviços e qualidade dos cuidados prestados no sentido da sua melhoria; sendo de toda a importância envolver o adolescente no planeamento, monitorização e avaliação dos cuidados/ serviços prestados.

Especificamente e no que se refere à hospitalização, Maas e Zagonel (2005) considera que esta modifica a qualidade de vida, as rotinas e papéis e interrompe os projetos futuros do adolescente, contribuindo para a perda de individualidade e liberdade. O adolescente experiencia procedimentos dolorosos, que podem ser sinónimo da perda de poder e decisão sobre si mesmo e sobre o seu corpo. A doença e hospitalização fomentam a dependência e interferem com os sistemas habituais de apoio, gerando uma perceção de perda de controlo que pode desencadear comportamentos de isolamento, frustração, agressividade ou falta de cooperação (Gabriel, 2014)

De acordo com um estudo de Pelander e Leino-Kilpi (2004) realizado na Finlândia com trezentas e oitenta e oito crianças e jovens internados num Serviço de

Pediatria, estas consideraram as atitudes dos enfermeiros como sendo um contributo essencial para a experiência de uma hospitalização positiva, com menor sofrimento e sem grande alteração nas suas atividades diárias.

Por todos estes motivos, torna-se importante que o profissional de saúde seja detentor de um conjunto de competências que confirmam capacidade para lidar com as questões que envolvem o desenvolvimento e a situação de saúde do adolescentes (Gonçalves & Gomes, 2013) a fim de garantir a adequada resposta às suas necessidades, assegurando a eficácia dos cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de enfermagem (Higarashi, Baratieri, Roecker & Marcon, 2011).

1.2. A Comunicação do Enfermeiro Especialista com o Adolescente

A palavra comunicação surge do latim “*communicare*” que significa conviver. Este “pôr em comum” implica que o transmissor e o recetor partilhem da mesma linguagem para que exista entendimento e compreensão (Gonçalves & Gomes, 2013).

Segundo Phaneuf, (2005):

“a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas (...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a aprender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa, e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela” (p.23).

Por outro lado, Virgínia Henderson, refere-se à comunicação como uma das atividades básicas do ser humano, quer em situação de doença quer de saúde (Gonçalves & Gomes, 2013).

A comunicação é assim uma ferramenta básica para o estabelecimento de uma relação de ajuda, fundamental à prestação de cuidados de enfermagem, tendo como finalidade identificar e dar resposta às necessidades de saúde do cliente, contribuindo para a melhor adequação das práticas de enfermagem (Phaneuf, 2005).

Neste sentido, torna-se importante que o enfermeiro tenha conhecimentos sobre comunicação e habilidades de relacionamento interpessoal de modo a ter

competências na assistência ao cliente (Pontes, Leitão & Ramos, 2008).

Seguindo esta linha de pensamento, Batista (2006) afirma que para prestar cuidados de enfermagem ao adolescente hospitalizado é necessário comunicar de forma eficaz, pois é a partir desta comunicação que se estabelece uma relação que poderá ser promotora da sua saúde e bem-estar. No entanto, importa referir que nem todos os profissionais têm habilidade para lidar com esta fase do ciclo de vida (Higarashi et al, 2011).

Seguindo as diretrizes definidas em alguns relatórios de várias organizações como a WHO (2002, 2012, 2015), a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2005) publicou o que considera serem os requisitos necessários para o atendimento ao adolescente. A referir: ter em atenção que a empatia criada no primeiro contato é fundamental para o sucesso de qualquer abordagem posterior; o adolescente deve ser cumprimentado em primeiro lugar e o diálogo estabelecido preferencialmente com ele; outros profissionais de saúde, eventualmente presentes, devem ser apresentados; saber o nome pelo qual o adolescente gosta de ser tratado; o adolescente poderá ser observado numa primeira abordagem com os pais mas deverá ser sempre reservado um momento de privacidade com o enfermeiro; a confidencialidade deve ser explicada e assegurada ao adolescente e aos pais, logo na primeira abordagem, e só poderá ser quebrada de acordo com os termos legais, se estritamente necessário; escutar atentamente o adolescente, mostrar interesse pelos seus problemas, evitando interrupções desnecessárias e tirando o mínimo de apontamentos possível durante o desenrolar da entrevista; adotar sempre uma linguagem de fácil compreensão e abster-se de juízos de valor; conhecer o contexto familiar, escolar/ laboral, a ocupação de tempos livres, consumos, sexualidade, eventual presença de sintomas depressivos e acidentes; encorajar o diálogo entre o adolescente e os pais bem como com a escola e os diversos recursos da comunidade; incentivar o adolescente a fazer escolhas responsáveis de estilos de vida saudáveis.

Por outro lado, importa realçar que no atendimento ao adolescente, para além da acessibilidade facilidade e a flexibilidade por parte dos profissionais de saúde, existem aspetos éticos que devem ser respeitados nomeadamente a autonomia do adolescente, a confidencialidade, a privacidade e o sigilo.

No respeito pela autonomia, o adolescente deve ser envolvido nos seus próprios cuidados e no planeamento das suas atividades quotidianas, conferindo-

lhes algum controlo sobre a situação, o que aumenta a confiança em si próprio e nos outros (Batista, 2006). Para Hockenberry (2014), os adolescentes valorizam os profissionais de saúde que demonstram interesse por eles, sem impor os seus valores e respeitando o que pensam ou dizem.

Por outro lado, a confidencialidade garante que as informações fornecidas aos profissionais de saúde não são reveladas aos pais ou responsáveis legais, sem a autorização prévia do adolescente.

No que toca à privacidade, o adolescente tem o direito de ser atendido individualmente, em espaço privado, o que facilita o estabelecimento de diálogo e confiança mútua entre o enfermeiro e o adolescente.

Finalmente, a quebra de sigilo só deverá acontecer se a informação obtida envolver risco para a vida do adolescente ou para a vida de terceiros, devendo, contudo, o adolescente ser informado atempadamente (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010b).

Em suma, vários autores defendem que a comunicação é fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança com o adolescente e para a melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Para Hockenberry (2014), saber escutar o adolescente, ter disponibilidade para o ouvir e transmitir-lhe segurança, fá-lo sentir que existe alguém que se preocupa com ele e em quem pode confiar. Por outro lado, a posição privilegiada de proximidade que o enfermeiro tem nesta relação, permite ajudar o adolescente a integrar de uma forma positiva a experiência de confronto com os serviços de saúde e ainda identificar as suas necessidades (Batista, 2006).

Ajudar o adolescente a lidar com o processo de saúde/ doença, reduz o *stress* e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove a satisfação e o sentimento de segurança e aumenta a adesão e o compromisso na aceitação dos procedimentos terapêuticos que sejam necessários (Gonçalves & Gomes, 2013). Inclusive, um estudo desenvolvido na Universidade de Michigan, entre Março de 2010 e Maio de 2011, revelou que a falta de competências comunicacionais, por parte dos profissionais de saúde, condiciona a avaliação da situação de saúde do adolescente (Salerno, Delaney, Kathryn & Annie Kad, 2015).

1.3. A Teoria das Transições de Afaf Meleis

O termo transição deriva do latim “*transitiōne*” que significa mudança, passar de um estado, assunto, período ou lugar para outro (Abreu, 2008). Quando o indivíduo vivencia situações de *stress* e desequilíbrio necessita de se adaptar, mobilizando para isso os recursos necessários para resolver eficazmente a transição que está a ocorrer. Estas transições experienciadas ao longo da vida traduzem-se no estabelecimento de novas redes de relacionamento, novos comportamentos e novas auto-perceções, funcionando assim como um promotor de mudança da natureza humana (Zagonel, 1998).

Para Meleis (2007), a transição significa uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro implicando uma mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, nas expectativas ou nas capacidades. Para esta autora, a transição implica que a pessoa interiorize um novo conhecimento, altere o seu comportamento e as definições de si própria ao nível do contexto social.

Em Enfermagem o conceito de transição tem vindo a merecer especial interesse sobretudo quando associado à saúde e doença ou quando os processos de transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde. Neste sentido, surge a teoria de médio alcance das transições de Afaf Meleis que explora os tipos de transições, propriedades universais de transição, condições de transição, indicadores de transição saudáveis e estratégias terapêuticas de enfermagem.

A mesma autora concluiu que os profissionais de saúde são confrontados com quatro tipos de transições: a desenvolvimental associada ao processo de crescimento, indo por isso do nascimento até à morte; a situacional, ligada a eventos, esperados ou não e que desencadeiam alterações na pessoa; a de saúde-doença associada a mudanças biopsicossociais e espirituais; a organizacional, relacionada com o contexto social, político, económico e com mudanças na estrutura e dinâmica da organização.

Assim, os enfermeiros lidam frequentemente com pessoas que se encontram em processos de transição, a antecipar transições ou a completá-las, pelo que assumem um importante papel na sua antecipação, avaliação, no diagnóstico e na ajuda para lidar com as mesmas. Subjacente às estratégias adotadas pelo enfermeiro neste auxílio à transição, deve estar a compreensão da transição sob a perspectiva de quem a experiencia, identificando as necessidades inerentes ao

cuidado. Para além disso, é ainda importante considerar os fatores associados ao processo de transição e que podem traduzir-se em individuais, ambientais e nos cuidados de enfermagem prestados, nomeadamente nas estratégias de intervenção e de apoio à transição (Meleis, 2007).

Segundo Maas e Zagonel (2005), o adolescente encontra-se numa transição desenvolvimental, por todas as transformações físicas e desafios que se lhe colocam e que são característicos da fase da adolescência. Associada a esta transição poderá estar a transição saúde-doença, quando passa de uma condição de saúde para uma condição de doença, geradora de ansiedade. Se esta situação de doença implicar uma hospitalização/ internamento, então poderemos mencionar uma terceira transição denominada de situacional. Em suma, o adolescente hospitalizado/ internado vê-se a experienciar três tipos de transição em simultâneo, o que naturalmente requer especial atenção por parte do enfermeiro, que deve ser detentor de conhecimentos sobre os processos de transição e ter competências para comunicar com o adolescente de forma a compreender a essência da experiência que ele está a vivenciar, planeando cuidados que o ajudem a lidar com todo o processo.

Segundo Abreu e Azevedo (2012), o nível de conhecimentos do adolescente para lidar com situações problemáticas é considerada uma condição da transição, ou seja, se este possuir algum conhecimento sobre as experiências que está a vivenciar, assim como competências para lidar com as mesmas, terá mais facilidade em vivenciar uma transição saudável. Por outro lado, a preparação prévia às transições bem como as expectativas criadas em torno destas, constituem condições facilitadoras de transição isto porque o adolescente sabe o que o espera, reduzindo assim a sua ansiedade associada à transição. Um estudo realizado pelos mesmos autores conclui que as transições saúde-doença e situacional são apontadas como as mais negativas por parte dos adolescentes, destacando como exemplo o regime de visitas, não especificando, contudo, de que forma este provoca uma situação negativa durante o internamento.

2. PERCURSO FORMATIVO

A aprendizagem experiencial tem como premissa de que todo desenvolvimento profissional prospectivo advém da aprendizagem atual, da mesma forma que o desenvolvimento adquirido é imprescindível para o aprendiz. Aprender pela experiência não significa que qualquer vivência resulte em aprendizagem. Aprender com a experiência é apropriar os saberes através de processos contínuos de ação e reflexão (Pimentel, 2007). É através da reflexão sobre a ação, que o indivíduo toma consciência do conhecimento tácito, identificam-se crenças errôneas e (re) formula-se o pensamento (Ruas, 2011).

Neste capítulo são dados a conhecer os objetivos e atividades de estágio e partilhada uma reflexão sobre todo o percurso tendo por base a organização dos cuidados de enfermagem e os objetivos traçados.

2.1. Objetivos e Atividades de Estágio

Tendo em conta a problemática identificada, o quadro conceptual apresentado e a temática escolhida foram traçados os seguintes objetivos gerais:

1. Desenvolver competências de EEESCJ;
2. Desenvolver boas práticas de comunicação Enfermeiro - Adolescente;

Segundo a OE (2007), a *Boa Prática* nasce da aplicação de linhas orientadoras com base em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, tendo por objetivo obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais de modo a resolver problemas de saúde específicos. São enunciados sistemáticos que têm em conta diversos aspetos (legais, éticos, psicossociais e técnicos) e têm por base avaliações e intervenções necessárias aos processos de cuidados e seus resultados.

De acordo com os objetivos gerais e tendo em conta as especificidades dos locais de estágio escolhidos, foram traçados e seguintes objetivos específicos.

Em relação ao primeiro objetivo geral:

1.1 Cuidar da criança/ jovem e família (nos vários contextos de cuidados) com especial enfoque na promoção do desenvolvimento e da saúde;

1.2 Identificar as principais necessidades de saúde e os motivos de procura/ internamento dos adolescentes que recorrem a diferentes unidades de saúde;

Atendendo ao segundo objetivo geral:

2.1 Aprofundar conhecimentos sobre comunicação com o adolescente/ família em situação de saúde/ doença;

2.2 Identificar os tipos e estratégias de comunicação utilizados pelos enfermeiros na abordagem ao adolescente e na relação com os pais em situação de doença e internamento;

2.3 Identificar as dificuldades e as estratégias de comunicação utilizadas na abordagem ao adolescente em situação de urgência;

Os objetivos referidos bem como as respetivas atividades, competências e indicadores de avaliação, podem ser consultados no Apêndice I. Por outro lado, o Cronograma de Estágio poderá ser consultado em Apêndice II.

2.2. Organização dos Cuidados de Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem

O EEESCJ deve ser capaz de prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/ jovem saudável ou doente, em qualquer contexto em que este se encontre.

A qualidade dos cuidados prestados à criança e jovem tem sido alvo de uma preocupação crescente por parte de algumas entidades tais como a Academia Americana de Pediatria (Comissão para a melhoria da prática e Comissão de Prática e Medicina de Ambulatório, 2008). Mais concretamente, o Instituto de Medicina Americano (1990, citado por Comissão para a melhoria da prática e Comissão de Prática e Medicina de Ambulatório, 2008) define qualidade do atendimento como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter resultados de saúde desejados nos indivíduos, sendo estes consistentes com o conhecimento profissional atual.

Em Portugal, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados (PQCEE) representam uma oportunidade de construir um instrumento que determine a qualidade dos cuidados especializados, servindo como referencial para a prática especializada, ao mesmo tempo que estimula a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados. Assim, na procura da excelência do exercício profissional, o EEESCJ deve contribuir e garantir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, destacando-se como elementos importantes a existência de: um quadro de referência orientador para o estabelecimento de cuidados centrados na família; Guias Orientadores de Boas Práticas à criança e jovem; um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional no cuidado à criança/ jovem e sua família; um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções à criança/ jovem e sua família e respetivos resultados; bem como a satisfação do EEESCJ referente à qualidade do exercício profissional; a dotação de EEESCJ face à necessidade de cuidados de enfermagem; a existência de uma política de formação contínua promotora do desenvolvimento profissional; e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011).

Em cada um dos locais de estágio por onde passei, comecei por refletir sobre parte destes elementos, através de uma visita guiada pela Enfermeira Orientadora e da realização de uma entrevista à Enfermeira Responsável de cada unidade.

Em todos eles o quadro de referência orientador do exercício profissional é o dos Cuidados Centrados na Família. Tal como o conceito o traduz, a criança é cuidada tendo em conta o contexto familiar, de acordo com o seu estadio de desenvolvimento, facilitando a participação dos pais na prestação de cuidados, fornecendo informação à criança/ jovem e sua família e reconhecendo que cada família é única (Harrison, 2010). Também de um modo geral existem guias orientadores de boas práticas que orientam a prestação de cuidados à criança/jovem e sua família e que refletem uma preocupação por parte da equipa na melhoria da qualidade do exercício profissional.

No que se refere aos registos de enfermagem existe uma diversidade de sistemas de informação. No caso dos cuidados de enfermagem na comunidade, os registos são feitos com base em focos de enfermagem, tal como preconiza a

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), os quais têm um conjunto de intervenções de enfermagem associadas. Os focos mais comuns são a “adesão à vacinação”, o “desenvolvimento infantil” e o “papel parental”. A sua avaliação é de certa forma simples consistindo na sua validação e na eventual discriminação de algum aspeto que o profissional de enfermagem considere importante. De forma semelhante, no serviço de internamento, também são identificados um conjunto de focos de enfermagem, aqui já bastante diversos, dos quais advém as intervenções de enfermagem planeadas para o dia. No entanto para ambos, a maior dificuldade reside na avaliação dos resultados obtidos, representando uma necessidade de aperfeiçoamento com vista à obtenção dos ganhos de saúde.

Por outro lado, nas duas outras unidades de saúde, os registos de enfermagem são feitos de acordo com oito áreas de intervenção/ necessidades: Respiração, Circulação, Nutrição, Volume de Líquidos, Eliminações, Tegumentos, Atividade Motora, Sensação/ Repouso e Avaliação da Pessoa. Especificamente as intervenções são realizadas em paralelo a estes registos, não se encontrando organizadas por focos ou diagnósticos de enfermagem e a sua maioria não estão direcionadas para a criança/ jovem mas sim para o cliente em geral. Com isto, existe uma maior dificuldade na organização do processo de enfermagem, na implementação das intervenções e naturalmente na avaliação dos resultados obtidos.

Em relação à satisfação dos enfermeiros, em nenhum dos locais existe um instrumento destinado para este efeito. No entanto, denota-se que a satisfação destes profissionais está intimamente ligada a outros aspetos igualmente importantes tais como a dotação de enfermeiros face às necessidades de cuidados de enfermagem. Em alguns dos locais afirma-se a existência de rácios desproporcionais face às necessidades criança/ jovem e sua família identificadas, o que segundo a equipa de enfermagem, conduz à exaustão da mesma e coloca em causa a qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado e especificamente em serviço de internamento, a equipa de enfermagem desinveste na formação alegando como justificação a desmotivação e exaustão associadas à prática.

A dotação adequada de enfermeiros e os seus níveis de qualificação e competência são determinantes na segurança e na qualidade dos cuidados

prestados, devendo por isso ser utilizadas metodologias e critérios que permitam adequar os cuidados de enfermagem às necessidades da população (OE, 2014).

Felizmente o desinteresse na formação contínua não é transversal a todos os serviços sendo que, à exceção do serviço de internamento, os restantes locais têm estruturados planos de formação anuais de acordo com as necessidades da equipa de enfermagem. Por outro lado, em todos os locais existem EEESCJ. Este investimento na formação representa um “cumprimento do direito e dever deontológico de atualização e aperfeiçoamento do desempenho individual, corrigindo inconformidades e suportando projetos de melhoria” (OE, 2014, p.25).

Finalmente e no que se concerne à metodologia de organização dos cuidados de enfermagem utilizada, o método individual de trabalho é o de eleição. Cada membro da equipe de enfermagem assume a responsabilidade de dar resposta a todas as necessidades da criança/ jovem e sua família, sendo por isso considerado um atendimento holístico. Uma das desvantagens deste método reside por vezes no número limitado de colaboradores para assumir tais atividades. Por outro lado, a rotatividade dos turnos expõe a criança e jovem a diferentes cuidadores durante o processo de hospitalização (Marquis & Huston, 2010) o que especificamente no caso da prestação de cuidados ao adolescente, pode representar um obstáculos ao estabelecimento de uma relação de confiança determinante para a qualidade dos cuidados prestados.

2.3. Competências adquiridas enquanto Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Entende-se por Competência a capacidade de agir eficazmente numa determinada situação com base em conhecimentos adquiridos pela experiência pessoal e pela pesquisa científica (Sousa, 2013).

Segundo a OE (2010c), o EEESCJ utiliza um modelo conceptual centrado no binómio criança e família, pelo que:

“trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (p.1).

Neste capítulo será feita uma análise das principais competências adquiridas com base nas atividades planejadas e desenvolvidas durante este percurso formativo. Assim, o capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos correspondentes à análise dos dois objetivos gerais traçados.

2.3.1. O Enfermeiro Especialista nos Cuidados de Saúde à criança e ao jovem

Partindo do primeiro objetivo geral “Desenvolver Competências de EEESCJ”, importa por isso “Cuidar da criança/ jovem e família (nos vários contextos de cuidados) com especial enfoque na promoção do desenvolvimento e da saúde”.

O meu percurso iniciou-se com um estágio em contexto de cuidados de saúde primários. Esta nova experiência permitiu-me assistir e participar nas Consultas de Saúde Infantil, trabalhando pela primeira vez com a Escala de Desenvolvimento de *Mary Sheridan*, aprofundando conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança/ jovem.

Segundo a OE (2010b), promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança, em parceria com a família, a desenvolver-se dentro do que é esperado para a sua idade, respeitando o seu ritmo de crescimento. Aqui, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, com base na utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. A Escala de Avaliação de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* tem sido largamente utilizada pelos profissionais de saúde ao nível dos cuidados de saúde primários, permitindo um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento bem como dos seus amplos limites (Direção Geral de Saúde (DGS), 2013).

As mesmas consultas conferiram-me a possibilidade de conduzir pequenas sessões de educação para a saúde onde eram abordadas temáticas importantes para o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, sendo por isso promotoras da saúde.

E porque a promoção do desenvolvimento infantil e juvenil é uma das principais competências do EEESCJ, deve ser uma preocupação transversal a todas as unidades de saúde.

Assim, ao nível dos cuidados neonatais, a promoção do desenvolvimento no recém-nascido (RN) começa desde cedo com a modificação do ambiente

extrauterino, através da redução do ruído, da luminosidade e da diminuição das manipulações ao bebé, promovendo períodos de repouso mais prolongados (Amaral, 2009). O planeamento e a execução dos cuidados ao RN implica o envolvimento dos pais, pois a promoção da parentalidade é uma das principais preocupações da equipa desde muito cedo. Vários autores confirmam que o envolvimento da família nos cuidados à criança hospitalizada é uma estratégia que visa reduzir o impacto negativo da hospitalização, permitindo ao mesmo tempo que os pais conheçam melhor o seu filho, resultando num maior vínculo familiar, condição indispensável para a qualidade de vida e sobrevivência do RN após a alta hospitalar (Scochi et al, 2003).

Por sua vez, a promoção da vinculação traz benefícios ao desenvolvimento mental da criança e ao seu relacionamento com outras pessoas (Amaral, 2009). Nesta unidade de neonatologia, a promoção da vinculação é feita desde muito cedo, através do acolhimento aos pais que consiste na apresentação do serviço e no fornecimento de informações importantes referentes às rotinas de funcionamento do mesmo. Este acolhimento tem também como objetivo incentivar os pais a estar presentes aquando da prestação de cuidados ao RN para que possam sentir-se como parte integrante da equipa, promovendo a parentalidade positiva desde muito cedo. Esta parceria nos cuidados, permite desenvolver momentos de educação para a saúde no âmbito dos cuidados ao RN de acordo com as dificuldades manifestadas pelos pais, sendo estas sobretudo ao nível dos cuidados de higiene e da amamentação.

Ao contrário do que acontece nos cuidados de saúde primários, a avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN é feita ao longo dos turnos através da observação do seu comportamento e daquilo que é esperado face ao seu estadió de desenvolvimento, não sendo aplicada qualquer tipo de escala.

Por outro lado, a escolha do local de estágio em contexto de internamento teria que estar intimamente associada à temática em estudo e por isso mesmo tive oportunidade de passar por um Serviço de Adolescentes de um Hospital de Lisboa. Aqui a grande maioria dos internamentos são de longa duração o que permite conhecer o adolescente, estabelecendo uma relação de confiança. Esta posição privilegiada de proximidade que o enfermeiro tem na relação, permite ajudar o adolescente a integrar de uma forma positiva a experiência de confronto com uma situação de internamento (Batista, 2006). O contacto frequente e próximo confere

ainda a oportunidade única de identificar as suas necessidades, bem como proporcionar momentos de educação para a saúde ao adolescente e família. As temáticas são diversas estando sobretudo associadas à patologia em causa.

Em contexto de urgência, o momento de contacto com o adolescente é muitas vezes curto, pelo que se torna crucial estabelecer prioridades em prol do máximo interesse do adolescente. Assim, os momentos de educação para a saúde são planeados estrategicamente de acordo com a disponibilidade sentida da parte do adolescente e sua família, sendo que as temáticas estão sobretudo associadas aos motivos de vinda à urgência.

No que se refere aos fatores que influenciam o crescimento e desenvolvimento saudáveis no adolescente, e especificamente em contexto de serviço de internamento, estes parecem estar intimamente associados a questões sociofamiliares. No caso das patologias do foro médico, e excluindo fatores de ordem genética e ambiental, o incumprimento do regime terapêutico parece ser uma das principais causas para estes internamentos, traduzidos numa patologia descompensada pelo défice/ ausência de medicação. As famílias, regra geral, são disfuncionais e com baixos rendimentos o que se reflete num desinvestimento na saúde do adolescente. Por outro lado existem ainda adolescentes que pertencem a famílias com pais divorciados ou mesmo onde há ausência da figura parental, ficando ao cuidado de um outro familiar.

E porque falamos em cumprimento do regime terapêutico importa mobilizar um outro conceito como a “perceção do risco”. Esta, conhecida como a perceção de suscetibilidades e gravidade de possíveis consequências negativas para a saúde, é determinante no comportamento em saúde. Especificamente nos casos de doença crónica, os efeitos reais da doença podem ser mal interpretados se houver um desvio moderado e ocasional do cumprimento do regime terapêutico, não sendo visíveis e imediatos os efeitos negativos e consequente perceção de doença, o que pode reforçar ainda mais o comportamento não saudável. Para estes autores, a adolescência é um período da vida em que a adesão à terapêutica é por vezes pobre, pelo facto do sucesso terapêutico ser a longo prazo como no caso da Diabetes. Existem inclusive estudos que indicam que cerca de metade dos adolescentes têm uma fraca adesão ao regime terapêutico pelas consequências de saúde a longo prazo que lhe estão associadas (Kyngas, 2000 citado por Larsman, Eklof & Torner, 2012).

No caso das patologias do foro mental, denota-se um elevado peso nos fatores sociofamiliares nomeadamente com registo de adolescentes vítimas de bullying ou exclusão social. Para alguns autores, a maioria dos problemas com a sexualidade na adolescência, uso de drogas, a adoção de comportamentos de risco e as dificuldades psicológicas estão ligadas às vivências familiares. Os jovens sentem que não têm apoio, não são estabelecidos limites e inculcido respeito em casa, o que os torna menos resistentes às adversidades e à pressão dos pares (Goldenring & Rosen, 2004).

Já em contexto de urgência, os fatores que influenciam o crescimento e desenvolvimento saudáveis no adolescente parecem estar sobretudo associados a comportamentos de saúde inadequados sobretudo no que diz respeito à alimentação saudável o que se traduz na detecção de casos de Obesidade e Diabetes Mellitus inaugural. Neste sentido, a promoção de comportamentos saudáveis, tanto com o objetivo de melhorar o seu nível de saúde, como de prevenir a doença, assume um lugar de destaque, pelo que o esforço, por parte da equipa de profissionais de saúde, resulta na possibilidade do adolescente se tornar num indivíduo autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade, contribuindo de forma efetiva para o desenvolvimento da mesma (OE, 2010b).

Tal como já referido anteriormente, a procura dos serviços de saúde por parte dos adolescentes, é feita na maioria das vezes em situações agudas de doença pelo que surgiu a necessidade de identificar as principais necessidades de saúde e motivos de procura/ internamento dos adolescentes.

Em contexto de cuidados de saúde primários e pelo facto de se tratar de uma unidade recente e em reestruturação orgânico-funcional, a colheita de dados neste sentido não foi possível. Os dados disponíveis são apenas referentes ao número de adolescentes que procuram esta unidade (dos 7 aos 14 anos – 165 crianças/ jovens e dos 15 aos 44 anos 585 jovens/ adultos – dados referentes ao mês de Outubro de 2015), desconhecendo-se o seu motivo e não sendo possível consultar os processos clínicos em tempo viável para a obtenção de tais dados. A dificuldade acresce face ao facto dos dados obtidos serem referentes à estatística da Unidade de Saúde Familiar (USF) onde os intervalos de idades existentes não contemplam unicamente a faixa da adolescência. Através de conversas informais com algumas enfermeiras da USF bem como com a enfermeira responsável pela unidade, fica apenas a

percepção que o principal motivo que leva o adolescente a procurar esta unidade são questões relacionadas com Planeamento Familiar, sendo o seu registo feito apenas com uma “abertura de consulta” de Planeamento Familiar em sistema informático, aquando a admissão do adolescente.

Já em contexto de internamento de adolescentes, os principais motivos de internamento envolvem patologias do foro médico (Artrite, Lúpus, Espinha Bífida, Asma, Pneumonia e Diabetes Mellitus tipo I), do foro da saúde mental (Anorexia Nervosa, Depressão, Tentativa de Suicídio e Dor Psicossomática) e do foro cirúrgico, pelo que é considerado um serviço polivalente dada a variedade de situações de saúde que acolhe (motivo associado à frequente ausência de vagas nos serviços de especialidade). Neste sentido, questiono qual a natureza das consequências que daqui advém. Para o adolescente, um contacto estreito com diferentes patologias. Para o profissional de saúde, um desafio na prestação de cuidados, nomeadamente ao nível da comunicação, dada a multiplicidade de situações de doença.

A grande maioria dos adolescentes sente vergonha e intimidação face à figura do profissional de saúde, fazendo da atitude de procurar deste profissional, um ato difícil (Loureiro, 2012), pelo que habitualmente só o fazem em situações de doença aguda. Neste sentido surgiu a necessidade de identificar os motivos de procura do serviço de urgência pelos adolescentes.

Assim e de acordo com os dados recolhidos a partir da consulta dos processos clínicos dos adolescentes admitidos na urgência, foi possível concluir que os principais motivos de procura são situações agudas de dor, nomeadamente otalgias e odinofagias e traumatismos sobretudo consequentes de quedas. Estes e outros dados podem ser consultados em Apêndice III.

No que toca à identificação das necessidades dos adolescentes durante o internamento no serviço de adolescentes, a mesma é feita gradualmente à medida que se estabelece uma relação com os mesmos. Embora esteja preconizada a realização de uma avaliação inicial, que inclui a identificação das necessidades do adolescente, a mesma raramente é realizada, segundo a equipa de enfermagem, por ausência de tempo disponível. Por outro lado, o seu registo é feito com base em focos de enfermagem, de acordo com a terminologia CIPE, pelo que estão sobretudo direccionados para a patologia e não concretamente para o adolescente. Na consulta dos processos clínicos não são por exemplo identificadas as

necessidades recreativas ou sociais do adolescente, sendo apenas identificadas durante as passagens de turno. Podemos deste modo questionar até que ponto a equipa de enfermagem está sensível para este aspeto.

Contudo, “as principais necessidades de saúde do adolescente durante o internamento” podem facilmente ser identificadas através dos resultados obtidos num questionário de satisfação aplicado ao adolescente, em serviço de adolescentes, no momento da alta. Naturalmente que estes resultados irão refletir-se numa melhoria dos cuidados de enfermagem, mas especificamente para aquele adolescente, a identificação tardia das suas necessidades não trará qualquer benefício.

Analisando os resultados obtidos em 2013, através deste questionário, 10% dos adolescentes inquiridos manifestou a necessidade da existência de meios lúdicos suficientes no serviço, nomeadamente internet, jogos, computador e televisão. O mesmo questionário permitiu-nos perceber que uma parte dos adolescentes refere como sugestões de melhoria um maior investimento nas condições físicas do serviço, nomeadamente “pôr cortinas nas portas dos quartos”, o que nos remete para questões associadas à privacidade, melhoria na alimentação e no número de recursos humanos.

Face às necessidades manifestadas, a equipa de enfermagem e a própria organização, investiu no sentido de dar resposta às mesmas. No início de 2015 o serviço de adolescentes foi transferido para um local provisório afim do serviço de origem ser alvo de remodelações. O atual local tem vindo a ser ajustado aos adolescentes e por isso, recentemente, foi instalada internet. Por outro lado, existe uma sala de convívio que possui alguns livros, jogos e uma televisão. Diariamente e a pedido da equipa de enfermagem, desloca-se ao serviço uma educadora com o intuito de desenvolver atividades de grupo com os adolescentes.

De igual forma, no sentido de identificar as necessidades sentidas pelos adolescentes durante o internamento em SO, no serviço de urgência onde exerço funções, recolher sugestões de melhoria relativas ao atendimento e conhecer o grau de satisfação do adolescente que procura a urgência, realizaram-se entrevistas semiestruturadas aos adolescentes internados em SO ou em internamento com uma alta prevista até 48h pós admissão na urgência.

Os dados obtidos a partir de quatro adolescentes revelaram que as suas principais necessidades eram sobretudo básicas e lúdicas sendo que algumas das

sugestões de melhoria apontam sobretudo neste sentido, ou seja, a existência de mobiliário adequado ao adolescente, criação de espaços individualizados e a existência de televisão e tomadas elétricas para dispositivos eletrônicos. Três dos adolescentes inquiridos reconheceram existir uma preocupação por parte da equipa de profissionais de saúde na satisfação das suas necessidades bem como um esforço neste sentido (Apêndice IV).

Segundo um estudo desenvolvido por Gabriel (2014), a preocupação com as necessidades do adolescente bem como a promoção da privacidade, a garantia da confidencialidade, a promoção da independência, a demonstração de preocupação, o respeitar hábitos e cultura do adolescente, a promoção da existência de espaços próprios para a hospitalização, a seleção de informação necessária à identificação das necessidades de ^[1]~~SEP~~ esclarecimento e a promoção e interação, valorizando o adolescente como independente da família, constituem-se como um conjunto de intervenções de enfermagem que promovem a interação e a comunicação com o adolescente hospitalizado.

Perante este percurso, considero ter desenvolvido inúmeras competências. Enquanto futura EE, destaco o desenvolvimento do “autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ ou a equipa multidisciplinar” (OE, 2010a, p.9), conhecimento este fundamental em todo o percurso. Por outro lado e enquanto futura EEESCJ destaque para competências tais como “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor (...), da capacidade para gerir o regime (...)”, “Diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida do jovem” (OE, 2010c, p.3), “Promove o crescimento e desenvolvimento infantil” e “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais” (OE, 2010c, p.5).

2.3.2. Comunicação do Enfermeiro Especialista com o Adolescente

A filosofia de cuidados de enfermagem em pediatria destaca os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes. Desta forma, os cuidados implicam necessariamente o

estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo por base intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; e negociação dos cuidados (OE, 2011).

Tendo por base o segundo objetivo geral “Desenvolver *boas práticas* de comunicação Enfermeiro – Adolescente”, importa por isso “Aprofundar conhecimentos sobre comunicação com o adolescente/ família em situação de saúde/ doença”.

As experiências vivenciadas em contexto de cuidados de saúde primários foram limitadas pelo facto da unidade de saúde ser recente. No entanto, a articulação desta unidade com outras permitiu-me rentabilizar as oportunidades de aprendizagem. Assim, surgiu a oportunidade de assistir a uma sessão sobre a prevenção do tabagismo, numa escola do 2º ciclo da Pontinha, atividade esta incluída no projeto “*Pró-Jovem*”, direcionado exclusivamente ao adolescente, bem como assistir a uma consulta médica com o adolescente. Face à riqueza dos dados obtidos foi construído um Jornal de Aprendizagem que espelha a reflexão sobre estas experiências.

Assim, numa primeira parte deste jornal intitulada de “(Re) Pensar o Percurso” foram mobilizados os aspetos positivos do estágio numa unidade de cuidados de saúde primários. Aqui senti especial necessidade de dar destaque ao facto de ser uma unidade recente e o que isso representou enquanto obstáculo à minha aprendizagem. Foi necessário repensar algumas das atividades planeadas e procurar rentabilizar ao máximo todas as oportunidades de aprendizagem, nomeadamente com a visita a outra unidade de saúde do agrupamento. Numa segunda parte intitulada “Consulta com o Adolescente”, como o próprio nome indica, foi possível refletir sobre a consulta a que assisti, embora tendo sido realizada pelo médico, permitindo-me assim mobilizar conhecimentos teóricos adquiridos com base naquilo que foi observado. Aqui foi notória e defendida pelo profissional a ausência de alguns conhecimentos na comunicação com o adolescente. Para finalizar, o último capítulo intitulado “O primeiro passo para a mudança” incidiu sobretudo na sessão sobre prevenção do tabagismo, a que assisti, onde foi possível igualmente mobilizar conhecimento teóricos sobre a prevenção da saúde na adolescência e a comunicação com o adolescente nomeadamente em grupo .

Dada a temática em estudo, seria expectável que fossem aprofundados conhecimentos e adquiridas competências sobre a comunicação com o adolescente

ao longo dos diferentes locais de estágio, no entanto tornou-se importante especificar em que sentido se pretendia esta aquisição e por isso mesmo surgiu a necessidade de “Identificar os tipos e estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na abordagem ao adolescente, e na relação com os pais, em situação de doença e internamento”.

A comunicação verbal entre o enfermeiro e a criança/ jovem e família é frequente nas diferentes unidades de saúde, estando na base da prestação de cuidados. Nesta comunicação verbal são transmitidas orientações referentes à prestação de cuidados, muito com base nas necessidades identificadas. No entanto, a comunicação observada vai para além das orientações verbais. A comunicação não verbal reflete qualquer manifestação comportamental por gestos, expressões faciais, postura corporal, distâncias mantidas entre as pessoas, entre outros (Marques, Silva & Maia, 2009),

Especificamente a comunicação não verbal por parte do enfermeiro da unidade de neonatologia, para com os pais parece no seu geral cumprir os princípios orientadores de uma comunicação eficaz. O enfermeiro comunica virado de frente e ao nível do cliente, demonstrando interesse no que lhe é transmitido, cumprindo igualmente uma distância considerada aceitável para a relação Enfermeiro – Pais. Traduzindo o afirmado, muitas vezes o enfermeiro coloca-se ao nível dos pais, quando este está por exemplo sentado no cadeirão. Esta postura e distância mantidas permitem demonstrar acolhimento e atenção, assegurando a presença (Phaneuf, 2005).

Por outro lado, o contacto visual direto é sempre estabelecido com os pais, demonstrando-se, na maioria das vezes, através da expressão facial, interesse por aquilo que está a ser abordado. Excecionalmente e nos casos de pais mais apelativos e ansiosos face à situação clínica do RN, denota-se uma expressão facial de aborrecimento ou talvez de desinteresse. Para Phaneuf (2005), o olhar franco e direto poderá traduzir consideração e interesse pela pessoa cuidada. Contudo, os hábitos e as preocupações pessoais ou mesmo a fadiga fazem com que por vezes a expressão facial apresentada ao cliente não seja tão agradável quanto deveria ser. Efetivamente talvez o cansaço, muitas vezes verbalizado pela equipa de enfermagem seja a causa para o comprometimento da comunicação estabelecida.

O tom de voz utilizado é na maioria das vezes baixo revelando segurança naquilo que está a ser transmitido, ao mesmo tempo que se observam momentos de

silêncio, ainda que curtos, que parecem favorecer a reflexão/ introspeção por parte dos pais. Mais notória a escuta, por parte do enfermeiro sobretudo quando os pais verbalizam preocupações face à situação clínica do RN ou mesmo quando manifestam receios na prestação de cuidados ao mesmo.

Para finalizar, o toque é talvez de todos os sinais de comunicação não verbal aquele que é mais evidente, tanto na comunicação com os pais como com o RN. Para os pais, este toque pode significar interesse, apoio ou até mesmo uma forma de tranquilização (Phaneuf, 2005). Para o RN, o toque é o primeiro meio fundamental de comunicação, sendo promotor da formação da personalidade (Neto, Dias, Rocha & Cunha 2007).

Especificamente na unidade de neonatologia não foi possível observar a comunicação do enfermeiro com pais adolescentes possivelmente dado o pouco tempo de permanência neste local.

As dificuldades e barreiras à comunicação entre o enfermeiro e os pais/ adolescentes foram visíveis nos diferentes locais de estágio, sendo o tipo de linguagem utilizada pelos enfermeiros, o baixo nível educacional dos pais e o rácio enfermeiro-cliente desproporcional face às necessidades, as mais evidentes.

Regra geral, quer em cuidados de saúde primários quer em cuidados neonatais ou em serviço de adolescentes, o grau de escolaridade é baixo e em alguns casos a nacionalidade da criança/ jovem e família não é portuguesa. Segundo Phaneuf (2005), uma pessoa que possua um nível escolar inferior ao do enfermeiro pode não compreender na totalidade as orientações que lhe são transmitidas, pelo que o discurso deve ser adequado à capacidade de compreensão da pessoa. Assim, as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros passam por isso mesmo. Os profissionais de saúde procurar recorrer a uma linguagem simples, validando com frequência se as orientações transmitidas foram perceptíveis. No que se refere à compreensão da língua portuguesa, a equipa de saúde mobiliza alguns recursos internos, nomeadamente recorrendo ao banco de línguas da instituição, solicitando um colaborador que possa ser tradutor ou a presença de um familiar ou amigo da família que compreenda a língua portuguesa ou ainda e em algumas situações recorrendo à linguagem gestual.

O rácio enfermeiro-cliente na grande maioria das vezes é desproporcional o que também funciona como obstáculo à comunicação, uma vez que o enfermeiro

demonstra uma menor disponibilidade para com a criança/ jovem e família, comprometendo por vezes a parceria nos cuidados. Desta forma, importa que cada profissional cuide do binómio pais e filho de forma particular e integral, conhecendo as peculiaridades e dificuldades de cada família (Figueiredo, Gomes, Pennafort, Monteiro & Figueiredo, 2013).

Ainda em contexto de serviço de adolescentes e particularmente aqui, o próprio nível de desenvolvimento intelectual do adolescente representa também um obstáculo à comunicação, nomeadamente nos casos onde existem atrasos do desenvolvimento tais como a paralisia cerebral. Assim e seguindo as diretrizes da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (2011), recomenda-se que para estes jovens se deve proporcionar um ambiente estimulante. A comunicação deve privilegiar a caracterização de tudo o que rodeia o jovem, nomeadamente pessoas e objetos, contribuindo assim para aumentar o seu vocabulário. Por outro lado, o relacionamento interpessoal é fundamental para o desenvolvimento do jovem e por isso os profissionais de saúde devem recorrer a técnicas que permitam a resposta às necessidades do jovem, promovendo assim a sua participação em atividades.

Mas não só se verificam barreiras desta natureza, as próprias características físicas dos serviços representam verdadeiros obstáculos. O serviço de neonatologia é do tipo “open space” o que se traduz numa diminuição da privacidade entre clientes, existência de maiores ruídos e de uma maior probabilidade de interrupções durante a comunicação. Já em contexto de serviço de adolescentes é constituído por três enfermarias (uma com capacidade para quatro camas e duas com capacidade para três) e quatro quartos individuais geridos de acordo com as necessidades e tendo em conta a lotação máxima do serviço (doze camas). Finalmente, em contexto de urgência a Sala de Tratamentos é partilhada para a realização de diversos procedimentos da mesma forma que o SO é constituído por quatro unidades, duas delas separadas por cortinas e outras duas, inseridas numa divisão de isolamento, sem qualquer separação física. Perante estes factos parece-me pertinente analisar alguns aspetos.

Em 2015 a WHO determinou oito padrões globais inerentes aos serviços que prestam cuidados de saúde de qualidade ao adolescente, sendo um deles referente ao ambiente que deverá privilegiar a privacidade.

Quer no serviço de adolescentes quer na urgência, a privacidade nem

sempre é mantida. Embora as unidades sejam separadas por cortinas, as mesmas nem sempre estão corridas e as conversas entre os profissionais e o adolescente são tidas neste espaço independentemente da presença ou não de outras crianças/adolescentes. A ausência desta privacidade, condiciona em parte a confidencialidade, podendo colocar em causa a comunicação entre o profissional de saúde e o adolescente. Face a isto, será possível identificar com clareza as necessidades do adolescente? Por outro lado, fica a percepção de que a equipa de enfermagem está pouco sensível para alguns aspetos relacionados com a comunicação com o adolescente, rentabilizando pouco o espaço de que dispõe para o efeito. Perante isto e face aos conhecimentos adquiridos e à sua relevância para a prestação de cuidados de qualidade, ao longo do percurso pelos diferentes locais de estágio procurei adotar estratégias de modo a garantir a privacidade do adolescente pelo que considero ter promovido “o respeito do cliente à privacidade, na equipa de enfermagem onde está inserido” (OE, 2010a, p.5), uma das competências de EE.

E porque falamos em espaço, o serviço de urgência parece reunir aspetos associados à decoração dos espaços que são pouco adequados aos adolescentes e que poderão igualmente funcionar como obstáculos à comunicação. Nos resultados obtidos nas entrevistas semiestruturadas realizadas aos adolescentes no serviço de urgência onde exerço funções, alguns deles mencionaram que o espaço físico deveria estar direcionado para o adolescente e não apenas para a criança (Apêndice IV).

Mas não só o espaço físico merece ser repensado e avaliado enquanto potencial barreira à comunicação. A atitude que os profissionais de saúde adotam com o adolescente deve ser igualmente valorizada e repensada.

Assim e no sentido de identificar as principais dificuldades e barreiras, sentidas pelos enfermeiros, na comunicação com o adolescente bem como as estratégias adotadas para contornar essas dificuldades, foi aplicado também um questionário à equipa de enfermagem do mesmo serviço de urgência.

Os dados obtidos de uma amostra de 18 enfermeiros revelaram que existem aspetos associados à linguagem verbal e não-verbal utilizada, às características sociodemográficas da equipa (diferença de idades ou de géneros), à existência de conhecimentos e à disponibilidade que são sentidos como obstáculos à comunicação com o adolescente. Por outro lado, a mesma amostra refere como estratégias facilitadoras da abordagem ao adolescente uma comunicação eficaz,

respeito pelas questões éticas, o estabelecimento de uma boa relação, o fardamento adequado (sem acessórios alusivos a idades inferiores), a atitude dos profissionais e o ambiente. Estes e outros resultados obtidos no questionário podem ser consultados no documento em Apêndice V.

A entrevista ao adolescente é destacada como um dos pilares da comunicação com o adolescente. Até ao estágio no serviço de internamento de adolescentes só tinha tido oportunidade de assistir a uma destas entrevistas e toda ela conduzida por um médico. Importava por isso procurar uma oportunidade onde o enfermeiro se destacasse e por isso mesmo, no âmbito das consultas externas de um hospital de Lisboa assisti à entrevista a uma adolescente conduzida por um EE.

Numa primeira abordagem à adolescente em causa, a enfermeira cumprimenta-a mas em nenhum momento se identifica nem pelo nome nem pelo título profissional. Este é um primeiro aspeto que considero determinante para o estabelecimento de uma relação. Segundo a OE (2010b), o enfermeiro deve iniciar a entrevista com a sua apresentação, pois esta representa o primeiro passo para o favorecimento de uma relação e conseqüentemente abre canais à comunicação, sobretudo num primeiro contacto. Por outro lado, esta apresentação deve iniciar-se sempre pelo adolescente pois traduz uma mensagem clara de que ele é a pessoa principal desta entrevista.

Posteriormente a isto, o enfermeiro deve esclarecer as etapas que constituem a entrevista, assegurando desde logo a confidencialidade e privacidade, o que não foi clarificado. A enfermeira optou por iniciar a entrevista explorando o motivo que levou a adolescente aquela consulta. Questiono se perante a ausência da clarificação da garantia da confidencialidade e da privacidade, a entrevista não poderá ter ficado condicionada. Mais acrescento que a mesma, tal como já tinha verificado anteriormente, decorreu sempre na presença da mãe. Neste sentido, importa perceber o que leva os profissionais e manter os familiares presentes ao longo de toda a entrevista. Insegurança? Necessidade de um elemento de referência do adolescente para a colheita de dados? Confesso que as respostas obtidas traduzem sobretudo uma certa desvalorização do facto do adolescente poder ter um momento a sós com o profissional e em parte uma certa insegurança. Segundo Goldenring e Rosen (2004) os pais, familiares ou outros adultos não devem estar presentes na entrevista, exceto numa fase inicial. No entanto, caso o adolescente solicite esta presença, é importante ter em mente que a mesma é suscetível de

limitar a informação confidencial que o adolescente poderia fornecer. Por outro lado esta primeira permissão tornará difícil a exclusão do familiar em consultas seguintes, quando eventualmente o adolescente tiver problemas particulares para discutir.

Continuando, na fase exploratória da entrevista, a enfermeira procura contextualizar a queixa referida pela adolescente e que representa o principal motivo para a existência desta consulta. Embora não pareça existir aqui um guia para conduzir esta fase, existem autores que defendem a existência de um guião que conduza a colheita de dados.

A HEADSSS (Casa, Educação, Atividades, Drogas, Sexualidade, Segurança e Suicídio) é útil como referencial à colheita de informação necessária. Esta abordagem ajuda a desvendar áreas de preocupação e angústia, permitindo igualmente identificar fatores de proteção e sistemas de apoio que podem ser utilizados para a promoção da saúde (Sacks & Westwood, 2003; OE 2010b).

Face à recolha de dados, a enfermeira identifica algumas problemáticas e em conjunto com a adolescente propõe alternativas e estratégias para dar resposta às mesmas. Nesta fase a construção de habilidades de tomada de decisão é importante e por isso a nomenclatura PASTE (Problema; Alternativa; Seleccionar; Testar; Avaliar) torna-se útil para ensinar habilidades e revelar problemas que o adolescente enfrenta (Sacks & Westwood, 2003). Aqui a adolescente parece renitente à mudança criando facilmente obstáculos. Importa por isso mobilizar um outro conceito crucial para o sucesso desta entrevista que é a motivação.

Um profissional competente para fazer entrevista motivacional, é capaz de criar um ambiente que permite ao adolescente partilhar informação sobre os seus comportamentos de risco, melhorar a sua motivação para mudança e obter orientações de como o deve fazer. Este sucesso poderá conseguir-se com recurso a estratégias que incluem: expressar empatia, ter uma atitude de não julgamento, entendendo a perspetiva do adolescente e contornar atitudes de resistência, incentivando a autoexploração do comportamento (Salerno, et al 2015).

No final da entrevista a adolescente mostrou desagrado face à entrevista transparecendo desinteresse em futuras consultas. Estarão estas falhas identificadas na base da baixa adesão destes adolescentes às consultas? Parece-me que a falta de conhecimento na área da comunicação com o adolescente e sobretudo ao nível da entrevista poderá ser uma das explicações.

Face a todos os aspetos mencionados, destaco o desenvolvimento de algumas

competências enquanto futura EE, nomeadamente na capacidade de identificar “oportunidades de melhoria” (OE, 2010a, p.6), diagnosticar “necessidades formativas” e identificar “lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes de investigação” (OE, 2010a, p.10). Por outro lado, face às experiências vivenciadas e às aprendizagens adquiridas, considero ter desenvolvido a competência a que me propus, “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2010c, p.5), enquanto futura EEESCJ.

3. PERSPETIVAR A MELHORIA NA QUALIDADE DOS CUIDADOS AO ADOLESCENTE QUE PROCURA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O EEESCJ distingue-se pelas competências técnicas e/ ou relacionais que desenvolve, cuidando da criança/ jovem em situação de saúde/ doença. Assim, torna-se crucial a existência de uma formação contínua com vista ao desenvolvimento profissional, de modo a garantir a prestação de cuidados de qualidade (OE, 2011).

Numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados prestados no serviço de urgência, onde atualmente desempenho as minhas funções, tornou-se importante refletir com a equipa de enfermagem sobre as principais dificuldades e barreiras na comunicação com o adolescente e estratégias para as ultrapassar. Neste sentido, foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem tendo por base esse objetivo.

Os dados colhidos apontam para a existência de dificuldades na comunicação com o adolescente sobretudo associadas às características do serviço, à linguagem utilizada pelos profissionais de saúde, aos comportamentos dos adolescentes e ao estabelecimento de comunicação. Por outro lado, cerca de 44% da amostra considerou existirem obstáculos à comunicação com o adolescente, associados às condições físicas do serviço, obstáculos estes que se prendem com questões como a privacidade e a decoração do espaço. Para além das condições físicas, para cerca de 83% dos enfermeiros, os obstáculos estão também relacionados com os profissionais de saúde, nomeadamente com a linguagem verbal e não-verbal utilizada, com as características sociodemográficas da equipa, com os conhecimentos que possuem e com a disponibilidade que demonstram.

Para a totalidade da amostra as estratégias facilitadoras da abordagem ao adolescente acentam sobretudo numa comunicação eficaz, no respeito pelas questões éticas, na capacidade em estabelecer relação, no fardamento adequado, na atitude dos profissionais e no ambiente tranquilo.

Finalmente, cerca de 67% dos enfermeiros sente necessidade de formação na área do atendimento ao adolescente, resultado este sustentado por 83% da amostra que acrescenta ainda que nunca teve formação neste sentido durante o seu percurso profissional.

Ao serem exploradas as áreas de interesse para formação em serviço os resultados apontam para as estratégias de abordagem do adolescente e para os tipos de comunicação com o adolescente, questões associadas quer à presença da família quer à preparação para os procedimentos e aspetos relacionados com o desenvolvimento do adolescente. Estes e outros dados podem ser consultados em Apêndice V.

Perante os resultados será de toda a pertinência divulgar os dados obtidos à equipa de enfermagem tendo em vista a reflexão sobre os mesmos no sentido de definir e priorizar temáticas a integrar no plano de formação em serviço.

Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o EEESCJ deve nortear os seus cuidados no sentido de atingir elevados níveis de satisfação da criança/ jovem, tendo naturalmente em conta a parceria de cuidados estabelecida com a família/ pessoa significativa (OE, 2011).

Assim a entrevista semiestruturada realizada aos adolescentes permitiu recolher sugestões de melhoria das condições físicas do serviço e que apontam essencialmente para a criação de espaços individuais que confirmam ao adolescente e sua família, privacidade, assim como mobiliário adaptado não só à criança mas também ao adolescente e a existência de televisão e tomadas para carregar dispositivos eletrónicos, dada a duração do internamento. As sugestões obtidas da parte dos familiares estão intimamente associadas às sugestões dos adolescentes. Contudo, os familiares sugerem ainda que as crianças que estão a ser admitidas ou que necessitem de internamento tenham prioridade para resolver questões administrativas, nomeadamente abertura de processo clínico, em relação às crianças que estão a sair da urgência. Estes e outros dados, bem como a sua discussão podem ser consultados em Apêndice IV.

Perante a importância dos dados colhidos por entrevista, aos adolescentes, considero que seria de todo o interesse transmiti-los, igualmente, à equipa de saúde, nomeadamente à equipa de enfermagem, permitindo que em conjunto fossem analisadas e discutidas questões nomeadamente associadas à linguagem utilizada pelos profissionais e à garantia da privacidade na prestação de cuidados. Assim, propõe-se integrar este assunto no plano de formação em serviço de 2017.

Em conclusão, considero que os dados obtidos e futuramente divulgados à instituição permitirão contribuir para algumas mudanças no sentido da melhoria da

qualidade dos serviços e dos cuidados prestados aos adolescentes que recorrem a este local.

4. QUESTÕES ÉTICAS

Reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e que fomentem a melhoria nos cuidados prestados, para alicerçar e consolidar o saber e ainda para fundamentar a prática, dando um forte contributo à sua visibilidade social (Martins, 2008).

Durante o percurso por esta unidade curricular e especificamente no último local de estágio, face aos objetivos definidos, surgiu a necessidade de consultar processos clínicos, realizar entrevistas semiestruturadas aos adolescentes e aplicar questionários à equipa de enfermagem no sentido de dar resposta aos objetivos específicos traçados.

Naturalmente que associado a isto surgem questões éticas que importam ser respeitadas e por isso mesmo realçadas dada a natureza da sua importância.

Assim a sua realização necessitou, obviamente, da autorização da respetiva direção de enfermagem e da comissão de ética. O requerimento dirigido às mesmas inclui uma breve fundamentação do projeto, a declaração do consentimento informado (Apêndice VI), o guião da entrevista semiestruturada a efetuar aos adolescentes (Apêndice VII) e o questionário a aplicar aos enfermeiros da urgência (Apêndice VIII). Obtida a autorização, avançou-se com a recolha dos dados.

Antes da realização das entrevistas semiestruturadas, foram explicados aos adolescentes e seus familiares/ responsável legal os objetivos da mesma bem como entregue a declaração de consentimento informado. A entrevista só avançou depois do adolescente ter manifestado o seu interesse na participação do estudo. Segundo Martins (2008), a participação no projeto de investigação pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos clientes. Caso a população visada não tenha autonomia plena, como é o caso de menores, este deve ser obtido junto dos familiares ou de tutores responsáveis por eles.

Quer nas entrevistas semiestruturadas, quer na aplicação do questionário à equipa de enfermagem, foi dado a conhecer o tipo de estudo e os seus objetivos, bem como assegurada a confidencialidade e anonimato no tratamento e divulgação dos dados. No caso particular dos questionários, os mesmos foram distribuídos à equipa de enfermagem pessoalmente, sendo solicitado que os mesmos, após o seu preenchimento, fossem colocados num envelope que ficaria disponível no serviço,

de modo a garantir o anonimato. O direito ao conhecimento e o direito ao anonimato e confidencialidade são dois dos direitos que assistem o cliente que aceita participar num estudo e por isso mesmo devem ser cumpridos.

Especificamente na divulgação dos dados não deverá ser possível identificar nenhum dos participantes da mesma forma, que não deve ser identificada a instituição onde decorre o estudo. Neste sentido, deve proceder-se à codificação dos resultados obtidos (Nunes, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um projeto de intervenção da área da Saúde Infantil e Pediatria visa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A partir da identificação de uma problemática é possível destacar necessidades e conseqüentemente planear e implementar intervenções no sentido da sua satisfação.

A comunicação em saúde tem por objetivo informar e influenciar as decisões do indivíduo e da comunidade em que este se insere numa perspetiva da promoção da saúde, sendo considerada transversal a todos os contextos mas sobretudo na relação entre o profissional de saúde e o cliente. Neste sentido, podemos afirmar que a comunicação é o pilar de sustentação dos cuidados de enfermagem.

A dificuldade na comunicação com o adolescente foi a problemática identificada e aquela que deu sentido à construção do presente relatório de estágio. Como alicerce fundamental à qualidade dos cuidados de enfermagem, surgiu a necessidade de direcionar o percurso nos diferentes contextos, no sentido de aprofundar os conhecimentos sobre esta temática, refletir sobre as práticas e desenvolver competências comunicacionais mais ajustadas no cuidado ao adolescente.

Assim todo o caminho percorrido constituiu um desafio quer na capacidade de pesquisa quer na capacidade de desenvolvimento e aquisição de inúmeras competências. A passagem pelos diferentes locais representou uma oportunidade para consolidar conhecimentos, planear e implementar os cuidados ao adolescente e sua família e adquirir competências preconizadas para o EE e para o EEESCJ nomeadamente na área da saúde/ doença do adolescente.

De destacar a relevância dos dados obtidos através da colheita efetuada pela consulta de processos clínicos, realização de entrevistas semiestruturadas aos adolescentes e aplicação de questionário à equipa de enfermagem da urgência que futuramente permitirão refletir com a equipa de saúde, nomeadamente com a equipa de enfermagem no sentido de perspetivar a melhoria no atendimento ao adolescente.

E porque o futuro profissional perspetiva-se num permanente investimento no desenvolvimento profissional, pretendo manter os conhecimentos atualizados de

modo a sustentarem a minha prática clínica, mobilizar as competências adquiridas com este percurso académico e participar em projetos de investigação que avaliem a qualidade dos cuidados de enfermagem de uma forma sistemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. C. (2008) *Transições e Contextos Multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.

Abreu, M. & Azevedo, A. (2012) O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição. *Adolescência e Saúde*, 9 (3), 21-28.

Amaral, N. (2009) *Parceria de Cuidados entre Enfermeiras e Pais de Recém-nascidos prematuros internados – a visão das enfermeiras*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Batista, P. (2006) Comunicar com o adolescente hospitalizado. *Revista Nursing*, 211, 36-39.

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000) *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Carvalho, Â. & Guedes, M. (2007) *As vivências da saúde do adolescente*. In: *Aprendendo o cuidado de enfermagem/ org. Camaro, I., Radique, L., Carneiro, M., Guedes, M., Rebelo, T. (p.225 - 245)*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.

Comissão para a melhoria da prática e Comissão de prática e medicina de ambulatório (2008) Principles for the Development and Use of Quality Measures. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, 121 (2), 411- 418.

Conz, C., Merighi, M. & Jesus, M. (2009) Promoção de Vínculo Afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um desafio para as enfermeiras. *Revista de Escola de Enfermagem de São Paulo*, 43 (4), 846-851.

Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 05/10/2015. Disponível em

<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Figueiredo, S., Gomes, I., Pennafort, V., Monteiro, A. & Figueiredo, J. (2013) Comunicação Terapêutica entre profissionais de saúde e mães acompanhantes durante a hospitalização do filho. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17 (4). Acedido a 15/11/2015. Disponível em http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=920#B13

Fonseca, H. (2005) *Viver com Adolescentes* (3ª ed.). Lisboa: Editorial Presenças.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (2011) *Adolescência uma fase de oportunidades: Situação Mundial da Infância*. USA: UNICEF. Acedido em 01/06/2015. Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf.

Gabriel, M. J. M. (2014) *Importância da Comunicação na Vivência das Transições do Adolescente Hospitalizado*. Relatório de estágio para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem Acedido a 10/10/2015. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1208>

Goldenring, J. & Rosen, D. (2004) Getting into adolescent heads: an essential update. *Modern Medicine*. Acedido a 15/11/2015. Disponível em <https://www2.aap.org/pubserv/PSVpreview/pages/Files/HEADSS.pdf>

Gonçalves, M. & Gomes, M. (2013) *A Comunicação Terapêutica nos Cuidados de Enfermagem com doentes internados/ interação enfermeiro utente*. Trabalho de Licenciatura. Universidade de Mindelo.

Harrison, T. M. (2010) Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343.

Higarashi, I., Baratieri, T., Roecker, S. & Marcon, S. (2011) Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Revista de Enfermagem*, 9 (3), 375-380.

Hockenberry, J. M. (2014) *Comunicação e avaliação inicial da criança*. In Wong enfermagem da criança e do adolescente (9ª ed)/ Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). Loures: Lusociência.

Larsman, P., Eklof, M. & Torner, M. (2012) Adolescents risk perceptions in relation to risk behavior with long-term health consequences; antecedents and outcomes: A literature review. *Safety Science*, 50, 1740-1748.

Loureiro, H. (2012) *Cuidar em Enfermagem: Percepção do Adolescentes*. Relatório Final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Maas, T. & Zagonel, I. P. S. (2005) Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 68-75. Acedido a 01/06/2015. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5014/3790>.

Marques, R., Silva, M. & Maia, F. (2009) Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UERJ*, 17 (1), 91-95.

Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2010) *Administração e Liderança em Enfermagem*. (6ª ed). Porto Alegre: Artmed.

Martins, J. (2008) Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Revista Pensar em Enfermagem*, 12 (2), 62-66.

Martyn, K., Munro, M., Darling-fisher, C., Ronis, D., Villarruel, A., Pardee, M. & Faleer, H. (2013) Patient-centered communication with adolescents and young adults. *Journal of Pediatrics Health Care*, 27 (5), 320.

Meleis, A. I. (2007) *Theoretical Nursing: Development & Progress* (3ª ed.). Filadélfia: Lippincott.

Meleis, A. I. (2012) *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5ª ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins.

Neto, F., Dias, M., Rocha, J. & Cunha, I. (2007) Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista brasileira de enfermagem*, 60 (3), 279-285.

Nunes, L. (2013) *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal. Acedido a 04/04/2016. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2007) *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados*. Lisboa. Acedido a 14/07/2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPPraticas.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010a) Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Acedido a 10/10/2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b) *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, 3. Lisboa. Acedido a 12-10-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010c) Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa.

Acedido a 10/10/2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa. Acedido a 15/02/2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudecriancajovem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2014) *Norma para o Cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Acedido a 15/02/2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_a_provado_por_maioria_proteg.pdf.

Organização Mundial de Saúde (1986) *Conferencia internacional para a promoção da saúde com vista a uma nova saúde pública: Carta de Ottawa*. Ottawa: OMS.

Pelander, T. & Leino-Kilpi, H. (2004) Quality of Pediatric Nursing Care: Children's Expectations. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 27 (3), 139-151.

Phaneuf, M. (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pimentel, A. (2007) A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12 (2), 159-168.

Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2008) Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (3), 312-318.

Ruas, M. (2011) *A reflexão como estratégia de desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro.

Sacks, D. & Westwood, M. (2003) An approach to interviewing adolescents. *Paediatr Child Health*, 8 (9), 554–556. Acedido a 15/11/2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2794315/>

Salerno, J., Delaney, K., Swartwout, K. & Annie Kao, T. (2015) Improving interdisciplinary professionals capacity to motivate adolescent behavior change. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11 (6), 626 – 632.

Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M. & Leite, A. M. (2003) Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (4), 539-543.

Sequist, T. D., Schneider, E. C., Anastario, M., Odigie, E. G., Marshall, R.; Rogers. W. H. & Gelb Safran, D. G. (2008) Quality monitoring of physicians: Linking patients' experiences of care to clinical quality and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 1784-1790.

Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (2011) *Paralisia Cerebral*. Acedido a 09/01/2016. Disponível em <http://neuropediatria.pt/para-os-pais/paralisia-cerebral>.

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2005) *Requisitos para o atendimento ao adolescente*. Consenso da secção de medicina do adolescente da sociedade portuguesa de pediatria. Acedido em 01/06/2015. Disponível em http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_SPP/Atendimento_Adolescente.pdf

Sousa, D. (2013) *Competências e Saberes em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 01/06/2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Competências%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>

World Health Organization (2002) *Adolescent Friendly Health Services - Ana Agenda for Change*. Geneva: WHO. Acedido a 01/06/2015. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf.

World Health Organization (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Geneva: World Health Organization. Acedido 11/01/2016. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html

World Health Organization (2015) *Core Competencies in Adolescent Health and development for primary care providers*. Geneva: WHO. Acedido a 01/06/2015. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148354/1/9789241508315_eng.pdf?ua=1.

Zagonel, I. P. S. (1998) O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transacionais humanos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 11 (2), 56-63.

APÊNDICES

Apêndice I
Objetivos e Atividades de Estágio

Unidade de Cuidados na Comunidade

<u>Objetivo Geral</u>		
Desenvolver Competências de EEESCJ		
<u>Objetivo Específico</u>		
Cuidar da criança/ jovem e família nos vários contextos de cuidados com especial enfoque na promoção do desenvolvimento e da saúde		
Atividades	Recursos	Período Temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de bibliografia atualizada; • Avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem com recurso a escalas de desenvolvimento creditadas e adequadas; • Educação para a saúde à criança/ jovem e família de acordo com o nível de desenvolvimento, situação de saúde e cultura; • Participação na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil; • Recolha de dados junto do enfermeiro responsável da unidade sobre a existência de eventuais projetos no âmbito da promoção do desenvolvimento e da saúde; • Colaboração em projetos implementados pela instituição, nomeadamente em projetos no âmbito da Saúde Escolar; 	<p><u>Materiais:</u></p> <p>**Bibliografia atualizada;</p> <p>**Escala de desenvolvimento na criança;</p> <p><u>Humanos:</u></p> <p>**Enfermeiro responsável unidade;</p> <p>**Enfermeiro Orientador de Estágio;</p>	<p>5/10/2015 a 30/10/2015</p>
<p><u>Competências de EE:</u></p> <p>D1.1.1 Desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ ou a equipa multidisciplinar;</p> <p><u>Competências de EEESCJ:</u></p> <p>E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor (...), da capacidade para gerir o regime (...);</p> <p>E3.1 Promove o crescimento e desenvolvimento infantil.</p>		

<u>Objetivo Geral</u> Desenvolver Competências de EEESCJ		
<u>Objetivo Específico</u> Identificar as principais necessidades de saúde e motivos de procura dos adolescentes que recorrem a esta Unidade		
Atividades	Recursos	Período Temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Recolha de dados junto do enfermeiro responsável da unidade, junto do adolescente, através de conversas informais e através da consulta de eventuais registos de enfermagem; • Identificação do modo como é feito o registo das necessidades de saúde e motivos de procura dos adolescentes; • Análise dos dados obtidos à luz da evidência científica; • Elaboração de um documento de síntese sobre as principais necessidades de saúde e motivos de procura dos adolescentes; • Conhecimento e participação em projetos direcionados para os adolescentes; 	<p><u>Materiais:</u> **Computador; **Bibliografia atualizada;</p> <p><u>Humanos:</u> **Enfermeiro Orientador do Estágio; **Enfermeiro responsável da unidade;</p>	<p>5/10/2015 a 30/10/2015</p>
<p><u>Competências de EEESCJ:</u> E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor (...) da capacidade para gerir o regime (...);</p>		

<u>Objetivo Geral</u>		
Desenvolver <i>boas práticas</i> de comunicação Enfermeiro-Adolescente		
<u>Objetivo Específico</u>		
Aprofundar conhecimentos sobre comunicação com o adolescente/ família em situação de saúde/ doença		
Atividades	Recursos	Período Temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de bibliografia atualizada; • Registo de momentos de interação, através da observação, entre o enfermeiro/ adolescente e entre o enfermeiro/ adolescente/ família; • Início da construção de um documento sobre princípios a ter em conta e possíveis estratégias a utilizar na comunicação do enfermeiro com adolescente/ família; 	<p><u>Materiais:</u> **Computador; **Bibliografia atualizada;</p> <p><u>Humanos:</u> **Enfermeiro Orientador de Estágio e restante equipa;</p>	5/10/2015 a 30/10/2015
<p><u>Competências de EE:</u> D2.1.3 Diagnostica necessidades formativas; D2.2.2 Identifica lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;</p> <p><u>Competências de EEESCJ:</u> E3.3 Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>		

Unidade de Cuidados Neonatais

<p><u>Objetivo Geral</u> Desenvolver Competências de EEESCJ</p>		
<p><u>Objetivo Específico</u> Cuidar da criança e família com especial enfoque na promoção do desenvolvimento e da saúde</p>		
Atividades	Recursos	Período Temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Observação e promoção da vinculação pais - recém-nascido; • Avaliação do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido; • Participação no planeamento, execução e avaliação dos cuidados ao recém-nascido e aos pais; • Educação para a saúde aos pais no âmbito dos cuidados ao recém-nascido de acordo com as dificuldades manifestadas; • Realização de uma entrevista à Enfermeira Responsável pela Unidade com o intuito de conhecer a dinâmica orgânico-funcional da mesma; 	<p><u>Humanos:</u> **Enfermeiro Orientador de Estágio; **Pais; ** Recém-nascido; ** Enfermeira Responsável pela unidade.</p>	<p>2/11/2015 a 20/11/2015</p>
<p><u>Competências de EE:</u> D1.1.1 Desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ ou a equipa multidisciplinar;</p> <p><u>Competências de EEESCJ:</u> 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 necessidades especiais.</p>		

<u>Objetivo Geral</u>		
Desenvolver <i>boas práticas</i> de comunicação Enfermeiro-Adolescente		
<u>Objetivo Específico</u>		
Identificar os tipos e estratégias de comunicação utilizados pelos Enfermeiros na relação com os pais, nomeadamente adolescentes		
Atividades	Recursos	Período Temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Observação dos tipos e estratégias de comunicação utilizados na relação Enfermeiro – Pais, nomeadamente adolescentes; • Observação e registo das características do serviço e das atitudes do profissionais que podem facilitar e/ ou dificultar a comunicação entre o Enfermeiro e os Pais; • Realização de uma entrevista à Enfermeira Responsável pela Unidade no sentido de identificar os tipos e estratégias de comunicação utilizados pelos Enfermeiros bem como barreiras e dificuldades à comunicação mencionadas por estes; • Registo de dificuldades e barreiras à comunicação entre o Enfermeiro e os Pais adolescentes, mencionadas pelos Enfermeiros da Unidade através de conversas informais. 	<u>Humanos:</u> **Enfermeiro Orientador de Estágio; **Pais; ** Enfermeira Responsável pela Unidade;	2/11/2015 a 20/11/2015
<u>Competências de EEESCJ:</u> E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.		

Unidade de Internamento

<u>Objetivo Geral</u>		
Desenvolver Competências de EEESCJ		
<u>Objetivo Específico</u>		
Cuidar do adolescente e sua família com especial enfoque na promoção do desenvolvimento e da saúde		
Atividades	Recursos	Período temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Participação no planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem ao adolescente e família; • Educação para a saúde ao adolescente e família de acordo com o nível de desenvolvimento, situação de saúde e cultura; • Identificação dos fatores que influenciam o crescimento e desenvolvimento saudáveis no adolescente face à situação de doença e internamento. 	<p><u>Materiais:</u> **Computador; **Bibliografia atualizada;</p> <p><u>Humanos:</u> **Enfermeiro Orientador de Estágio e restante equipa de saúde; **Adolescente e Família;</p>	23/11/2015 a 18/12/2015
<p><u>Competências de EE:</u> D1.1.1 Desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ ou a equipa multidisciplinar;</p> <p><u>Competências de EEESCJ:</u> E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor (...), da capacidade para gerir o regime (...); E1.2 Diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida do jovem; E3.1 Promove o crescimento e desenvolvimento infantil.</p>		

<u>Objetivo Geral</u>		
Desenvolver Competências de EEESCJ		
<u>Objetivo Específico</u>		
Identificar os principais motivos de internamento dos adolescentes e suas necessidades durante o mesmo		
Atividades	Recursos	Período temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de uma entrevista ao enfermeiro responsável da unidade com o intuito de identificar os principais motivos de internamento dos adolescentes e suas necessidades durante o mesmo; • Identificação do modo como é feito o registo das necessidades de saúde manifestadas pelos adolescentes; • Recolha de dados junto da equipa de enfermagem, adolescente e família, através de conversas informais, sobre as principais necessidades de saúde do adolescente durante o internamento; • Observação e registo das estratégias adotadas pela equipa de enfermagem para dar resposta às necessidades do adolescente; • Elaboração de um documento síntese sobre os principais motivos de internamento dos adolescentes e suas necessidades durante o mesmo; • Realização de eventual sessão de educação para a saúde direcionada ao adolescente face às necessidades identificadas (temática por definir). 	<p><u>Materiais:</u> **Computador;</p> <p><u>Humanos:</u> **Enfermeiro Orientador do Estágio e restante equipa de enfermagem; **Enfermeiro responsável da unidade; **Adolescente; **Família;</p>	<p>23/11/2015 a 18/12/2015</p>
<u>Competências de EEESCJ:</u>		
E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor (...) da capacidade para gerir o regime (...).		

<u>Objetivo Geral</u>		
Desenvolver <i>boas práticas</i> de comunicação Enfermeiro-Adolescente		
<u>Objetivo Específico</u>		
Identificar os tipos e estratégias de comunicação utilizados na abordagem ao adolescente em situação de doença e internamento		
Atividades	Recursos	Período temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Observação da comunicação na relação profissional de saúde / adolescente e profissional de saúde/ adolescente/ família; • Utilização de técnicas facilitadoras de comunicação com o adolescente; • Observação e registo das características do serviço e das atitudes dos profissionais que podem facilitar e/ ou dificultar a comunicação entre o enfermeiro e o adolescente; • Registo de dificuldades e barreiras à comunicação com o adolescente, mencionadas pelos enfermeiros do serviço (passagens de turno, conversas informais, etc.); • Realização de uma entrevista à enfermeira responsável da unidade com o intuito de identificar dificuldade e barreiras à comunicação com o adolescente verbalizadas pela equipa de enfermagem; • Dar continuidade à construção do documento “princípios a ter em conta e estratégias a utilizar na comunicação do enfermeiro com adolescente/ família”; 	<p><u>Materiais:</u> **Computador;</p> <p><u>Humanos:</u> **Enfermeiro responsável da unidade; **Enfermeiro orientador de Estágio e restante equipa de saúde; **Adolescente; **Família;</p>	<p>23/11/2015 a 18/12/2015</p>
<p><u>Competências de EE:</u> D2.1.3 Diagnostica necessidades formativas;</p> <p><u>Competências de EEESCJ:</u> E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>		

Unidade de Urgência

<u>Objetivo Geral</u> Desenvolver Competências de EEESCJ		
<u>Objetivo Específico</u> Cuidar do adolescente e sua família com especial enfoque na promoção do desenvolvimento e da saúde		
Atividade	Recursos	Período Temporal
<ul style="list-style-type: none">• Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados ao adolescente e família;• Educação para a saúde ao adolescente e família de acordo com a situação de saúde e cultura;• Registo dos fatores que influenciam o crescimento e desenvolvimento saudáveis no adolescente.	<u>Materiais:</u> **Computador; <u>Humanos:</u> **Enfermeiro Orientador de Estágio e restante equipa de saúde; **Adolescente e Família;	04/01/2016 a 12/02/2016
<u>Competências de EEESCJ:</u> E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor (...), da capacidade para gerir o regime (...); E1.2 Diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida do jovem; E3.1 Promove o crescimento e desenvolvimento infantil.		

<u>Objetivo Geral</u>		
Desenvolver Competências de EEESCJ		
<u>Objetivo Específico</u>		
Identificar os principais motivos de procura dos adolescentes quando recorrem à urgência		
Atividades	Recursos	Período Temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de processos clínicos, com prévia autorização da instituição; • Elaboração de um documento de síntese sobre os principais motivos de procura dos adolescentes; • Divulgação dos dados obtidos à equipa de enfermagem, se oportuno; 	<p><u>Materiais:</u> **Computador; **Processos Clínicos;</p> <p><u>Humanos:</u> **Enfermeiro Orientador do Estágio e restante equipa de saúde;</p>	04/01/2016 a 12/02/2016
<u>Competências de EEESCJ:</u>		
E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor (...) da capacidade para gerir o regime (...).		

<u>Objetivo Geral</u> Desenvolver Competências de EEESCJ		
<u>Objetivo Específico</u> Identificar as principais necessidades dos adolescentes durante o internamento em urgência		
Atividades	Recursos	Período Temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestruturada ao adolescente e família para recolha de dados; • Observação e registo das estratégias adotadas pela equipa de enfermagem para dar resposta às necessidades do adolescente; • Divulgação dos dados obtidos à equipa de enfermagem, se oportuno; 	<p><u>Materiais:</u> **Computador; **Guia da entrevista semiestruturada;</p> <p><u>Humanos:</u> **Enfermeiro Orientador do Estágio e restante equipa de saúde; **Adolescente e Família.</p>	04/01/2016 a 12/02/2016
<p><u>Competências de EE:</u> D2.1.3 Diagnostica necessidades formativas;</p> <p><u>Competências de EEESCJ:</u> E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor (...) da capacidade para gerir o regime (...)</p>		

<u>Objetivo Geral</u>		
Desenvolver <i>boas práticas</i> de comunicação Enfermeiro-Adolescente		
<u>Objetivo Específico</u>		
Identificar as dificuldades e as estratégias de comunicação utilizadas na abordagem ao adolescente em situação de urgência		
Atividades	Recursos	Período Temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Revisão da literatura na área da comunicação com o adolescente; • Observação da comunicação na relação profissional de saúde / adolescente e profissional de saúde/ adolescente/ família; • Utilização de técnicas facilitadoras de comunicação com o adolescente; • Observação e registo das características do serviço e das atitudes dos profissionais que podem facilitar e/ ou dificultar a comunicação entre o enfermeiro e o adolescente; • Aplicação de Questionário aos enfermeiros para registo de dificuldades e barreiras à comunicação com o adolescente; • Registo dos aspetos referidos e valorizados pela equipa de enfermagem, em conversas de trabalho (passagens de turno e nos cuidados prestados ao adolescente/ família), no âmbito das dificuldades e barreiras à comunicação com os adolescentes; • Dar continuidade à construção do documento “princípios a ter em conta e estratégias a utilizar na comunicação do enfermeiro com adolescente/ família”; 	<p><u>Materiais:</u> **Computador; **Questionário; **Bases de dados;</p> <p><u>Humanos:</u> **Enfermeiro orientador de Estágio e restante equipa de saúde; **Adolescente e Família;</p>	04/01/2016 a 12/02/2016
<p><u>Competências de EE:</u> B2.2.1 Identifica oportunidades de melhoria; D2.1.3 Diagnostica necessidades formativas; D2.2.2 Identifica lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;</p>		

Competências de EEESCJ:

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Apêndice II
Cronograma de Estágio

Cronograma de Estágio																							
2015												2016											
Setembro	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro			Março				
Dias																							
28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26	4	
ESEL	Unidade de Cuidados na Comunidade																						
					Unidade de Cuidados Neonatais															Relatório de Estágio			
									Unidade de Internamento				FÉRIAS										
									Unidade de Urgência														

Apêndice III
Caraterização dos motivos de procura da Urgência pelos
Adolescentes: apresentação dos dados

Caracterização dos motivos de procura da Urgência pelos Adolescentes: apresentação dos dados

No âmbito do estágio em Serviço de Urgência de um Hospital e de acordo com o objetivo específico traçado “Identificar os principais motivos de procura dos adolescentes quando recorrem à urgência”, surgiu a necessidade de consultar os processos clínicos dos adolescentes que recorreram à Urgência Pediátrica entre Julho e Dezembro de 2014.

Neste sentido e de acordo com o Parecer emitido à Direção de Enfermagem e remetido para a Comissão de Ética do Hospital, foram solicitados os processos clínicos com datas de nascimento compreendidas entre 1995 a 2004, referentes a adolescentes que estivessem estado presentes no serviço nos últimos 6 meses de 2014. No entanto e face à impossibilidade, por parte da instituição, em refinar a pesquisa de acordo com os critérios acima mencionados, foram emitidos 14026 processos clínicos para consulta. Dado o curto período de tempo em contexto de estágio não foi possível consultar todos os processos emitidos em tempo útil pelo que a apresentação dos resultados que se segue, dizem respeito ao período de Julho a Setembro em que foi possível consultar todos os processos.

Entre Julho e Setembro de 2014 foram admitidas 5410 crianças/ jovens sendo que cerca de 15% das admissões foram referentes a adolescentes entre os 10 e os 15 anos de idade (Gráfico 1).

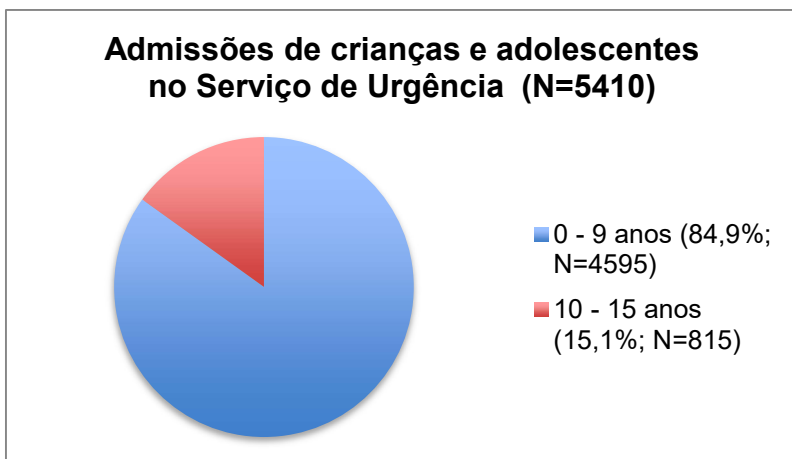


Gráfico 1: Admissões de crianças e adolescentes no Serviço de Urgência de Julho a Setembro de 2014

Tendo por referência o mesmo período e a idade, dos 815 adolescentes admitidos, cerca de 53% eram rapazes.

Por outro lado, considerando a distribuição por idades, durante o mesmo período, cerca de 5% dos adolescentes admitidos tinham 15 anos de idade, tal como se observa no Gráfico 2. Dado que esta urgência pediátrica só faz admissões até aos 14 anos, atribuiu-se este dado a exceções consentidas pelos profissionais de saúde tendo em conta o histórico do adolescente e a necessidade em manter acompanhamento pelo mesmo médico. A restante amostra apresenta distribuição bastante uniforme.

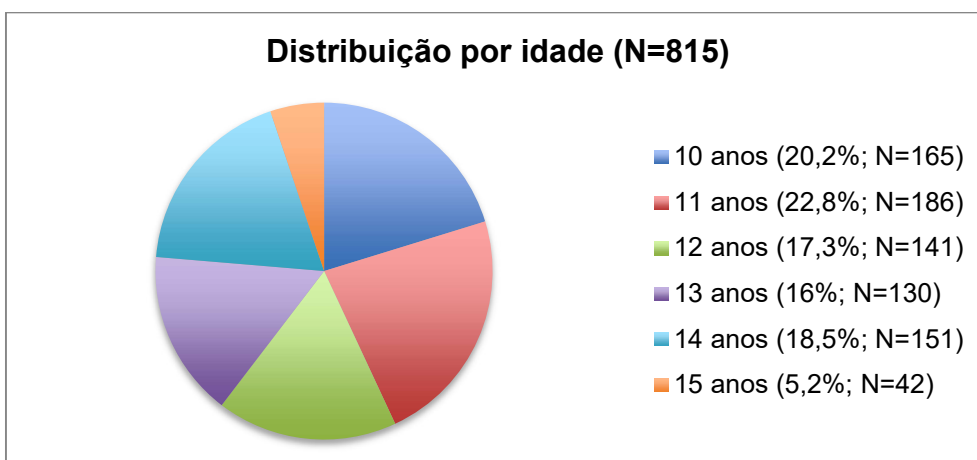


Gráfico 2: Distribuição dos adolescentes admitidos entre Julho e Setembro de 2014, por idade

Procurando dar resposta ao objetivo inicial e a partir da leitura das triagens efetuadas, concluiu-se que os principais motivos que levaram o adolescente à urgência foram situações clínicas de dor (36%), nomeadamente otalgias e odinofagias, e ainda situações de dor associadas a outras manifestações (14%). Também se destacam os traumatismos (19%) decorrentes sobretudo de quedas (Quadro 1). Embora a maioria dos casos de dor, admitidos, pudessem ter sido solucionados no âmbito de um outro contexto de cuidados, nomeadamente em cuidados de saúde primários, habitualmente, como refere Fonseca (2012), os adolescentes procuram resolução para os seus problemas agudos de doença ao nível dos serviços de urgência, onde acreditam que iram encontrar profissionais de saúde que lhes irão resolver os seus problemas pontuais.

Quadro 1: Distribuição dos adolescentes admitidos entre Julho e Setembro de 2014, por motivo(s) / queixa(s)

Motivo(s) / Queixa(s)	Masculino	Feminino	N= 834	%
Lesões cutâneas	21	33	54	6,5
Dor	148	148	296	35,5
Dor e Vômitos	14	9	23	2,8
Dor e Diarreia	0	5	5	0,6
Dor e Tosse	6	14	20	2,4
Dor e Febre	39	29	68	8,2
Vômitos	10	5	15	1,8
Diarreia	2	2	4	0,5
Vômitos e Diarreia	5	5	10	1,2
Vômitos, Diarreia e Febre	5	3	8	1
Traumatismo	103	57	160	19,2
Tosse	11	10	21	2,5
Dificuldade Respiratória	2	5	7	0,8
Febre	5	3	8	1
Febre e Tosse	10	5	15	1,8
Febre, Dor e Tosse	5	1	6	0,7
Febre e Diarreia	2	3	5	0,6

Lipotimia	1	9	10	1,2
Sinais Inflamatórios	27	21	48	5,8
Obstipação	0	1	1	0,1
Ferida	6	7	13	1,6
Varicela	0	2	2	0,2
Ansiedade	0	6	6	0,7
Tonturas	2	7	9	1,1
Epistáxis	0	1	1	0,1
Fratura	0	1	1	0,1
Astenia	0	1	1	0,1
Petéquias	1	0	1	0,1
Ingestão medicamentosa	0	3	3	0,4
Sem sinais ou sintomas significativos	7	6	13	1,6

Segundo a WHO (2012) uma das recentes e principais causas de mortalidade na adolescência são os traumatismos, sendo que por outro lado, a dor representa uma das principais causas de morbidade. Naturalmente que tudo isto está associado a elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos representam por isso um grave problema de saúde pública (OE, 2011). Neste sentido, as linhas que norteiam os PQCEE são a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Analisando o histórico de saúde dos adolescentes, verifica-se uma percentagem significativa de casos de asma (47%) já diagnosticados e com necessidade de terapêutica adjacente, acrescentando-se as situações de Pneumonia (7%) (Quadro 2).

Efetivamente e de acordo com os dados emitidos pela OE (2011), a perda da qualidade de vida associada a doenças respiratórias tais como a asma, cuja incidência tem vindo a aumentar, começa a tornar-se evidente. Por outro lado, parecem surgir novos casos de doença oncológica e diabetes. Nos dados obtidos foram confirmados cerca de 3% de casos de doença oncológica e cerca de 1% de casos de Diabetes Mellitus.

Quadro 2: Distribuição dos adolescentes admitidos entre Julho e Setembro de 2014, de acordo com o seu histórico de saúde

Histórico de Saúde	Masculino	Feminino	N= 81	%
Asma	23	15	38	46,9
Doença Genética	0	1	1	1,2
Cirurgia	2	6	8	9,9
Malformação	1	2	3	3,7
Autismo	1	1	2	2,5
Epilepsia	1	2	3	3,7
Obesidade	5	0	5	6,2
Depressão	0	1	1	1,2
Enxaqueca	1	1	2	2,5
Doença Oncológica	2	0	2	2,5
Fratura	1	1	2	2,5
Pneumonia	3	3	6	7,4
Convulsão	1	0	1	1,2
Psoríase	0	1	1	1,2
Diabetes Mellitus	0	1	1	1,2
Meningite	0	1	1	1,2
Insuficiência renal	1	0	1	1,2
Arritmia	1	1	2	2,5
Artrite	0	1	1	1,2

Os dados colhidos poderão ser importantes para a instituição uma vez que dão a conhecer os motivos de procura dos adolescentes, permitindo assim ajustar a qualidade da resposta fornecida, nomeadamente ao nível promoção da saúde e da prevenção da doença.

Referências Bibliográficas

Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes - Um desafio para Pais e Educadores*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença

Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa. Acedido a 15/02/2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudecriancajovem.pdf>

World Health Organization (2012) *Adolescent health epidemiology*. Acedido a 15/07/2016. Disponível em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/

Apêndice IV

Necessidades, Sugestões e Avaliação dos Adolescentes sobre o Atendimento na Urgência: apresentação dos dados recolhidos em entrevistas a adolescentes

Necessidades, sugestões e avaliação dos Adolescentes sobre o atendimento na Urgência: apresentação dos dados recolhidos em entrevistas a adolescentes

No sentido de dar resposta ao objetivo específico proposto “Conhecer as principais necessidades dos adolescentes durante o internamento em SO, particularmente ao nível da comunicação” foi realizada uma entrevista semiestruturada aos adolescentes alvo deste estudo. Esta entrevista decorreu com apoio de um guião construído especificamente para este estudo e tendo em conta os objetivos do mesmo (Apêndice VII).

De modo a garantir que as questões colocadas eram facilmente perceptíveis pelos adolescentes, foi realizado um pré-teste a um dos adolescentes, tendo-se revelado adequado aos objetivos de estudo.

Definiram-se como critérios de inclusão os adolescentes internados no SO do serviço de urgência e os adolescentes internados no serviço de pediatria, pós alta da urgência, com uma permanência no mesmo até ao máximo de 48h. Para além disso, consideraram-se os adolescentes com estabilidade dos seus sinais vitais, com orientação autopsíquica e alopsíquica e que aceitassem participar no estudo.

Todas as entrevistas foram realizadas junto ao momento da alta, de modo a não enviesar os resultados obtidos e no início de todas elas os adolescentes foram informados, de uma forma breve, dos objetivos do estudo, sendo reforçada a confidencialidade e o anonimato, e efetuado um pedido de autorização para proceder à gravação áudio da entrevista. A entrevista só decorreu após a obtenção do consentimento informado da parte do adolescente e do seu representante legal (Apêndice VI).

Uma das entrevistas decorreu no serviço de pediatria e as restantes no SO do serviço de urgência.

Participaram quatro adolescentes com idades entre os 10 e 16 anos, todos eles do género masculino. Segundo os resultados obtidos, todos os adolescentes da amostra frequentavam a escola, sendo que um deles frequentava uma instituição educativa privada. Todos viviam com os pais ou também com outros familiares (irmãos, primos, etc.).

Em relação à situação de saúde, todos os adolescentes revelaram ser saudáveis, recorrendo ao serviço de urgência pontualmente e em situações agudas de doença. Especificamente na urgência, três dos participantes afirmaram ter sido a sua primeira vez neste contexto. Por outro lado, o seguimento em Cuidados de Saúde Primários é cumprido apenas por um dos adolescente e em instituições privadas, sendo que todos os adolescentes referiram sentir-se bem relativamente à sua saúde.

Tendo em conta a experiência de saúde dos adolescentes, todos eles consideraram-se saudáveis, existindo mesmo um adolescente que afirma ser saudável “porque consigo fazer bem as atividades” (A3).

Quanto aos motivos de internamento foram para dois dos adolescentes a dor abdominal, para um deles os vômitos e o quarto adolescente foi referenciado por um quadro de tosse com dificuldade respiratória associada.

Os restantes dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas foram submetidos a uma análise de conteúdo e organizados num conjunto de Categorias, definidas à priori, incluindo várias Subcategorias, que se apresentam no quadro seguinte (Quadro 1).

Quadro 1: Grelha de Categorização do discurso dos adolescentes

Categoria	Subcategoria
Sentimentos e necessidades dos adolescentes face à urgência / internamento	Compreensão do motivo de internamento Necessidades básicas ou lúdicas Condições físicas do serviço Atitudes dos profissionais de saúde Linguagem Promoção da autonomia Privacidade
Características do “Bom Profissional”	Simpatia, confiança, conhecimento, sentido de humor e respeito
Sugestões de mudança	Características do local

Analisando a primeira Categoria “Sentimentos e necessidades dos adolescentes face à urgência/ internamento” e relativamente à compreensão sobre o motivo de internamento, dois dos adolescentes ficaram tranquilos face à notícia de internamento, um deles ficou curioso “porque era a primeira vez” (A1) e o outro triste “porque gosto da minha casa onde tenho as minhas coisas, brinquedos, cama, almofadas e porque pensava que isto ia ser pior mas até foi bom” (A4).

Regra geral, os adolescentes não reagem de igual forma ao internamento embora na maioria das vezes seja uma situação geradora de stress e de angústia (Abreu & Azevedo, 2012). No entanto, num estudo realizado a 21 adolescentes, com idades entre os 10 e os 17 anos, internados numa Unidade de Adolescentes, de um Hospital da Administração Regional do Norte, cerca de 23% destes adolescentes referiu tristeza/ angustia associada ao internamento (Gabriel, 2014).

Quanto às “Necessidades básicas e lúdicas”, durante o internamento, três dos adolescentes referiram várias coisas das quais sentiram mais falta nomeadamente de comer, jogar playstation, ver televisão, usar o telemóvel ou mesmo necessidade da sua roupa. Apenas um dos adolescentes referiu não ter sentido necessidade de nada em específico.

Em relação às “Condições físicas do serviço”, três dos adolescentes referiram que o serviço apresenta boas condições, considerando ser adequado à sua idade. Apenas um dos adolescentes afirma ser inadequado “Era tudo adaptado para crianças mais pequenas que eu. Não cabia na cama” (A1).

As características do espaço físico assumem particular relevância no contacto com o adolescente, preconizando-se que o mesmo seja acolhedor, agradável e confortável para os adolescentes e sua família (Grossman, Ruzany & Taquette, 2004). No entanto, alguns estudos revelaram que os adolescentes valorizam mais a relação estabelecida com o profissional acessível em prol das características do ambiente físico (Vicario 2004, citado por OE, 2010).

Assim e no que se refere às “Atitudes dos profissionais de saúde”, de um modo geral os adolescentes descreveram os profissionais de saúde como simpáticos, competentes, profissionais, tolerantes, com sentido de humor e que inspiram confiança. Apenas um dos adolescentes referiu que os profissionais não se apresentaram/ identificaram embora para este “isso não é importante” (A1). Por

outro lado, todos os adolescentes referiram que os profissionais de saúde mostraram disponibilidade para responder às preocupações sentidas.

Analisando a “Linguagem” utilizada pelos profissionais de saúde, para três dos adolescentes esta foi compreensível enquanto que para um “Às vezes não foi claro mas tinha os meus pais ao meu lado para me explicar” (A2).

Em todas as situações o médico foi o profissional de saúde que informou o adolescente do seu internamento embora o mesmo não tenha sido compreendido por um dos adolescentes, “não me explicou porque é que tinha que ficar a fazer soro. Mas o enfermeiro depois explicou o porquê” (A3). De facto, neste situação em específico foi o enfermeiro quem explicou ao adolescente o seu motivo de internamento, enquanto que nas restantes situações, duas delas foram da iniciativa do médico e uma delas não é recordável ao adolescente.

Segundo a OE (2010), torna-se importante que o profissional de saúde utilize uma linguagem simples e clara, adequando as palavras, gestos, expressão facial e tom de voz, pois só assim é possível estabelecer uma relação com o adolescente.

Na “Promoção da autonomia” do adolescente, em todas as situações o discurso foi direcionado para este, a sua opinião foi respeitada, foi informado de todos os tratamentos e foram esclarecidas as suas dúvidas.

Para ajudar o adolescente no seu processo reorganizativo de experiências com vista à construção de uma identidade pessoal, importa promover a sua independência e autonomia durante o internamento, envolvendo-o nos seus próprios cuidados e no planeamento das suas atividades quotidianas, conferindo-lhe algum controlo sobre a situação e conseqüentemente aumentando a confiança em si próprio e nos outros (Batista, 2006).

No âmbito da garantia da “Privacidade”, três dos adolescente considerou que a mesma foi respeitada, enquanto que apenas um referiu que “Claro que podia ter mais. Por exemplo quando me estava a vestir em vez de serem as pessoas a virem chamar-me, ser eu a dizer que já estava pronto” (A2).

O direito à privacidade está diretamente associado à relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro, o adolescente e sua família, facilitando o estabelecimento de diálogo e confiança mútua entre todos os elementos. O adolescente tem o direito a ser atendido individualmente, em espaço privado, onde lhe seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando a responsabilidade pelas questões associadas à sua saúde (Queirós, 2001, citado por

OE, 2010). Neste sentido e segundo os oito padrões globais inerentes aos serviços que prestam cuidados de saúde de qualidade ao adolescente, os profissionais de saúde devem possuir as competências necessárias para prestar cuidados de qualidade ao adolescente, respeitando, protegendo e cumprindo os direitos deste à informação, privacidade, confidencialidade, respeito e omissão de juízos de valor (WHO, 2015).

Quanto às “Características do “Bom Profissional”, a confiança esteve sempre presente, sendo que para todos os adolescentes um bom profissional de saúde deve ser disponível mas também simpático, confiante, possuir conhecimentos, ter sentido de humor e respeito pelo cliente.

Analisando a Categoria “Sugestões de Mudança”, e especificamente no que se refere às características do local, dois dos adolescentes consideraram que deveriam existir espaços individualizados para cada cliente, tanto para a criança como para o adolescente, referindo que “Criava espaços próprios para as crianças para terem mais privacidade com os seus familiares” (A1). Por outro lado, um adolescente considerou que deveria existir mobiliário adaptado para o adolescente – “as macas são muito pequenas” (A1), sendo que outro adolescente referiu que deveria existir televisão bem como tomadas para carregar dispositivos electrónicos.

De referir também que as necessidades dos adolescentes foram identificadas em três das situações enquanto que apenas em um dos casos isso não foi feito, “Não me perguntaram sobre as minhas necessidades mas também não precisava de nada” (A1).

Quanto à satisfação no atendimento foi igualmente questionada, sendo que todos os adolescentes atribuíram ao serviço uma classificação igual ou superior a 4 numa escala de 0 a 5, o que é um resultado bastante positivo.

No final das entrevistas aos adolescentes e uma vez que os pais estavam presentes, por imposição da Comissão de Ética, foram questionados em relação à sua satisfação com o atendimento e solicitadas eventuais sugestões de mudança.

Dos três familiares que aceitaram responder às questões, dois deles destacaram como aspetos positivos a eficácia/ rapidez no atendimento e disponibilidade por parte da equipa de profissionais. Por outro lado, a competência, simpatia e limpeza do espaço foram também mencionados por alguns.

No que se refere aos aspetos negativos estão de um modo geral associados ao tempo de espera quer para a admissão na urgência, quer para a realização de

exames ou mesmo para a obtenção das refeições. Um dos familiares referiu mesmo “Quando entramos, na admissão, eu tirei a senha e fiquei com cinco pessoas à frente que iam sair. E eu com o meu filho péssimo e nunca mais era atendida. E eu disse à menina que deviam dar prioridade às admissões mas ela disse que era por ordem de chegada” (F1).

Finalmente e em relação às sugestões de melhoria, referiram apenas duas. Uma referente à importância de conferir prioridade às admissões ou internamentos, “Acho que deviam dar prioridade às entradas/ internamentos ou intercalar senhas de admissões e saídas” (F1) e outra sobre a importância de televisão no espaço de internamento, já igualmente valorizado por um adolescente.

A colheita dos dados apresentados permitiu conhecer a opinião dos adolescentes face ao atendimento no serviço de urgência. bem como as suas necessidades durante permanência neste. Estes aspetos aliados às sugestões deixadas, representam um importante contributo para a melhoria no atendimento ao adolescente. Ainda que amostra tenha sido curta, denota-se a ressalva para alguns aspetos tais como as condições físicas do serviço, a linguagem e a privacidade sobre os quais importa refletir no sentido de perspetivar a eventual mudança.

Referências Bibliográficas

Abreu, M. & Azevedo, A. (2012) O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição. *Revista Adolescência e Saúde*, 9 (3), 21-28.

Batista, M. A. O. C. P. (2006) Comunicar com o adolescente hospitalizado. *Revista Nursing*, 211, 36-39.

Gabriel, M. J. M. (2014) *Importância da Comunicação na Vivência das Transições do Adolescente Hospitalizado*. Relatório de estágio para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem. Acedido a 10/10/2015. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1208>

Grossman, E., Ruzany, M. & Taquette, S. (2004) A consulta do Adolescente. *Revista Adolescência & Saúde*, 1 (1), 9-13. Acedido a 01/10/2010. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=223

Ordem dos Enfermeiros (2010) *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa. Acedido a 12-10-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf

World Health Organization (2015) *Core Competencies in Adolescent Health and development for primary care providers*. Geneva: WHO. Acedido a 01/06/2015. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148354/1/9789241508315_eng.pdf?ua=1

Apêndice V

**Dificuldades, barreiras e estratégias do Enfermeiro no Atendimento
ao Adolescente na Urgência: apresentação dos resultados de um
questionário dirigido aos enfermeiros**

Dificuldades, barreiras e estratégias de comunicação do Enfermeiro no atendimento ao Adolescente na Urgência: apresentação dos resultados de um questionário dirigido aos enfermeiros

Tendo por base um dos objetivos traçados para o estágio em contexto de urgência, “Identificar as dificuldades e as estratégias de comunicação utilizadas na abordagem ao adolescente em situação de urgência”, foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem do serviço de urgência pediátrica e geral, isto porque a urgência pediátrica apenas recebe jovens até aos 14 anos de idade.

Após a obtenção do Parecer positivo por parte da Comissão de Ética do Hospital, foram distribuídos 37 questionários, tendo-se obtido a participação de 18 enfermeiros que incluem a amostra à qual se referem os resultados a seguir apresentados. O 19º enfermeiro participou apenas no pré-teste, de modo a verificar se as questões eram compreensíveis e apropriadas ao pretendido, não tendo por isso sido incluído nesta amostra.

O questionário foi elaborado especificamente para este trabalho, contendo perguntas abertas e fechadas sobre o atendimento ao adolescente (Apêndice VIII). A sua aplicação foi feita durante o período de estágio em contexto de urgência.

A amostra de participantes foi caracterizada quanto à idade, género, grau académico, tempo de exercício profissional como enfermeiro e tempo de exercício profissional na referida urgência.

A idade dos participantes varia dos 22 aos 50 anos, sendo a média de idades de 32 anos.

Em termos de distribuição por género, a amostra é maioritariamente feminina (67%), sendo de referir que cerca de 5% não respondeu a esta questão.

A maioria dos enfermeiros (52%) possui a Licenciatura, cerca de 15% refere ter pós-graduação, 26% mestrado e 5% uma especialidade numa área não especificada.

Relativamente ao tempo de exercício profissional enquanto enfermeiro, uma percentagem significativa da amostra possui um tempo de experiência superior a 10 anos (44%) e cerca de 11% são recém licenciados.

No que se refere ao tempo de exercício profissional nesta urgência, cerca de 33% referiu exercer funções há menos de um ano, enquanto que igual percentagem afirmou fazer parte desta urgência há mais de 5 anos. Importa no entanto referir que cerca de 16% por participantes não respondeu.

Após a caracterização da amostra, as questões seguintes pretendiam identificar as principais dificuldades e barreiras sentidas pelos enfermeiros, na comunicação com o adolescente bem como as estratégias adotadas pela equipa para contornar essas dificuldades.

Assim, no Quadro 1 apresenta-se a grelha de categorização resultante das respostas obtidas às questões abertas colocadas neste sentido.

Quadro 1: Grelha de Categorização das respostas aos questionários aplicados aos enfermeiros

Categorias/ Subcategorias	Enfermeiros (N=18)	
	F	%
Dificuldades no Atendimento	5	27,8
Obstáculos à Comunicação		
- Condições físicas	7	38,9
- Características e atitudes dos profissionais de saúde	15	83,3
Estratégias facilitadoras da Abordagem ao Adolescente	18	100
Temas de Interesse para formação na área do atendimento ao adolescente	11	61,1

Identificaram-se quatro categorias, cada uma delas incluindo diversas subcategorias, que seguidamente serão referidas tendo por base as questões que compõem o questionário.

Dificuldades no Atendimento

Em relação à primeira questão onde se pretendia perceber se os enfermeiros sentiam maior dificuldade em atender o adolescente comparativamente com a criança que recorre a esta urgência, os resultados obtidos foram pouco claros. Cerca de 28% da amostra referiu que Não, embora a mesma percentagem tenha referido que, Por vezes, Sim. Nesta questão, existe ainda uma percentagem significativa de participantes (39%) que não respondeu por não ter experiência com crianças mas sim e apenas com adolescentes a partir dos 15 anos de idade (Gráfico 1). Este aspeto prende-se com o facto da urgência pediátrica receber apenas adolescentes até aos 14 anos de idade, sendo que até aos 19 anos são atendidos em contexto de urgência geral.

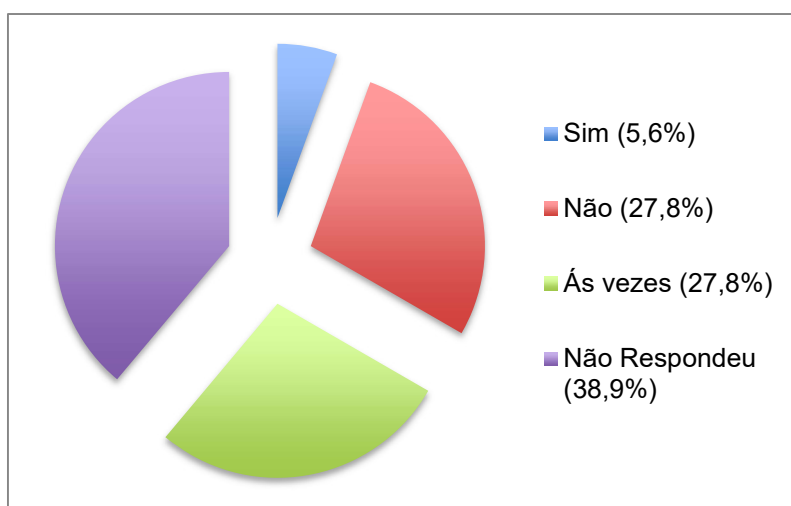


Gráfico 1: Distribuição de participantes segundo a dificuldade no atendimento à criança/ adolescente na urgência

Ao procurar perceber as principais dificuldades referidas por cinco dos participantes, as mesmas parecem estar associadas às Características do Serviço, à Linguagem dos Profissionais, aos Comportamentos dos Adolescentes ou ao Estabelecimento da Comunicação (Quadro 2).

Quadro 2: Categoria “Dificuldades no atendimento”

Subcategorias	Enfermeiros (N=5)	
	F	%
Características do Serviço	1	20
Linguagem dos Profissionais	1	20
Comportamento dos Adolescentes	2	40
Estabelecimento de Comunicação	2	40

Relativamente às Características do Serviço, um participante referiu a “Adequação do espaço envolvente” (P1) como necessária para ultrapassar uma das dificuldades sentidas. Por outro lado, outro dos participantes referiu a “Linguagem utilizada” (P1) pelos profissionais como uma das dificuldades no atendimento ao adolescente. O Comportamento do Adolescente foi igualmente mencionado, uma vez que “por vezes os adolescentes têm receios e fobias com alguns tratamentos e técnicas (...) reagindo de várias formas” (P2). Outro participante referiu ainda que “por vezes os adolescentes não estão recetivos a qualquer tipo de abordagem (...) rejeitando muitos dos ensinamentos realizados ou intervenções necessárias” (P5). O Estabelecimento de Comunicação é ainda destacada por dois dos participantes que afirmam sentir “dificuldade em compreender o que realmente sentem” (P3) ou “em obter colaboração dos mesmos (...) muitas vezes limitarem-se a responder com respostas fechadas (sim/ não/ não sei)” (P4).

A doença e hospitalização fomentam a dependência e interferem com os sistemas habituais de apoio do adolescente, gerando uma sensação de perda de controlo que pode desencadear comportamentos de isolamento, frustração, agressividade ou falta de cooperação (Gabriel, 2014). Neste sentido torna-se importante que todos os profissionais tenham habilidade para lidar com esta fase do ciclo de vida (Higarashi et al, 2011).

Obstáculos à Comunicação

A segunda questão do questionário visava perceber se existiam obstáculos, associados às condições físicas do serviço, que dificultavam a comunicação com o adolescente e, se sim, quais.

Metade da amostra (50%) considerou que não existem obstáculos, associados às condições físicas, enquanto que cerca de 44% respondeu afirmativamente. Cerca de 6% dos participantes não respondeu à questão colocada.

Os obstáculos referidos pelos participantes parecem estar associados a questões de Privacidade (86%) e Decoração do Espaço (29%) (Quadro 3).

Quadro 3: Categoria “Obstáculos à Comunicação”

Subcategorias	Enfermeiros (N=7)	
	F	%
Condições Físicas:		
- Privacidade	6	85,6
- Decoração do Espaço	2	28,6
Subcategorias	Enfermeiros (N=15)	
	F	%
Características e atitudes dos profissionais de saúde:		
- Linguagem verbal e não-verbal	7	46,7
- Características sociodemográficas	5	33,3
- Conhecimentos	7	46,7
- Disponibilidade	1	6,7

Um dos participantes referiu que existe “Falta de privacidade durante a consulta/ triagem” (P1) e outro que deveria existir “um local adequado e

individualizado” (P5). Por outro lado, outro dos participantes considera que existem “salas decoradas com “símbolos” pediátricos” (P2) o que faz com que por vezes os adolescentes se sintam “constrangidos com o próprio ambiente pediátrico – bonecos nas paredes, livros infantis, entre outros exemplos.” (P7).

Questionados sobre a existência de possíveis aspetos relacionados com os profissionais de saúde que possam dificultar a comunicação com o adolescente, cerca de 83% respondeu afirmativamente.

Os aspetos mencionados pelos 15 participantes que responderam afirmativamente estão relacionados com a Linguagem verbal e não-verbal utilizada, as Características sociodemográficas dos enfermeiros do serviço, os Conhecimentos que a equipa possui e a Disponibilidade desta (Quadro 3).

Alguns participantes destacam a Linguagem verbal e não-verbal como obstáculo referindo “a forma mais formal no trato” (P13) e ainda os “modos de comunicar menos corretos” (P15).

As Características sociodemográficas são também apontadas por 5 participantes nomeadamente “O tratamento feito por sexos opostos” (P2) ou ainda as “Diferença de idades” (P14).

O nível de Conhecimentos dos profissionais parece merecer também destaque por parte de 7 dos participantes que afirmam que existem “Profissionais que os “infantilizam” (...) não sabem gerir os receios do adolescente” (P8) ou destacam ainda os “Preconceitos relacionados com a adolescência em relação, por exemplo, à sua apresentação” (P15).

De forma semelhante, uma colheita de dados realizada por Gabriel (2014), destacou que a situação que causa maior desconforto para um grupo de Enfermeiros da uma Urgência Pediátrica de um Hospital português é a dificuldade em comunicar com os clientes de faixas etárias mais elevadas, tendo esta dificuldade se acentuado com o alargamento da idade de atendimento para os 18 anos.

Para finalizar, a Disponibilidade é ainda apontada por um dos participantes que afirma que existe “Falta de disponibilidade para a escuta ativa” (P12). Também Fonseca (2012) afirma que o serviço de urgência é o local que apresenta maiores limitações não só em termos de espaço físico, que habitualmente não garante a privacidade, como pela falta de tempo e disponibilidade dos profissionais de saúde.

Estratégias facilitadoras da Abordagem ao Adolescente

A quarta questão do questionar visava conhecer quais as estratégias que facilitavam a abordagem ao adolescente (Quadro 4).

Quadro 4: Categoria “Estratégias facilitadoras da abordagem ao adolescente”

Subcategorias	Enfermeiro (N=18)	
	F	%
Comunicação Eficaz	16	88,9
Respeito pelas Questões Éticas	6	33,3
Estabelecer Relação	5	27,7
Fardamento Adequado	1	5,6
Atitude dos Profissionais	12	66,7
Ambiente tranquilo	1	5,6

A grande maioria dos participantes (89%) referiu a Comunicação Eficaz. Um dos participantes considera que é importante “Falar abertamente com o adolescente. Utilizar os termos corretos para os procedimentos em vez de diminutivos e explicar todos os procedimentos para obter uma maior e melhor colaboração” (P5). Outro participante considera que se deve “Direcionar o discurso para o adolescente ao invés de direcionar para os pais. Questionar o nome pelo qual gosta de ser chamado (...) utilização de linguagem simples, sem expressões que infantilizem este utente” (P10).

O Respeito pelas Questões Éticas é também mencionada como uma das estratégias com um dos participantes a afirmar que é importante a “Individualização do espaço de atendimento” (P9).

Estabelecer uma Relação nomeadamente de “confiança (...) integrar o adolescente nos cuidados, nomeadamente na tomada de decisão” (P6) é importante para 5 dos participantes.

O Fardamento Adequado foi referido por um dos participantes nomeadamente os “Adornos utilizados dentro da faixa etária” (P3), tal como o Ambiente “calmo e tranquilo” (P10).

Por último, 12 dos participantes destacou as Atitudes dos Profissionais como estratégias facilitadoras da abordagem ao adolescente nomeadamente a “Boa disposição. Simpatia. Demonstrar segurança na prestação de cuidados” (P14) ou ainda “Mostrar compreensão e disponibilidade para resolver o seu problema” (P5).

Temas de interesse para formação na área do atendimento ao adolescente

A questão 5 visava perceber se a amostra de participantes teve formação académica na área do adolescente mais especificamente no âmbito do atendimento. As respostas obtidas são bastante similares com cerca de 56% da amostra a responder afirmativamente.

Na questão seguinte e especificamente durante o percurso profissional, cerca de 83% da amostra referiu Não ter tido formação na área do atendimento ao adolescente.

Neste sentido, os participantes foram questionados sobre se sentiam necessidade de formação nesta área, sendo que cerca de 67% dos participantes respondeu que Sim.

Dos 12 participantes que responderam afirmativamente, 11 destacaram os aspetos de interesse para formação na área do atendimento ao adolescente (Quadro 5).

Tabela 5: Categoria “Temas de interesse para formação na área do atendimento ao adolescente”

Subcategorias	Enfermeiro (N=11)	
	F	%
Estratégias de Abordagem	4	36,4
Tipos de Comunicação	4	36,4

Presença da Família	1	9,1
Preparação para procedimentos	2	18,2
Desenvolvimento na Adolescência	5	45,5

As Estratégias de Abordagem nomeadamente “Estratégias de comunicação para facilitar a abordagem/ atendimento do adolescente” (P10), os Tipos de Comunicação tais como “Estratégias de comunicação verbal e não verbal” (P2), a Presença da Família, sobretudo na “Gestão de cuidados com os pais” (P4), a Preparação para Procedimentos “conforme a idade” (P5) e questões associadas ao Desenvolvimento na Adolescência nomeadamente “Compreender a forma de pensar do adolescente” (P8), foram as áreas destacadas.

Em suma, a comunicação é utilizada como instrumento de ajuda terapêutica, tendo como finalidade identificar e dar respostas às necessidades de saúde do cliente e contribuir para a melhoria da prática de enfermagem. Neste sentido, o enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal de modo a ter competências na assistência ao cliente (Pontes, Leitão & Ramos, 2008).

Os resultados obtidos confirmam a existência de dificuldades, por parte dos enfermeiros, na abordagem ao adolescente bem como a necessidade de formação na área. Neste sentido tornou-se relevante equacionar a realização de uma possível formação à equipa de enfermagem que vise numa primeira parte refletir sobre os dados obtidos e definir prioridades no que se refere às áreas de interesse para formação.

Referências Bibliográficas

Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes. Um desafio para Pais e Educadores*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Gabriel, M. J. M. (2014) *Importância da Comunicação na Vivência das Transições do Adolescente Hospitalizado*. Relatório de estágio para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem Acedido a 10/10/2015. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1208>

Higarashi, I., Baratieri, T., Roecker, S. & Marcon, S. (2011) Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Revista de Enfermagem*, 9 (3), 375-380.

Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2008) Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (3), 312-318.

Apêndice VI
Requerimento dirigido à Direção de Enfermagem

Assunto: Pedido de Autorização

Exma. Sr. Enfermeira Diretora

Eu, Sara Ramos dos Mártires, a exercer funções de Enfermeira neste hospital, encontrando-me a frequentar o 6º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento estou a desenvolver um projeto de estágio, com posterior relatório, orientado pela Prof.^a Maria da Graça Vinagre da Graça, intitulado “**Comunicação do Enfermeiro Especialista com o Adolescente: desafios e oportunidades**” que tem como objetivos gerais:

- Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem;
- Desenvolver *boas práticas* de comunicação Enfermeiro - Adolescente.

No âmbito do estágio a realizar no serviço onde exerço funções, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para realizar entrevistas semiestruturadas aos adolescentes internados no Serviço de Observação do Serviço de Urgência e no serviço de internamento com uma permanência neste até 48h, entre os dias 4 de Janeiro e 12 de Fevereiro de 2016, visando identificar necessidades, recolher sugestões e analisar o grau de satisfação dos adolescentes face à comunicação com o enfermeiro.

De modo a conhecer os motivos que levam o adolescente a procurar o Serviço de Urgência, solicito igualmente a Vossa Excelência autorização para a consulta de processos clínicos, com datas de nascimento compreendidas entre 1995 a 2004, referentes a adolescentes que tenham estado presentes no serviço nos últimos 6 meses de 2014.

Para identificar as dificuldades e barreiras sentidas pelo enfermeiro na comunicação com o adolescente bem como as estratégias adotadas por este para contornar

essas dificuldades, solicito também autorização a Vossa Excelência para aplicação de um questionários aos enfermeiros da Urgência.

Trata-se de uma trabalho descritivo, de natureza qualitativa, perspetivando-se que os participantes sejam adolescentes com idade compreendidas entre os 10 e os 19 anos, de ambos os sexos, sem défice de desenvolvimento cognitivo ou outra situação de saúde considerada critica.

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

Gostaria de realçar que me comprometo a transmitir os resultados do estudo a este hospital, após a realização do relatório final de estágio.

Junto anexa-se uma breve fundamentação do projeto, a declaração do consentimento informado, o guião da entrevista semiestrutura a efetuar aos adolescentes e o questionário a aplicar aos enfermeiros do Serviço de Urgência.

Agradeço desde já a sua consideração.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Ramos dos Mártires

Fundamentação do Projeto

O termo adolescência deriva da palavra latina “*adolescere*” que significa crescer para adulto (Braconnier & Marcelli, 2000). Segundo a Organização Mundial de Saúde a adolescência inclui o período dos 10 aos 19 anos de idade (WHO, 2002), sendo caracterizada por mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais e pelos esforços do indivíduo em alcançar objetivos associados a expectativas culturais da sociedade em que vive (Eisenstein, 2005 citando Tanner, 1962). É durante esta fase que os adolescentes estabelecem a sua própria identidade e visão do mundo (UNICEF, 2011), pelo que é vista como uma fase de oportunidades embora também de grande exposição a riscos e pressões externas. Neste sentido, a promoção da saúde e prevenção da doença no adolescente assumem grande importância também pelas consequências ao nível da saúde das gerações futuras.

A maioria dos adolescentes subutiliza os cuidados de saúde primários, recorrendo com maior frequência aos serviços de urgência hospitalar para resolverem problemas agudos de saúde (Fonseca, 2005). Segundo Meleis (2012), os serviços de saúde são, para muitos adolescentes, sinónimo de *stress* e ansiedade ou mesmo, em caso de internamento, sinónimo de alteração de rotinas e de projetos futuros. Por outro lado, a longa espera, a distância até às unidades de saúde ou os espaços pouco acolhedores podem dificultar a utilização dos serviços. Assim, no atendimento ao adolescente deve ser proporcionado espaço para o esclarecimento de dúvidas, partilha de experiências, prevenção e detecção precoce de disfunções/ alterações assim como acompanhamento nos processos de saúde/doença e mobilização de estratégias para resolver diferentes “crises” que caracterizam esta fase (Pereira, Prado, Filipini, Felipe & Terra, 2012). Para isso o enfermeiro deve não só possuir conhecimentos técnicos e científicos mas também ter uma boa capacidade de comunicação interpessoal, estar motivado, não fazer julgamentos, ter facilidade no estabelecimento de um primeiro contato, ser alguém em quem o jovem confia, atuar no sentido do melhor interesse do adolescente e ser compreensivo e competente (Fonseca, 2005). Isto contribui para o estabelecimento de uma melhor relação adolescente / profissional, favorecendo um diagnóstico mais preciso das suas necessidades, ao mesmo tempo que pode favorecer a relação do adolescente com os serviços de saúde.

No entanto importa referir que nem todos os profissionais têm facilidade em

lidar com esta fase do ciclo de vida. Alguns estudos desenvolvidos nesta área (eg. Higarashi, Baratieri, Roecker & Marcon, 2011), destacam como uma das principais dificuldades, por parte dos enfermeiros, a abordagem ao adolescente em diferentes situações de cuidados. O autores sugerem por isso a necessidade de um maior investimento na formação destes profissionais de saúde, bem como no empenho, vontade e iniciativa. Outros estudos evidenciam ainda a necessidade, por parte dos adolescentes, em contatar com profissionais não só competentes tecnicamente mas que também demonstrem competências relacionais de comunicação (Staa, Jedeloo & Stege, 2011).

No meu caso em particular, desde cedo que sinto uma grande dificuldade no estabelecimento de comunicação com o adolescente. Pelas características que lhe são particulares, a perceção com que fico é que tendem a distanciar-se de nós, profissionais de saúde, parecendo ter pouca disponibilidade para se envolverem na prestação dos cuidados de enfermagem. Após questionar alguns dos meus colegas de serviço percebi que a dificuldade era semelhante e que desconheciam estratégias e formas de ultrapassar esta situação. Por conversas informais conclui que as dificuldades começam na Triagem quando é necessário proceder à colheita de dados. Os adolescentes mostram-se pouco disponíveis ao fornecimento de informação, alguns não nos dirigem o olhar e por vezes solicitam aos familiares ou acompanhantes que transmitam as suas principais queixas. As dificuldades parecem acentuar-se quando é necessária a realização de procedimentos ou de internamento em SO (Sala de Observação) com a consequente necessidade de planeamento de cuidados de enfermagem em parceria. Assim e tendo em conta a problemática identificada, surgiu a necessidade de desenvolver este projeto.

Bibliografia

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000) *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Eisenstein, E. (2005) Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Revista Adolescencia e Saúde*, 2 (2). Acedido a 21/04/2015. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167

Fonseca, H. (2005) *Viver com Adolescentes* (3ª ed.). Lisboa: Editorial Presenças.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (2011) *Adolescência uma fase de oportunidades: Situação Mundial da Infância 2011*. USA: UNICEF. Acedido em 01/06/2015. Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf

Higarashi, I., Baratieri, T., Roecker, S. & Marcon, S. (2011) Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Revista de Enfermagem*, 9 (3), 375-380.

Meleis, A.I. (2012) *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5ª ed.) Philadelphia: Lippincott.

Pereira, B., Prado, B., Filipini, C., Felipe, A. & Terra, F. (2012) Avaliação do conhecimento dos enfermeiros frente ao crescimento e desenvolvimento dos adolescentes. *Revista Adolescente e Saúde*, 9 (4). Acedido a 04/05/2015. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=339

Staa, A. L., Jedeloo, S. & Stege, H. (2011) "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Preference and adherence*, 5, 291-305. Acedido a 01/06/2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140311/>

World Health Organization (2002) *Adolescent Friendly Health Services - Ana Agenda for Change*. Geneva: WHO. Acedido a 01/06/2015. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf

Consentimento Informado livre e esclarecido

Sou Enfermeira e estou a realizar um estudo sobre A Comunicação do Enfermeiro Especialista com o Adolescente de modo a conhecer e compreender melhor as dificuldades que existem na comunicação entre os enfermeiros e os adolescentes e para isso preciso muito de saber a tua/ sua opinião. Assim venho pedir a tua/ sua colaboração para uma breve entrevista, porque considero que as tuas/ suas ideias, opiniões e sugestões são fundamentais para podermos melhorar a qualidade dos cuidados de saúde aos adolescentes. Não existem respostas certas ou erradas, apenas quero a tua/ sua opinião pessoal e peço-te/ lhe que seja(s) sincero(a). A tua/ sua participação é voluntária e pode(s) desistir a qualquer momento.

A entrevista é confidencial. O tratamento dos dados será efetuado de forma global sendo que o anonimato será sempre respeitado e garantido. Os dados serão apenas utilizados para este trabalho e o teu/ seu nome não será divulgado.

Para não perder informação e facilitar a análise do teu/ seu testemunho, peço-te/ lhe o consentimento para gravar em audio a nossa conversa garantindo que, depois dos dados serem analisados, a gravação será destruída.

Muito obrigada pela tua/ sua participação!

Sara Mártires

(srmartires@campus.esel.pt)

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

(Assinatura do adolescente)

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

(Assinatura do pai/ mãe/ responsável legal)

Apêndice VII

Guião da Entrevista Semiestruturada efetuada aos Adolescentes que recorrem à Urgência

Guião da Entrevista Semiestruturada efetuada aos Adolescentes que recorrem à Urgência

Tema:

“Comunicação do Enfermeiro Especialista com o Adolescente: desafios e oportunidades”

Objetivos gerais:

- Identificar as necessidades sentidas pelos adolescentes durante o internamento no Serviço de Urgência, nomeadamente ao nível da comunicação;
- Recolher sugestões de melhoria relativas ao atendimento do adolescente;
- Conhecer o grau de satisfação do adolescente que procura o Serviço de Urgência.

Instrumento de colheita de dados – Entrevista Semiestruturada

Bloco Temático	Objetivos Específicos	Questões Orientadoras
Legitimação da Entrevista	<ul style="list-style-type: none">- Ajudar o adolescente a compreender a importância do estudo; - Motivar o adolescente a participar na entrevista;	<ul style="list-style-type: none">- Explicar os objetivos da entrevista;- Solicitar o preenchimento do consentimento informado; - Informar que se trata de uma entrevista breve, sem respostas certas ou erradas;- Reforçar a importância da sua participação;- Assegurar a privacidade e confidencialidade na recolha e tratamento dos dados;
Caracterização sociodemográfica do Adolescente	<ul style="list-style-type: none">- Caracterizar o adolescente quanto à idade, escolaridade, naturalidade, hábitos de vida e contexto familiar;	<ul style="list-style-type: none">- Que idade tens?- Estudas? Que ano frequentas? A tua escola é privada ou pública? Gostas de andar na escola?- Vives com quem? Os teus pais trabalham?- Tens alguma atividade extracurricular? Se não, Porquê? Não existe nenhuma atividade que te interesse?

<p>Experiência de saúde do adolescente e percepção subjetiva da sua situação de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar a experiência de saúde do adolescente; - Conhecer a percepção subjetiva do adolescente acerca da saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - És saudável? - É a primeira vez que vens à urgência? Se não, quantas vezes já vieste? Vieste a este hospital? - Costumas ir ao Centro de Saúde ou és seguido em alguma consulta privada? A que profissionais de saúde vais habitualmente? - Como é que te sentes em relação à tua saúde?
<p>Sentimentos e necessidades do adolescente face à urgência/ internamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os sentimentos experienciados pelo adolescente quando recorre à urgência e durante o internamento; - Identificar as necessidades de atendimento associadas às condições físicas do serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> - O que sentiste quando soubeste que tinhas que vir à urgência? E porque é que vieste? - O que sentiste quando te disseram que tinhas que ficar umas horas internado? Quem te informou? Percebeste porque tinhas que ficar internado? Quem te deu essa explicação? Do que sentiste mais falta enquanto estiveste internado? - O que achas das condições do serviço? Achas o espaço adequado à tua idade? Que

	<p>- Identificar as necessidades de atendimento associadas aos comportamentos dos profissionais, nomeadamente à comunicação;</p>	<p>sugestões das para melhorar?</p> <p>- Em relação aos profissionais que aqui trabalham: como os descreves? Quando falam contigo, apresentam-se? Falam contigo com uma linguagem clara? Sentes que se dirigem mais aos teus pais/ acompanhante do que a ti? Consegues compreender o que te dizem? Sentes que os profissionais ouvem e respeitam a tua opinião? Informam-te dos tratamentos que vão fazer? Esclarecem as tuas dúvidas? Mostram disponibilidade para responder às tuas preocupações? Consideras que respeitam a tua privacidade? Preocupam-se com as tuas necessidades? Dão resposta às tuas necessidades? Sentes que podes confiar neles? O que é para ti um bom profissional de saúde?</p>
--	--	---

Sugestões de mudança	- Identificar sugestões para melhoria da qualidade dos cuidados ao adolescente;	- Gostava que desse algumas sugestões para melhorar o espaço físico e/ou atitude dos profissionais de saúde.
Satisfação com atendimento geral	- Avaliar o grau de satisfação do adolescente com o atendimento geral;	- Se te pedisse para fazeres uma avaliação do atendimento, no geral, nomeadamente a forma como foste atendido, o que dirias? (Classificação de 0 a 5, onde 0 é Muito mau e 5 é Excelente);

Gostaria que na sua qualidade de mãe e/ ou pai se pronunciasse sobre este internamento do seu filho, dizendo por favor:

- Quais os aspetos que considerou mais positivos (dois ou três)?;
- Quais os aspetos que foram menos do seu agrado (o que menos gostou)?;
- Que sugestões de melhoria gostaria de deixar?

Apêndice VIII
Questionário dirigido à Equipa de Enfermagem da Urgência

Exmos. Srs. Enfermeiros do Serviço de Urgência,

Sou Enfermeira neste serviço e encontro-me atualmente a frequentar o 6º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento estou a desenvolver um projeto de estágio, intitulado “**Comunicação do Enfermeiro Especialista com o Adolescente: desafios e oportunidades**”. É neste sentido que venho solicitar a sua colaboração para responder a um breve questionário de modo a identificar as principais dificuldades e barreiras, sentidas pelos enfermeiros, na comunicação com o adolescente bem como as estratégias adotadas para contornar essas dificuldades.

O questionário é confidencial e anónimo. O tratamento dos dados será efetuado de forma global e serão apenas utilizados para a realização deste trabalho. O conjunto dos resultados será disponibilizado ao serviço e a si individualmente, caso seja do seu interesse.

Muito obrigada pela sua participação!

Sara Mártires
(srmartires@campus.esel.pt)

Breve Questionário

Gênero: M ____ F ____

Idade: ____ (anos)

Formação Acadêmica:

Bacharelato ____

Especialização ____

Licenciatura ____

Mestrado ____

Pós-graduação ____

Doutoramento ____

Tempo de exercício da profissão: ____ (anos)

Tempo de exercício da profissão no Atendimento Médico Permanente (AMP): ____ (anos)

Considerando adolescente a pessoa com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos, por favor responda às seguintes questões.

1. Sente mais dificuldade em atender os adolescentes do que as crianças que recorrem a esta urgência? (Se não tem experiência com crianças, por favor não responda a esta questão) Sim ____ Não ____ Às vezes ____

Por favor refira quais são as principais dificuldades.

2. Considera que existem obstáculos, nomeadamente nas condições físicas, que dificultam a comunicação com o adolescente? Sim ____ Não ____

Em caso afirmativo, refira quais.

3. Considera que existem aspetos relacionados com os profissionais que dificultam a comunicação com o adolescente (características, atitudes/comportamentos)? Sim ____ Não ____

Em caso afirmativo, refira quais os que considera mais importantes.

4. Em sua opinião, quais as estratégias que facilitam a abordagem ao adolescente? (Pense na sua experiência).

5. Durante o seu percurso académico, teve formação na área do adolescente mais especificamente no âmbito do atendimento?

Sim ____ Não ____

6. E durante o seu percurso profissional? Sim ____ Não ____

7. Sente necessidade de formação nesta área? Sim ____ Não ____

Em caso afirmativo, quais os aspetos de maior interesse no âmbito do atendimento ao adolescente?

Agradeço mais uma vez a sua participação!