



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

**Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente  
com Ferida**  
**- Contributo do Cuidador**

**Maria Justa Pinto Granjo**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





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

**Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente  
com Ferida**  
**- Contributo do Cuidador**

**Maria Justa Pinto Granjo**

**Orientadora Professora Doutora Maria de Lourdes Oliveira**

**2014**





*“Os analfabetos do próximo século não são aqueles que não sabem ler ou escrever,  
mas aqueles que se recusam a aprender, reaprender e voltar a aprender. ”*

Alvin Toffler, 1970



*Às minhas filhas Eva e Laura,  
pela paciência nas horas de ausência...*

*Ao meu marido Diogo, pela compreensão, força e dedicação...*

*À minha mãe por ser todos os dias a fonte da minha energia...*

*Ao Alfredo, D. Aida e Sr. João pelo apoio incondicional e carinho...*

*Ao meu pai Manuel por continuar, hoje e sempre, a ser a minha estrela guia...*



## **AGRADECIMENTOS**

Gostaríamos de agradecer a preciosa colaboração de todos aqueles que dedicaram a este trabalho o seu tempo e disponibilidade, em especial aos adolescentes e famílias que nos forneceram informações relevantes à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Agradecemos à Instituição Hospitalar e respetivos Departamentos, bem como aos seus Diretores, por nos terem concedido a autorização para a concretização dos objetivos deste trabalho.

À Professora Doutora Maria de Lourdes Oliveira, pela orientação, disponibilidade e incentivo.

Um especial obrigado às amigas que conquistámos ao longo do percurso formativo, nomeadamente à Rita Proença e Ana Patrícia Conceição, por sempre nos incentivarem com as suas carinhosas palavras nos momentos menos positivos.

Às enfermeiras Joaquina Antunes, Catarina Florêncio, Paula Batista e Helena Parreira pelos conhecimentos e experiências transmitidos.

Ao enfermeiro Pedro Evangelista pela disponibilidade e compreensão.

Às enfermeiras e amigas Helena Alves, Marta Esteves e Lurdes Mixão pela paciência nas crises.

Às colegas do serviço, em especial, a toda a equipa do bloco operatório e à Carla Farinha, pela visão e experiência demonstradas.

Ao Igor Pereira e Cátia Leite pela cumplicidade.

Aos amigos e vizinhos Liliana Gentil, Paulino Silva e ao pequeno Vicente, pela amizade sincera, preocupação e disponibilidade.

A todos um grande bem-haja!



## **LISTA DE SIGLAS**

BSIJ- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção-Geral de Saúde

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

EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel

ER- Enfermeiro de Referência

EWMA- European Wound Management Association

NPUPAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNSIJ- Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RCCEE- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

SAM- Sistema de Apoio ao Médico

SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNIPI- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SOPed- Serviço de Observação Pediátrico

SUPed- Serviço de Urgência Pediátrica

TC- Teoria do Conforto

UCIPed- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UPP- Úlcera Por Pressão

USF- Unidade de Saúde Familiar



## RESUMO

Este relatório contempla a análise, as experiências vivenciadas e aprendizagens adquiridas no estágio do 3º semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), bem como competências comuns do Enfermeiro Especialista, preconizadas segundo os regulamentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (2010) e sobre os quais incide o plano de estudos do referido Mestrado. Traduz igualmente a reflexão sobre como a aquisição de aprendizagens e competências influenciam a nossa prestação de cuidados de enfermagem, produzindo mudanças positivas e práticas de excelência.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento de aprendizagens foi a de projeto. Neste sentido, e partindo do autodiagnóstico baseado nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros e da reflexão sobre a nossa experiência e área de interesse pessoal, desenvolveu-se o projeto sobre o tema da adesão ao regime terapêutico do adolescente com ferida, perspetivando o contributo do cuidador.

Como objetivo pretendemos desenvolver competências específicas do EEESCJ na assistência ao jovem com ferida e família na adesão ao regime terapêutico. Assim, procuramos analisar o processo de atendimento a este tipo de cliente e capacitar os enfermeiros dos serviços de Pediatria para esta temática. Considerámos que estes objetivos foram atingidos na sua plenitude.

Partindo da premissa de que a adolescência se caracteriza como um período de crescimento e de transição que implica múltiplas alterações (Hockenberry & Wilson, 2014), tornou-se imperativo que o enfermeiro, ao atender o jovem e família, considerasse que as feridas na adolescência podem comprometer o desenvolvimento saudável. Assim, atendendo ao Regulamento das Competências

Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), o enfermeiro deverá, em parceria com a família, promover a adesão terapêutica do adolescente, adotando um ambiente seguro, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados e obter ganhos em saúde.

A Teoria do Conforto de Kolcaba sustentou a problemática, partindo de uma visão holística de conforto, na qual o cuidado ao adolescente com ferida tem como objetivo *major* a obtenção de maior conforto e a procura de comportamentos de saúde e, simultaneamente, capacitar o enfermeiro, enquanto cuidador, para o diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação do conforto de cada adolescente com ferida.

**Palavras - Chave:** Enfermeiro Especialista, Adolescente com Ferida, Conforto, Cuidador, Adesão ao Regime Terapêutico

## ABSTRACT

This report presents and analyses experiences lived and apprenticeships acquired during the 3<sup>rd</sup> semester's internship of the 4<sup>th</sup> Masters in Nursing in the Specialized Field of Child Health Nursing and Paediatrics; enabled the acquisition of skills, specific to the specialized Nurse in Child and Youth Healthcare as well as common Specialized Nurse skillsets, as established according to the regulations issued by *Ordem dos Enfermeiros* (OE, 2010), the Portuguese Nursing Association, upon which resides the syllabus of the aforementioned Masters' Programme. The report also translates the reflection upon how the acquisition of such experience and apprenticeships affects our nursing healthcare services, creating positive and best practise changes.

For developing apprenticeships we used a project methodology. In this sense, and starting from a self-diagnosis based on the skillset set by OE and a reflection upon our experience and personal areas of interest, we developed a project that focused on the adherence to the therapeutic regimen by the adolescent living with a wound, prospecting the caregiver's contribute.

Our goal was to develop specific skills of the Specialized Nurse in Child and Youth Healthcare in the assistance to the young aged living with wound and their families on the adherence to the therapeutic regimen. Therefore we look to analyse the care process for this kind of client and to capacitate Nurses in the Paediatrics departments for this thematic. We believe that these objectives were completely fulfilled.

Starting from the premise that adolescence is characterized by being a growth and transition period that implies several changes (Hockenberry & Wilson, 2014), it became imperative that nurses, when caring for the young aged and family, took into account that wounds in adolescence can compromise healthy development. So, regarding *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (OE,

2010), the Regulation for the Common Skillset of the Specialized Nurse, a nurse should, in partnership with the family, promote the adolescent's adherence to the therapeutic regimen, adopting a safe environment, in efforts to improve the care quality and obtain health improvements.

Kolcaba's Comfort Theory supported the question, starting from a holistic view of comfort in which major goal when caring for the adolescent living with wound is to attain enhanced comfort and health seeking behaviours, and simultaneously, capacitate the nurse, as caregiver, for the diagnosis, planning, intervention and evaluation of comfort in each adolescent living with wound.

**Keywords:** Specialized Nurse, Adolescent living with Wound, Comfort, Caregiver, Adherence to the Therapeutic Regimen

# ÍNDICE

Pág.

## VOLUME I

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	22
1.1. Cuidar o Adolescente com Ferida e a Teoria do Conforto.....	22
1.2. Natureza e Etiologia da Ferida .....	28
1.2.1- Ferida Aguda.....	30
1.2.1.1- <i>Ferida Traumática</i> .....	30
1.2.1.2- <i>Ferida Cirúrgica</i> .....	31
1.2.2- Ferida Aguda com Complicações .....	32
1.3- Adesão Terapêutica e Sua Importância na Cicatrização da Ferida .....	33
<b>2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E CONTRIBUTOS SIGNIFICATIVOS</b> .....	36
2.1. Análise do Processo de Atendimento e Acompanhamento do Adolescente com Ferida e Família .....	37
2.1.1. Análise das Necessidades de Cuidados de Saúde do Adolescente e Família	38
2.1.2- Desenvolvimento de Competências de Comunicação com o Adolescente e Família .....	47
2.1.3- Desenvolvimento de Competências no Tratamento de Feridas.....	49
2.1.4- Identificação das Dificuldades do Adolescente com Ferida na Adesão ao Regime Terapêutico .....	53
2.1.5- Elaboração do Projeto de Intervenção de Enfermagem no Atendimento ao Adolescente com Ferida e Família.....	55
2.2- Capacitação dos Enfermeiros dos Serviços de Pediatria para a Intervenção ao Adolescente com Ferida e Família .....	57
2.2.1- Sensibilização da Equipe de Enfermagem para a Comunicação Assertiva com o Adolescente e para o Tratamento de Feridas .....	58
2.2.2- Implementação do “Projeto de Intervenção de Enfermagem no Atendimento ao Adolescente com Ferida – Contributo do Cuidador”.....	60

<b>3. OUTRAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	62
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	68
<b>5. PERSPETIVAS FUTURAS</b> .....	70
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	71

## **VOLUME -II**

### **APÊNDICES**

APÊNDICE I - Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida-Contributo do Cuidador

Projeto de Intervenção em Enfermagem

APÊNDICE II - Análise das Entrevistas Realizadas ao Adolescente

APÊNDICE III - Caracterização do Serviço de Consulta Externa

APÊNDICE IV - Caracterização da Unidade de Saúde Familiar

APÊNDICE V - Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica

APÊNDICE VI - Cronograma de Estágio

APÊNDICE VII - Diário de Campo - Inserido no Estágio da Consulta Externa

APÊNDICE VIII - Panfleto: “Cuidados Gerais à Pele pós UPP – Orientações Gerais”

APÊNDICE IX - Reflexão Crítica “ Comunicação com o Adolescente num Serviço de Urgência”

APÊNDICE X - Reflexão Crítica Inserida no Estágio do Serviço de Cirurgia Pediátrica

APÊNDICE XI - Reflexão Crítica Inserida no Estágio da Consulta Externa

APÊNDICE XII - Relatório Síntese da Implementação do Projeto de Intervenção em Enfermagem

APÊNDICE XIII - Relatório Síntese da Sessão de Formação (SUPED)

APÊNDICE XIV - Relatório Síntese da Sessão de Formação (UCIPED)

APÊNDICE XV - Relatório Síntese da Sessão de Formação (USF)

### **ANEXOS**

ANEXO I - Alterações do Crescimento e Desenvolvimento durante a Adolescência

ANEXO II - Certificados de Presença em Formações

## INTRODUÇÃO

Este relatório surgiu enquadrado no Mestrado em Enfermagem, área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, nos anos letivos 2012/2014 e, pretendeu dar visibilidade ao estágio realizado em unidades de prestação de cuidados de saúde, apresentando os objetivos e as atividades realizadas, analisando-os reflexivamente à luz das competências próprias do EEESCJ.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define que o EEESCJ “trabalha em parceria com a criança e família/ pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2010, p. 1). Com vista ao alcance de competências próprias do EEESCJ programou-se, na Unidade Curricular- Opção II, um projeto de ação, em diferentes contextos da prática clínica.

O percurso formativo foi orientado para uma temática específica: *Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida*, incidindo sobre os cuidados de enfermagem nesta área. O problema decorreu da nossa experiência na abordagem ao adolescente com compromisso da integridade cutânea e seu tratamento. A necessidade de desenvolver competências nesta área surgiu da constatação de que, no atendimento ao adolescente, existiam lacunas relativamente ao tratamento das feridas e à promoção da adesão ao regime terapêutico.

Os adolescentes que recorrem ao serviço de Cirurgia Pediátrica apresentam, na sua maioria, feridas de origem traumática ou cirúrgica. Para o tratamento deste tipo de feridas não existe nenhum protocolo específico, nem um programa de apoio à adesão ao regime terapêutico a este tipo de cliente, no entanto, a ferida é uma constante. Tendo em conta que a adolescência é um período de crescimento e de transição que implica alterações de natureza biológica, cognitiva, social, espiritual,

moral e emocional (Hockenberry & Wilson, 2014), e que a não adesão ao regime terapêutico “reduz a qualidade de vida dos doentes, (...) desperdiça recursos de cuidados de saúde e «mina» a confiança do público nos sistemas de saúde” (OE, 2003, p. 86), é essencial que o enfermeiro tenha presente que as feridas na adolescência podem comprometer o desenvolvimento saudável potenciando alterações na autodeterminação, autocuidado e autoestima.

No sentido de desenvolver competências específicas, o EEESCJ deve incidir a sua prática na promoção do desenvolvimento pessoal e social e na autodeterminação dos jovens, promovendo a tomada de decisão responsável e prevenindo a adoção de comportamentos de risco (Direção Geral de Saúde, 2013).

Atendendo ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), o enfermeiro deve promover a adesão terapêutica do adolescente adotando um ambiente seguro, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados e obter ganhos em saúde (OE, 2010), o que é essencial na prática de cuidados de enfermagem de excelência.

As competências adquiridas permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados, autónomos e interdependentes à criança, ao jovem e família, em situação de saúde e/ou doença e nos diferentes contextos. Assim, o estágio foi desenvolvido em contexto de cuidados de saúde diferenciados (serviço de urgência pediátrica, unidade de cuidados intensivos pediátricos, serviço de internamento e serviço de consultas externas) e em contexto comunitário (unidade de saúde familiar). A experiência adquirida em diferentes realidades e contextos potencia a aquisição de diferentes competências pois, tal como Benner (2001, p. 61) afirma, “A teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”.

Na abordagem ao adolescente com ferida, o enfermeiro, para além da capacidade integradora de saberes e competências nesta área, deve reger a sua prática com base num constructo teórico que a fundamente. Para o efeito, seleccionámos a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003, 2013) que apresenta uma visão holística do conforto. Nesta perspetiva, no cuidado ao adolescente com ferida

o enfermeiro tem como objetivo *major* a obtenção de maior conforto e a procura de comportamentos de saúde.

Definimos como objetivos gerais desenvolver competências específicas de EEESCJ na assistência ao jovem com ferida e família na adesão ao regime terapêutico e desenvolver a análise crítica e construtiva inerente ao processo de aprendizagem. Como objetivos específicos definimos:

- Desenvolver habilidades ao nível da comunicação na prestação de cuidados ao adolescente e família em situação de saúde e doença;
- Desenvolver competências no tratamento de feridas;
- Identificar as dificuldades do adolescente na adesão ao regime terapêutico;
- Identificar nas equipas de enfermagem possíveis carências formativas e dificuldades de intervenção na área do atendimento ao adolescente com ferida;
- Desenvolver um projeto de intervenção em enfermagem para atendimento ao adolescente com ferida e sua família, usando a metodologia do processo de cuidados de enfermagem.

A metodologia do presente relatório centrou-se na descrição e reflexão da prática, utilizando como estratégias pedagógicas: o diário de aprendizagem; os resultados de estudos da revisão sistemática da literatura; a análise temática de conteúdo das entrevistas realizadas aos adolescentes; a experiência enquanto enfermeira, bem como as experiências dos enfermeiros dos diferentes contextos.

No sentido de favorecer a leitura, o trabalho foi estruturado em cinco capítulos. Após a introdução surge o enquadramento conceptual, onde se aborda a natureza e etiologia da ferida; os cuidados ao adolescente com ferida e a adesão terapêutica e sua importância na cicatrização da ferida. No segundo capítulo é descrito o percurso da aquisição e desenvolvimento de competências, onde se expõem objetivos, atividades e análise crítica das mesmas; no terceiro capítulo abordamos outras competências desenvolvidas no âmbito do enfermeiro especialista, ao qual se segue o capítulo das considerações finais onde se pretende sintetizar as ideias expostas, os benefícios e as limitações, concluindo com um capítulo sobre perspetivas futuras.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Como referimos anteriormente a problemática em estudo apoia-se em três premissas distintas: o adolescente enquanto cliente de cuidados, a implementação de boas práticas no tratamento da ferida e na utilização de estratégias promotoras da adesão ao regime terapêutico. Assim, pretende-se que o enfermeiro possua competências integradoras para um cuidado holístico ao cliente, neste caso, no apoio à adesão ao regime terapêutico ao cuidar do adolescente com ferida.

Analisando a revisão sistemática da literatura, considerámos pertinente desenvolver um quadro conceptual que considere os diferentes conceitos inerentes à problemática e a relação entre eles. Esse quadro focará os seguintes pontos: as características do desenvolvimento próprias do adolescente tendo em conta os fatores que podem influenciar a adesão terapêutica e a cicatrização da ferida; os conhecimentos do enfermeiro sobre feridas e competências no seu tratamento e a adesão ao regime terapêutico, relacionando-o com a cicatrização da ferida.

### **1.1. Cuidar o Adolescente com Ferida e a Teoria do Conforto**

A adolescência é uma etapa entre a infância e a idade adulta que se inicia com as alterações da puberdade e se caracteriza por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais, muitas delas geradoras de crises, conflitos e contradições (Organização Mundial de Saúde, 1986, citado por China, 2011).

Hockenberry & Wilson (2014) referem que as mudanças na adolescência ocorrem em diferentes níveis e esta envolve três diferentes subestádios: o início da adolescência (11-14 anos), a adolescência média (15-17 anos) e o final da adolescência (18-20 anos). As principais mudanças que ocorrem nestes subestádios são apresentadas no Anexo I.

Segundo Erickson, a adolescência é caracterizada também por uma crise de identidade de grupo *versus* alienação, período no qual se procura a autonomia e desenvolvimento de uma identidade de grupo seguida de uma identidade pessoal, distanciando-se e rejeitando a identidade da geração dos seus pais (Hockenberry & Wilson, 2014). Deste modo, o adolescente sente-se impelido a “desrespeitar” as regras impostas pelos pais, no sentido de se manter afastado da identidade familiar, logo, comprometendo, tendencialmente, o cumprimento de um regime terapêutico imposto.

De acordo com Hockenberry & Wilson (2011, p.748), a autonomia inclui “as componentes: emocional, cognitiva e comportamental”. A autonomia emocional refere-se ao desenvolvimento da independência decorrente dos relacionamentos; a autonomia cognitiva diz respeito ao desenvolvimento de capacidades de pensamento sobre os seus próprios pensamentos e emoções; a autonomia comportamental relaciona-se com a capacidade de tomar decisões e colocá-las em prática. O estilo de vida do adolescente, ativo ou sedentário, é também influenciado pelos determinantes de saúde, sejam eles fatores de risco ou protetores, de ordem individual, familiar, emocional, sociocognitivo ou cultural (Simões et al, 2010).

Os problemas que surgem nesta etapa são provenientes da adaptação do adolescente aos novos desafios: transformações do corpo, conquista de autonomia, construção de novas relações interpessoais, progressão académica, pertença a um grupo de pares, necessidade de se sentir útil para os outros e de se sentir valorizado perante a sociedade (Simões, 2007).

Assim, a presença de uma ferida no adolescente, dependendo do subestadio de desenvolvimento em que se encontra e do desconforto a que está sujeito (como a alteração da imagem corporal, a perda de controlo e independência, a restrição das atividades, a rejeição dos pares, a exclusão do grupo e o medo da morte) pode comprometer o desenvolvimento saudável.

Partindo dos conhecimentos sobre as características do desenvolvimento do adolescente, a identificação das necessidades de conforto e as estratégias a implementar para reduzir ou eliminar o desconforto, o enfermeiro reúne as condições

ótimas para cuidar o adolescente e família de forma mais atraumática possível (Hockenberry & Wilson, 2014).

Cuidar do adolescente implica, muitas vezes, alguns conflitos entre os familiares, o próprio e os profissionais relativamente à tomada de decisão, daí surgirem dilemas éticos que o enfermeiro deve resolver. Para isso, o enfermeiro deve, na sua prática, considerar os princípios éticos como o respeito pela autonomia, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo (OE, 2010).

Atendendo aos princípios acima referidos e relativamente a **prevenir ou minimizar a separação da família**, nos primeiros subestádios da adolescência, os pais têm um papel bastante ativo na tomada de decisão relativamente aos cuidados de saúde. No entanto, à medida que se vai avançando na etapa do desenvolvimento, o adolescente exercerá maior responsabilidade neste âmbito. Assim, o enfermeiro, que acompanha o adolescente, deve respeitar a sua autonomia e privacidade e promover a tomada de decisão relativa à presença de família ou pessoas significativas.

No que concerne a **promover o sentimento de controlo sobre a situação**, o enfermeiro deve, antes de mais, estabelecer uma relação terapêutica adequada, fornecendo a informação que o adolescente manifesta ter vontade de conhecer. Deve procurar que o adolescente aponte os problemas e reflita sobre eles, sendo apoiado e motivado pelo enfermeiro para fazer as suas próprias escolhas e mudanças de atitude (OE, 2010). Nesta mesma linha de pensamento, o adolescente deve, igualmente, ser motivado a expressar os seus valores e ser reforçado quando a adoção do comportamento vai de encontro à manutenção da sua saúde (OE, 2010).

No que diz respeito a **minimizar a dor ou lesão corporal**, o enfermeiro deve possuir conhecimentos de avaliação, controlo e implementação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2011). O enfermeiro procede a uma avaliação inicial personalizada de cada adolescente para estabelecer diagnósticos de enfermagem individualizados, formulando objetivos e planeando as atividades a executar. Deve avaliar à *posteriori* as intervenções desenvolvidas, no sentido de

obter maior eficiência e eficácia relativamente aos resultados sensíveis à Enfermagem.

Os resultados sensíveis à Enfermagem dizem respeito à rápida cicatrização de feridas, à diminuição da recidiva, ao controlo da dor no procedimento e ao grau de satisfação com os cuidados de enfermagem, com o objetivo *major* de obter maior conforto.

O conforto pode ser definido como bem-estar; atenuar /aliviar a angústia ou tristeza; como um estado de calma e livre de preocupações; uma diminuição do infortúnio ou da dor, sendo calmante e inspirador (Webster, 1990 citado por Kolcaba & DiMarco, 2005). A origem da palavra conforto deriva do latim *confortare* e significa a restituição das forças físicas, o vigor e a energia, tornar forte, fortalecer, revigorar (Apóstolo, 2009). Segundo o autor, este conceito tem sido relevante no contexto dos cuidados de enfermagem estando diretamente relacionado com a sua origem e desenvolvimento.

A Teoria do Conforto de Kolcaba (teoria de médio alcance) responde de forma adequada à compreensão da problemática em estudo, uma vez que o conforto e o bem-estar surgem como resultado positivo e mensurável das intervenções de enfermagem no tratamento de feridas. A Wounds International (2012, p.2) publicou um consenso cujos objetivos se prendiam com:

umentar a compreensão do impacto de viver com uma ferida no bem-estar dos indivíduos e seus cuidadores; melhorar a capacidade dos profissionais para compartilhar as decisões sobre o tratamento com os indivíduos e seus cuidadores, com o intuito de melhorar a concordância e reduzir as complicações; enfatizar a importância de desenvolver habilidades de escuta e as estratégias comunicacionais para promover o bem-estar e aumentar a capacidade das partes interessadas em implementar estratégias para a gestão custo-efetividade da ferida, otimizando o bem-estar e envolvimento de todos.

A escolha desta teórica prende-se com duas razões principais: o facto de Kolcaba dar uma visão holística do cuidar em enfermagem proporcionando uma prática centrada nas necessidades dos clientes e de se tratar de uma teoria recente, inovadora e de simples aplicabilidade.

Atendendo aos conceitos metaparadigmáticos definidos por Kolcaba, **enfermagem** é vista como “a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base” (Dowd, 2004, p.485). O **doente** é definido por Kolcaba como “o indivíduo, família, instituição ou comunidade que necessita de cuidados de saúde” (Dowd, 2004, p.485). Proporcionar conforto ao adolescente e família é uma das funções mais importantes do EEESCJ.

Relativamente ao **ambiente**, Kolcaba define-o como “qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pelo enfermeiro ou pelos entes queridos para melhorar o conforto” (Dowd, 2004, p.485). Numa situação de tratamento de ferida ou qualquer abordagem invasiva ao adolescente o enfermeiro deve atender à privacidade usando cortinas, por exemplo, e respeitando a vontade do adolescente relativamente à presença dos pais e/ou outras pessoas.

Por último, a teórica defende **saúde** como “o funcionamento ótimo conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade” (Dowd, 2004, p.486). O enfermeiro deve ter em conta todos os fatores comportamentais internos e externos do adolescente de forma a responder às necessidades identificadas e assim contribuir, positiva e holisticamente, para a plenitude do conforto.

Para Kolcaba, o conforto holístico é um estado imediato de fortalecimento das necessidades humanas através do alívio, tranquilidade e transcendência em quatro diferentes contextos de experiência: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003; Kolcaba & DiMarco, 2005). Kolcaba divide o conforto em três tipos: **alívio**, quando a pessoa tem uma necessidade específica satisfeita, aliviada ou mitigada; **tranquilidade**, definida como um estado de calma ou contentamento em que há ausência de desconforto; **transcendência**, um estado em que a pessoa se eleva acima dos problemas ou dor quando estes não podem ser evitados ou erradicados (Kolcaba, 2003, 2013; Kolcaba & DiMarco, 2005). Estes três tipos de conforto podem ser experimentados em quatro contextos diferentes: **físico**, relativo às sensações do corpo e aos mecanismos homeostáticos; **psicoespiritual** referindo-se à consciência de si próprio, incluindo a autoestima, a sexualidade, o significado

da vida e à relação com uma ordem ou um ser mais elevado; **sociocultural**, pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais, assim como às tradições familiares e às circunstâncias financeiras; **ambiental**, relativo ao meio, às condições e influências externas, englobando a luz, o barulho, as cores, a temperatura e os elementos naturais e sintéticos (Kolcaba, 2003, 2013).

Através das intervenções de enfermagem com o intuito de minimizar o desconforto, prevê-se que haja eficácia e melhoria do conforto e, conseqüentemente ganhos nos comportamentos de procura de saúde (Kolcaba, 2003). A autora define três categorias de intervenção em enfermagem: **intervenções técnicas** que permitem manter a homeostasia e o controlo da dor; **intervenções de coaching** relativas à redução da ansiedade, o proporcionar segurança e informação, incutir esperança, ouvir e ajudar no plano de recuperação; **intervenções de alimento para a alma** são as que os enfermeiros fazem para agradar aos jovens e às suas famílias de modo a se sentirem cuidadas e fortalecidas (Kolcaba, 2003; 2013, Kolcaba & DiMarco, 2005).

A Wounds International (2012, p.3) vai de encontro aos conceitos metaparadigmáticos definidos por Kolcaba, definindo bem-estar como

uma matriz dinâmica multifatorial, incluindo fatores físicos, sociais, fisiológicos e espirituais. O conceito de bem-estar é individual, irá variar ao longo do tempo, é influenciado pela cultura e contexto, e é independente do tipo de ferida, da duração ou da definição de cuidados. Dentro da cicatrização das feridas, otimizar o bem-estar de um indivíduo será o resultado da colaboração e interação entre médicos, pacientes, suas famílias e cuidadores, o sistema de cuidados de saúde e a indústria. O objetivo major é otimizar o bem-estar, melhorar ou curar a ferida, aliviar/controlar os sintomas e assegurar que todas as partes estão totalmente envolvidos neste processo.

Da mesma forma que Kolcaba, a Wounds International (2012, p.4) aponta quatro domínios para o bem-estar: físico, mental, social e espírito/cultural, relacionando-o com a presença da ferida num indivíduo. Como tal, e partindo dos resultados da mais recente investigação na área, foram enumerados pelo consenso, um conjunto de oito princípios sentidos pelos elementos envolvidos relativamente à gestão do tratamento de feridas:

- a) Empowerment- a necessidade sentida por uma pessoa para assumir o controlo físico, psicológico e emocional relativamente ao tratamento da ferida;
- b) A gestão do risco- adoção por parte do indivíduo de certos comportamentos que se relacionam com a gestão da sua ferida (por exemplo, a ponderação da realização de determinadas atividades *versus* o nível de risco associado);
- c) O quotidiano- o impacto do tratamento da ferida no quotidiano do cliente (24/7);
- d) Estigma- como as respostas de outras pessoas pode afetar as pessoas que vivem com uma ferida;
- e) O lado de fora- o aparecimento de curativos e produtos;
- f) Movimento- como as atividades de uma pessoa se relacionam com o tipo de penso usado;
- g) Limpeza- exigência da pessoa para a limpeza podem entrar em conflito com a necessidade de manter os pensos no local por até sete dias;
- h) Proteção- o papel dos pensos e produtos na gestão das feridas para proteger o corpo de danos físicos e da infeção.

Assim, torna-se imperativo que o enfermeiro na sua prática fique atento ao cumprimento destes princípios com o principal objetivo de obter conforto e bem-estar.

## **1.2. Natureza e Etiologia da Ferida**

Segundo Costa (2005, p.483), Dicionário de Termos Médicos, a palavra ferida deriva do latim *ferire* que significa “agredir, ferir” e define-se como “lesão ou solução de continuidade dos tecidos provocada por um traumatismo externo direto”. Segundo Hockenberry & Wilson (2011, p.686) ferida “é a rutura estrutural ou fisiológica do tegumento que exige respostas normais ou anormais de reparação tecidual”.

As feridas podem ser classificadas de acordo com diferentes critérios: o tempo de evolução, o agente causal, o grau de contaminação e o comprometimento tecidual (Hockenberry & Wilson, 2014).

Deste modo, partindo do **tempo de evolução** da ferida, ela classifica-se em aguda, quando existe há menos de seis meses e crónica, quando tem um tempo de evolução superior a seis meses. De acordo com Hockenberry & Wilson (2014) em Pediatria, os corretos cuidados de enfermagem às feridas agudas podem evitar que se transformem em feridas crónicas.

Tendo em atenção o **agente causal**, a ferida pode ser cirúrgica ou traumática. Assim, uma ferida cirúrgica é aquela que é intencional, realizada sob condições assépticas com instrumentos esterilizados que minimizam a lesão da pele, enquanto uma ferida traumática é, normalmente, acidental e dependente da ação de mecanismos de lesão como a fricção, tensão e forças de compressão (Trott, 2009).

Para Hockenberry & Wilson (2014), a ferida traumática pode ainda classificar-se como ferida abrasiva (remoção das camadas superficiais da pele por fricção), ferida por avulsão (por arrancamento de tecido), laceração (ferida de contornos irregulares), ferida incisiva (ferida de contornos regulares resultante de corte), ferida puntiforme (ferida com abertura relativamente pequena comparada com a profundidade) e ferida penetrante (ferida que se estende para o tecido subjacente ou cavidade do corpo). Neste contexto, podemos encontrar feridas resultantes de acidentes de viação, quedas, tiros, facadas, mordeduras hematomas graves, queimaduras e fraturas ósseas, por exemplo.

De acordo com o **grau de contaminação** a ferida pode ser limpa (feridas cirúrgicas realizada em meio asséptico), limpa-contaminada (feridas resultantes de cirurgia onde os tratos respiratório, digestivo ou urinário são atingidos, embora em condições controladas), contaminada (feridas acidentais, recentes e abertas ou resultantes de cirurgias em que a técnica asséptica não foi respeitada devidamente) e infetada (feridas nas quais os microrganismos já estavam presentes antes da lesão) (Hockenberry & Wilson, 2014).

Tendo por base o critério do **comprometimento tecidual**, a ferida pode ser classificada como sendo de categoria I, categoria II, categoria III ou categoria IV, dependendo dos tecidos que afeta em profundidade. Se a lesão da pele e/ou tecido subjacente tiver como agente causal a pressão e/ou forças de torção e for localizada sobre uma proeminência óssea passa a designar-se úlcera por pressão (UPP).

A European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2009) definem que a UPP pode ser de categoria I (com pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea); categoria II (perda parcial da espessura da derme e que se apresenta como uma ferida superficial com leito vermelho – rosa sem esfacelo, pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático); categoria III (perda total da espessura da pele, pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos); categoria IV (perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos; pode estar presente tecido desvitalizado - fibrina húmida e/ou tecido necrótico).

Dado que a maior percentagem de feridas documentadas e tratadas num Serviço de Cirurgia Pediátrica são feridas agudas de origem cirúrgica ou traumática, ao longo do relatório, direcionaremos a intervenção para a abordagem ao adolescente com **ferida aguda e ferida aguda com complicações**.

### 1.2.1- Ferida Aguda

Conforme referido anteriormente, a ferida aguda pode ser de origem traumática ou cirúrgica. Nesta secção abordaremos pormenorizadamente cada uma delas.

#### 1.2.1.1- Ferida Traumática

Segundo Trott (2009), os fatores determinantes no tratamento da ferida traumática são o tempo, o nível de contaminação e o grau de desvitalização tecidular. Assim, a estratégia de encerramento deste tipo de feridas deve atender aos critérios atrás definidos. De acordo com Baranoski e Ayello (2010, p.79-81) a cicatrização pode ocorrer por:

Encerramento Primário ou Cicatrização por Primeira Intenção: quando a lesão é minimamente contaminada, com mínima perda de tecido ou desvitalização e os bordos são aproximados por suturas, fitas ou agrafos.

Encerramento Secundário ou Cicatrização por Segunda Intenção: é o processo de cicatrização em feridas abertas com grande espessura ou perda tecidual. Não há aproximação dos bordos e como tal demoram mais tempo a cicatrizar. Além disso, necessitam de grande formação de tecido de granulação para preenchimento do espaço morto até que a contração e a epitelização aconteçam.

Encerramento Terciário ou Cicatrização por Terceira Intenção: é considerada cicatrização por encerramento primário tardio. A ferida é deixada aberta por um determinado período, funcionando como cicatrização por segunda intenção, sendo suturada posteriormente, como ferida de primeira intenção. Este procedimento é empregado geralmente nas feridas cirúrgicas com suspeita de infecção.

#### *1.2.1.2- Ferida Cirúrgica*

A ferida operatória é produzida cirurgicamente por um instrumento cortante. Para ocorrer o processo natural da cicatrização da ferida operatória, é necessário que os bordos dos tecidos lesados sejam aproximados por sutura. Faz-se a sutura recorrendo a fios cirúrgicos que podem ser absorvíveis, que desaparecem depois de alguns meses, após terem sido absorvidos pelo tecido; ou inabsorvíveis, que não são absorvidos pelos tecidos. Podem também ser utilizados agrafos, fitas ou cola. A principal finalidade da cicatrização cirúrgica é a de reconstruir, de maneira mais fiel possível, os tecidos lesados. Na ferida cirúrgica a cicatrização pode dar-se por encerramento primário, secundário ou terciário, conforme descrito anteriormente.

Porém, Trott (2009) sublinha que, o processo normal de cicatrização pode ser afetado por alguns fatores, como os descritos anteriormente e que podem ser: fatores técnicos (preparação inadequada da ferida, tensão excessiva de suturas, materiais de sutura reativos), fatores anatómicos (tensão estática ou dinâmica da pele, região do corpo), medicação (tratamento com corticoides, anticoagulantes,

drogas imunossupressoras e irradiação) e doenças e condições associadas (diabetes, insuficiência renal aguda, presença de edemas).

### 1.2.2- Ferida Aguda com Complicações

Tendo em conta a nossa experiência e, uma vez que ainda não existem dados estatísticos relativos a esta matéria disponíveis no Serviço de Cirurgia Pediátrica, a maior percentagem de complicações da ferida aguda está diretamente relacionada com a hemorragia e a infeção.

A hemorragia é a perda sanguínea decorrente do rompimento de um ou mais vasos. Pode ser interna, quando o sangramento está oculto e observa-se pela presença de hematoma e externa na qual o sangramento é visível. O tratamento implica, no primeiro caso, a utilização de apósitos compressivos ou hemostáticos e, no segundo, a revisão da hemostase.

A European Wound Management Association (EWMA, 2005, p. 2) refere que “a infeção é o resultado das interações dinâmicas que ocorrem entre um hospedeiro, um agente patogénico potencial e o ambiente. Isto ocorre quando as defesas do hospedeiro são contornadas com sucesso por microrganismos, resultando daí nocivas alterações no hospedeiro”. A EWMA (2010), caracteriza a infeção da ferida pela presença de sinais inflamatórios (como calor, rubor, dor e limitação funcional) acrescida da produção de excesso de exsudado, tecido de granulação friável, mudança de odor, estagnação no processo de cura e sinais serológicos como leucocitose e aumento da proteína C-reativa, por exemplo.

O tratamento relaciona-se com o controlo da infeção, por meio de drenagem do pus, limpeza da ferida e associação de terapêutica antimicrobiana local e antibiótico sistémico. Segundo a EWMA (2013, p. 27)

a escolha entre o tratamento local ou sistémico depende da perceção dos sinais e sintomas da infeção e do regime adotado previamente na gestão do regime terapêutico. Em casos de infeção disseminada os antibióticos sistémicos são normalmente seleccionados de forma empírica no tratamento da ferida. Caso contrário,

são escolhidas estratégias locais de tratamento de feridas e/ou são iniciadas medidas profiláticas.

### **1.3- Adesão Terapêutica e Sua Importância na Cicatrização da Ferida**

A adesão é definida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), como o grau de comportamento de uma pessoa relativamente à ingestão de medicação, ao seguimento da dieta e/ou à adoção de mudanças no estilo de vida, que corresponde e concorda com as recomendações de um profissional de saúde.

A maioria dos estudos de investigação sobre adesão centram-se no facto de o cliente seguir as instruções médicas ou tomar os medicamentos prescritos, no entanto, a adesão refere-se a comportamentos mais abrangentes que incluem procurar um profissional de saúde, adquirir os medicamentos, tomar a medicação adequada, comparecer às consultas ou adotar mudanças nos estilos de vida que contribuam para a prevenção de doenças e manutenção da saúde.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, OE, 2011) adesão define-se por:

ação auto-iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio à família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).

Assim, adesão pode ser foco, diagnóstico ou resultado e inclui: adesão ao regime terapêutico, adesão a precauções de segurança, adesão ao regime de exercício, adesão ao regime de ingestão de líquidos, adesão ao regime dietético e adesão ao regime medicamentoso (OE, 2011).

No que diz respeito ao cuidar do adolescente com ferida é essencial que o enfermeiro promova a adesão ao regime terapêutico para, por um lado, otimizar a cicatrização da ferida e, por outro, otimizar as escolhas do adolescente, relativas à

adoção de comportamentos promotores de saúde. Como refere a OE (2010, p. 86), “a fraca adesão ao tratamento compromete os esforços do sistema de cuidados de saúde, dos responsáveis pela tomada de decisão e dos profissionais de saúde na melhoria da saúde das populações”.

Por um lado, a adesão requer da parte do cliente três premissas: querer, ter conhecimento e ter recursos e por outro, é um foco influenciado por múltiplos fatores que, segundo a OMS (2003), podem ser socioeconómicos e culturais; relacionados com a doença; relacionados com os profissionais e com os serviços de saúde; relacionados com o tratamento/terapêutica e/ou relacionados com o cliente. Nesta situação, o EEESCJ deve ter uma visão sistémica das necessidades do adolescente e família por forma a adotar estratégias comportamentais e educativas que promovam a adesão.

As **estratégias comportamentais** incluem a comunicação e aconselhamento direto, envolvimento com o cliente, a simplificação de esquemas terapêuticos, memorandos e reforço ou recompensa. As **estratégias educacionais** relacionam-se com a informação (oral, escrita, audiovisual ou utilizando as tecnologias de informação), programas educacionais individuais e em grupo. A OE (2003, p.89) defende que “a educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não só precisam de ser informados como precisam de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida”.

Tendo em conta as estratégias apontadas anteriormente, o EEESCJ deve promover uma abordagem multidisciplinar que inclua a família e a comunidade, pois, como fundamenta a OE (2003, p.89), estes intervenientes “precisam de ser envolvidos de forma ativa no plano de cuidados e nos resultados esperados dos cuidados”, o que exigirá cooperação contínua entre os intervenientes.

No seguimento deste raciocínio, a Wounds International (2012) aponta estratégias de ação para promover o bem-estar do indivíduo com ferida como: desenvolver uma parceria terapêutica com os pacientes e seus cuidadores, partindo da relação terapêutica, trabalhar em conjunto para melhorar o bem-estar de uma forma eficaz e eficiente e garantir a capacitação e a escolha onde as decisões são compartilhadas.

Em Pediatria, a parceria de cuidados e o reconhecimento por parte do enfermeiro das competências parentais, permitem adquirir novas competências ou pura e simplesmente refinar as previamente adquiridas. A parceria pressupõe que os elementos envolvidos (família-enfermeiro) acreditem na partilha de conhecimentos, práticas e recursos que os beneficiam mutuamente (Hockenberry & Wilson, 2014).

## **2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E CONTRIBUTOS SIGNIFICATIVOS**

A Unidade Curricular Estágio foi desenvolvida em diferentes contextos com o objetivo de promover no formando competências pessoais e profissionais inerentes às áreas de atuação do EEESCJ, no âmbito da adesão ao regime terapêutico do adolescente com ferida e família. Recorrendo à metodologia de projeto, partindo de um problema e competências a desenvolver, definimos objetivos e atividades que foram merecedoras de reflexão e análise.

No projeto de estágio, cujo cronograma se apresenta no Apêndice VI, foram formulados objetivos comuns a todos os contextos pelo que passamos a descrever as atividades desenvolvidas para os atingir. Dessas atividades obtiveram-se aprendizagens e competências essenciais a um EEESCJ, uma vez que segundo a OE (2010, p.1)

é do escopo de ação deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

No decorrer do estágio e, partindo do conhecimento da filosofia e missão das instituições, do funcionamento e organização dos diferentes locais, da dinâmica das equipas multidisciplinares, das características dos clientes de cuidados e dos recursos disponíveis, organizou-se o projeto de estágio tendo como foco dois grandes grupos de atividades:

- 1. Análise do processo de atendimento e acompanhamento do adolescente com ferida e família.**
- 2. Capacitação dos enfermeiros dos serviços de Pediatria para a intervenção ao adolescente com ferida e família.**

Cada grupo de atividades foi dividido em subcapítulos que correspondem às diferentes atividades desenvolvidas à luz da evidência científica e do modelo conceptual que sustentou as experiências. Não poderíamos deixar de contextualizar as atividades sem descrever, ainda que de forma sucinta, os locais de estágio por onde passámos ao longo do percurso formativo, de modo a que o leitor tenha uma visão clara do que pretendemos exprimir.

## **2.1. Análise do Processo de Atendimento e Acompanhamento do Adolescente com Ferida e Família**

Para responder a esta atividade procurámos compreender a adolescência, as implicações inerentes à presença de uma ferida e os fatores que possam dificultar a adesão ao regime terapêutico.

Perceber a adolescência como uma etapa dinâmica do desenvolvimento que implica alterações físicas, psicológicas e sociais, cuja presença de ferida e necessidade de cumprir um regime terapêutico, contribuem para o despoletar de muitos dilemas internos e externos, foi fundamental à construção do processo de enfermagem, fundamentado na Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003, 2013). A operacionalização da teoria no projeto de intervenção em Enfermagem está descrita no Apêndice I.

Desenvolver um plano de intervenção, partindo da apreciação holística destes adolescentes, respondendo às necessidades identificadas e, assim, contribuir positiva e holisticamente, para a plenitude do conforto foi um dos objetivos traçados. Kolcaba (2003, 2013) defende que é através da implementação das intervenções de enfermagem que se minimiza o desconforto, prevendo-se a eficácia e melhoria do conforto e, conseqüentemente, ganhos nos comportamentos de procura de saúde.

### 2.1.1. Análise das Necessidades de Cuidados de Saúde do Adolescente e Família

Para melhor cuidar do adolescente sentimos a necessidade de aprofundar conhecimentos relativos à adolescência, enquanto etapa do desenvolvimento. A nossa dificuldade e a relatada por alguns enfermeiros no cuidado ao adolescente prevê a imposição de constantes desafios diários.

A adolescência é um período de mudança a vários níveis, de novas experiências e de desenvolvimento da própria identidade e da autonomia. É no desenvolvimento saudável que o adolescente experiencia o mundo que o rodeia, condicionado por fatores de proteção e de risco que moldam o seu comportamento de saúde e estilo de vida.

Os comportamentos de risco fazem parte da natureza do ser adolescente, uma vez que cada comportamento pode ter uma conduta exploratória e construtiva com consequências positivas para a saúde, por um lado, e, por outro, ter uma conduta destrutiva que acarreta malefícios para a saúde por outro (Assis, Pesce & Avanci, 2006). Assim sendo, orientámos as leituras e experiências de estágio de forma a responder a algumas questões que achámos prioritárias na abordagem a esta problemática: as necessidades de cuidados de saúde que o adolescente experimenta e o papel do enfermeiro na satisfação dessas necessidades.

Foram dois os contextos de estágio que contribuíram para a obtenção das respostas. O primeiro, Serviço de Urgência Pediátrica (SUPed) onde iniciámos o percurso formativo e a Unidade de Saúde Familiar (USF).

O SUPed, de um hospital central do distrito de Lisboa, tem por missão implementar estratégias de melhoria dos cuidados de saúde à criança/ jovem e família através da atividade assistencial, formativa e de investigação (Apêndice V). Aqui, o atendimento ao adolescente é personalizado e existe a preocupação, por parte da equipa de enfermagem, de proporcionar um ambiente acolhedor, manter a privacidade e confidencialidade e apostar na formação. É de referir, que apesar da média de anos de profissão dos enfermeiros ser relativamente baixa, o que mostra a existência de enfermeiros com pouco tempo de experiência profissional, a grande maioria tem um curso de pós-graduação/ especialidade ou mestrado.

A primeira abordagem ao adolescente e família no SUPed, após inscrição/admissão ao serviço, é realizada pelo enfermeiro na Sala de Triagem. Segundo Toni & McCallum (2007), a triagem constitui um processo de estabelecimento de prioridades, que permite a rápida identificação dos clientes que se encontram em situação de risco eminente de vida, implicando uma rápida colheita de dados, determinação da gravidade e encaminhamento para o tratamento mais adequado a cada situação.

Para Moreira (2010, citando Gerdtz & Bucknall, 2000) refere que existem dois tipos de triagem descritos na literatura, são eles:

A triagem primária aponta para decisões relacionadas com a entrada inicial dos doentes no serviço, determinando a sua prioridade, dando a primeira ajuda e indicando qual o seu encaminhamento. A triagem secundária enquadra-se na iniciação de intervenções de enfermagem. Enquanto os doentes aguardam observação médica, com o objectivo de gerir o serviço de urgência são prestados cuidados tais como analgesia. A primeira função de qualquer profissional aquando da triagem é utilizar o código de triagem instituído na instituição tendo presente que o mesmo reflecte uma necessidade clínica e não um diagnóstico.

O tipo de triagem que os profissionais do SUPed desenvolvem é uma triagem primária, executada por um enfermeiro. No atendimento ao adolescente o enfermeiro possui conhecimento prévio das suas características de desenvolvimento e adota estratégias promotoras de uma comunicação eficaz, demonstrando vontade e capacidade de o escutar, compreendendo-o na sua diferença e especificidade.

No SUPed o enfermeiro atende aos princípios éticos como o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo (OE, 2010), ao receber um adolescente, e atendendo ao subestadio de desenvolvimento em que se encontra, questiona-o sobre se permite ou não a presença de acompanhante/ pais e o acompanhante que deseja; promove a privacidade ao encerrar a porta da sala, adota um estilo assertivo: colocando as situações de forma clara, recorrendo à negociação com o adolescente com base em interesses mútuos, estabelecendo uma relação fundada na confiança, sendo verdadeiro consigo mesmo e com o adolescente.

Na relação com o adolescente o enfermeiro utiliza técnicas de comunicação terapêutica como a orientação/ preparação, reflexão, clarificação, síntese e planificação (Riley, 2012), procurando definir objetivos que vão de encontro às suas necessidades de conforto, no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção da doença, envolvendo o adolescente na tomada de decisão (Apêndice IX).

Tanto na Sala de Tratamentos como no Serviço de Observação Pediátrica (SOPed) na abordagem ao adolescente tivemos em consideração os aspetos anteriormente expostos, devendo, no entanto, salientar a preocupação dos enfermeiros relativamente às necessidades de conforto manifestadas pelos adolescentes ao longo do estágio como: a dor, a separação da família e a perda de controlo sobre a situação.

Assim, os enfermeiros procuram minimizar a dor aquando da realização dos procedimentos, avaliando e registando-a sistematicamente, através do recurso às diferentes escalas de avaliação; utilizando estratégias não farmacológicas do alívio da dor como o diálogo, a distração, a imaginação guiada e o relaxamento, bem como estratégias farmacológicas, após prescrição médica.

No que respeita à separação da família (e isso verifica-se mais no início da adolescência - dos 11 aos 13 anos), o enfermeiro promove o envolvimento e a parceria com a família, dando prioridade ao adolescente, na clareza da informação transmitida e na responsabilização pela sua saúde. O sentimento, muitas vezes verbalizado pelo adolescente, relativo à perda de controlo pela situação, impõe que o enfermeiro, antes de qualquer procedimento respeite a sua autonomia, informando-o, esclarecendo dúvidas e obtendo o consentimento verbal para o ato.

O método de trabalho de enfermagem no atendimento ao adolescente neste serviço é o método individual que assenta no pressuposto de que a totalidade dos cuidados é prestada pela enfermeira afeta ao cliente. De acordo com Costa (1999, p.25, citando Kron & Gray, 1989), este método implica que

a totalidade dos cuidados é prestada pela enfermeira afecta ao doente, embora não possa ser coordenado de um turno para o outro, ou de um dia para o outro, por ocorrerem alterações nas designações das tarefas e porque o número de doentes atendidos por um enfermeiro pode variar.

O mesmo autor (1999, p.25, citando Kron e Gray, 1989) defende que este método pressupõe que “a responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados”.

Na USF situada no concelho de Odivelas, distrito de Lisboa, a equipa é constituída por sete médicos, cinco enfermeiros, cinco técnicas administrativas, uma assistente operacional e um segurança. Abrange uma população de cerca de 12 775 clientes e cada enfermeiro tem associados 2000, inseridos em famílias. A abordagem desta USF vem descrita de forma mais pormenorizada no Apêndice IV.

Nesta USF, o contacto com o adolescente dá-se principalmente nas consultas de saúde infantil e pediatria, sendo que existem consultas regulares de vigilância de saúde até os 12-13 anos, perdendo-se depois a ligação próxima com a unidade de cuidados de saúde primários. Depois dessa idade a ligação retoma-se na consulta de planeamento familiar, quando as jovens procuram esclarecimentos sobre sexualidade e diferentes métodos anticoncepcionais. É de salientar, que mesmo que a adolescente recorra à USF para obter métodos contraceptivos, a enfermeira aproveita a oportunidade para realizar consulta de planeamento e detetar eventuais comportamentos de risco.

Apesar de promovida a abertura à comunidade através do atendimento personalizado pelo enfermeiro de família, os adolescentes que procuram esta unidade de saúde por iniciativa própria é muito baixo. Por isso, nesta USF o enfermeiro de família convoca o adolescente para a consulta sempre que é detetado algum comportamento de risco, quer pela equipa de saúde da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), quer pela informação/ solicitação de algum familiar.

A intervenção da Equipa da UCC tem um papel de extrema importância na promoção da saúde na criança e jovem. A DGS (2010) aponta que a metodologia de proximidade utilizada com os jovens nestas unidades de cuidados tem apresentado resultados positivos na prevenção primária, com obtenção de ganhos para a saúde, em matérias como a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção nos consumos de tabaco, álcool ou drogas, promoção de hábitos de vida saudáveis (higiene oral, alimentação saudável, entre outros). Ao longo do estágio não tivemos

a oportunidade de observar este tipo de intervenções, uma vez que estão a cargo da UCC que é um recurso distinto da USF.

Como referido anteriormente, o atendimento ao cliente nesta unidade, é feito pelo enfermeiro de família, o que traz vantagens na detecção precoce de problemas de saúde, estilos de vida desviantes e fatores de risco comportamentais, promovendo o aconselhamento sobre a saúde da família. A OE (2010, p. 1) defende que “o enfermeiro de família [...] é, inquestionavelmente, uma mais-valia no âmbito da qualidade dos cuidados prestados à população, com ênfase para a efetividade, proximidade e acessibilidade”. Na prática verifica-se uma responsabilização do enfermeiro por um determinado número de famílias que, por se encontrar mais próximo, promove uma relação terapêutica de confiança e facilita o acesso a cuidados de saúde globais, continuados e integrados, tanto na promoção da saúde como no processo de doença.

Nesta ótica o enfermeiro de família é visto como o Enfermeiro de Referência (ER). Este método de organização dos cuidados de enfermagem tem como objetivo a humanização dos cuidados e como principal característica a centralização da tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (OE, 2010). No entanto, uma vez que este enfermeiro, não está sempre de serviço, trabalha em associação com outros que o substituem na sua ausência - os enfermeiros associados. O ER, para além de coordenar o plano de cuidados ao cliente “em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade” (OE, 2010, p.1), coordena igualmente o trabalho dos seus associados e as diversas atividades de outros intervenientes da equipa de saúde, no sentido de evitar duplicações e assegurar a continuidade do plano global de cuidados de saúde e qualidade dos mesmos.

Para além das vantagens expostas, o uso desta metodologia de trabalho tem também alguns constrangimentos. Assim, decorrente da observação, considerámos que o enfermeiro de família deve ser detentor de competências próprias de um enfermeiro especialista, com capacidade de identificar, planear, implementar e avaliar processos de cuidados complexos, bem como identificar problemas de saúde reais e potenciais. Nos cuidados de saúde primários, este enfermeiro deve ser um

recurso central no cuidado à criança, jovem e família e consultor na avaliação, planeamento e intervenção de enfermagem, em situações de maior complexidade.

Daquilo que vivenciamos na USF, pudemos constatar que o enfermeiro de família ainda não consegue dar resposta eficaz a todos os elementos da família visto existir um elevado número de famílias com necessidades de cuidados afetas a um só enfermeiro. Aqui, apesar dos enormes esforços do enfermeiro, ainda são poucos os momentos em que este consegue ser um agente promotor da saúde das suas famílias, identificando precocemente os desvios comportamentais e de estilo de vida.

A adesão ao regime terapêutico do adolescente é também uma das áreas de intervenção do enfermeiro dos cuidados de saúde primários, e que se coloca como um desafio, dadas as necessidades de autonomia, autoestima e autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, por parte do adolescente (OE, 2010).

A literatura mostra que a adesão ao regime terapêutico é um foco influenciado por múltiplos fatores que, segundo a OMS (2003), podem ser socioeconómicos e culturais; relacionados com a doença; relacionados com os profissionais e com os serviços de saúde; relacionados com o tratamento/terapêutica e/ou relacionados com o cliente. Neste sentido, consideramos que a proximidade e a relação terapêutica estabelecida pelo adolescente com o enfermeiro de família poderão contribuir para identificar esses fatores, avaliando, planeando e implementando estratégias educacionais e comportamentais que traduzam uma modificação positiva na adesão ao regime terapêutico.

Na USF não existe consulta de adolescentes, porém, esta é uma área de interesse verbalizada pela maioria dos enfermeiros desta unidade. Segundo Fonseca *et al.* (2005), os serviços de saúde devem responder às necessidades de saúde do adolescente de modo integrado, proporcionando-lhes um ambiente adequado. A abordagem ao adolescente deve ser integradora e global, somática e psicossocial, realizada num espaço próprio que respeite a sua privacidade e autonomia. Para o mesmo autor, importa dotar os serviços de saúde de profissionais motivados, disponíveis e com formação adequada, no sentido de prestar cuidados

de enfermagem de excelência, aumentar a adesão às consultas de vigilância e diminuir o absentismo escolar.

O atendimento do adolescente assenta numa política de saúde que defende a acessibilidade às consultas (gratuitas, sem burocracia e com horário flexível), com garantia de confidencialidade, desprovida de juízos de valor ou preconceitos, promovendo a privacidade e autonomia para a tomada de decisão responsável (DGS, 2013). Estes princípios gerais preveem a existência de um espaço específico que promova a interação com o profissional de saúde. Na nossa opinião, é de considerar que estes princípios devem ser aplicados em qualquer contacto no cuidado aos adolescentes e não só numa consulta.

A aquisição de conhecimentos nesta área de intervenção contribuiu de modo preponderante para a melhoria da qualidade de cuidados que prestamos aquando da relação terapêutica que estabelecemos diariamente com os adolescentes na prática de cuidados. Deste modo, consideramos que atendendo às competências específicas do EEESCJ (OE, 2010), no que diz respeito ao enunciado descritivo *Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*, relativamente à unidade de competência *Comunica com o adolescente e família de forma adequada ao desenvolvimento e cultura*, nos avaliamos como Proficiente (Benner, 2001), uma vez que reconhecemos as situações holisticamente e de um modo mais competente, usando do espírito analítico quando surgem situações imprevisíveis.

Atendendo, ainda, ao enunciado descritivo acima exposto e relativamente à unidade de competência *Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil* tivemos a oportunidade, na USF, de participar na consulta de enfermagem de saúde infantil.

Nesta consulta avaliámos o crescimento da criança realizando o exame físico, o estado nutricional e o grau de respostas a estímulos em termos de desenvolvimento, utilizámos como instrumento a escala de Mary Scheridan modificada, já validada para a população portuguesa e preconizada pela Direção Geral de Saúde (DGS) no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ, 2013), que permite a avaliação das competências de desenvolvimento infantil desde o

nascimento até aos 5 anos de idade. Este instrumento facilita a prática de cuidados uma vez que descreve um perfil de desenvolvimento das crianças, o que permite detetar precocemente eventuais atrasos. Do mesmo modo, esta escala propõe aos cuidadores principais (família) atividades promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança. Assim, o enfermeiro ao rastrear e detetar risco ou progressão atípica do crescimento e desenvolvimento da criança deve planear com a família, atividades de desenvolvimento e intervenção precoce, encaminhando-a para profissionais e instituições especializadas.

Com esta experiência, sentimos maior segurança na aplicação de uma escala de avaliação de desenvolvimento, uma vez que não possuíamos conhecimentos sólidos neste domínio. No entanto, passámos a recorrer a este instrumento para rastrear possíveis desvios, em contexto hospitalar, como é no caso da prática diária em Hospital de Dia e Cirurgia de Ambulatório.

Aquando da aquisição de competências na área do desenvolvimento infantil, desenvolvemos conhecimentos relativamente aos cuidados antecipatórios, preconizado por Brazelton (2007) que defende o conceito de “*Touchpoints*”, ou seja, os períodos previsíveis de desorganização ao longo do desenvolvimento infantil (saltos, regressões e avanços) podem perturbar as relações familiares, o que proporciona momentos de oportunidade para que os enfermeiros estabeleçam com as famílias laços de proximidade e aliança (Brazelton, 2007). Assim, o enfermeiro ao utilizar os cuidados antecipatórios, numa perspetiva positivista (enfatizando as capacidades adquiridas pela criança), confirma as capacidades dos pais em compreendê-la e cuidá-la, aumentando a autoestima parental, capacitando os pais para o desenvolvimento de uma parentalidade positiva. Pressupõe-se, deste modo, que ao implementar estas intervenções de *coaching*, segundo a TC, o enfermeiro contribua para o alívio do desconforto relativamente à parentalidade, obtendo maior conforto.

Numa situação de hospitalização para cirurgia, por exemplo, o enfermeiro deve considerar como prioridade os cuidados antecipatórios, no sentido de minimizar o desconforto e promover o reajuste do papel parental. Para isso, é importante que a família possua conhecimento acerca das capacidades e

comportamentos do seu filho em cada fase do desenvolvimento, prevenindo possíveis lesões.

O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) foi a ferramenta de registo utilizada na USF, bem como o registo no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) de cada criança ou jovem. No entanto, no âmbito da revisão do PNSIJ (2013), desenvolveram-se novas ferramentas digitais (Nascer Utente, a Notícia de Nascimento digital e o eBoletim), que agilizará a comunicação entre os cuidados de saúde primários, maternidades e hospitais. Este sistema entrou em vigor a partir de 1 de Junho de 2014 e permite o registo da mesma informação que o BSIJ de papel, sendo criado na Maternidade e podendo estar disponível para consulta pelos profissionais de saúde, permitindo também o registo e acessibilidade direta pelo SAPE e Sistema de Apoio ao Médico (SAM).

Em dois dos dias do estágio de Serviço de Urgência, estivemos presente no IV Encontro de Benchmarking em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, organizado pelo colégio da especialidade da OE (Anexo II). Foi nesta atividade que conhecemos pormenorizadamente, através de uma conferência cuja oradora foi a Enf<sup>a</sup> Bárbara Menezes, em representação da DGS, as alterações introduzidas no SAPE e SAM, que permitem a ligação ao SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância), bem como as ferramentas digitais acima apresentadas. É de salientar que o eBoletim está organizado de uma forma bastante simples e que tem a vantagem de conter informações do período pré e neonatal. Assim, ele organiza-se por pontos: 1. Identificação: a) Criança/ Jovem; b) Gravidez; c) Neonatal; 2. Registos: a) Tabela de registos; b) Percentis; 3. Desenvolvimento; 4. Parâmetros; 5. Temas de conversa e 6. SNIPI.

No que diz respeito à consulta de enfermagem do adolescente, aprofundámos conhecimentos sobre a entrevista ao adolescente, sustentados nas orientações preconizadas pela DGS relativamente à temática. Salientámos a aquisição de conhecimentos referentes às mudanças biológicas que ocorrem na puberdade, sustentados no conhecimento sobre os estádios de Tanner, que se baseia na maturação sexual e descreve os estádios do crescimento pubertário, estando numerados de 1 (imaturo) a 5 (maturo) para rapazes e raparigas (Honckenberry & Wilson, 2014). Ao longo do percurso formativo nesta USF tivemos a oportunidade de

realizar, sob supervisão da enfermeira de referência, várias consultas de enfermagem onde aplicamos as competências desenvolvidas.

Consideramos que atendendo às competências específicas do EEESCJ, e relativamente ao enunciado descritivo *Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem* e, no que concerne, à unidade de competência *Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde*, nos avaliamos em Proficiente (Benner, 2001), dado que desenvolvemos a consulta aplicando os conhecimentos adquiridos, fundamentados na comunicação assertiva, na expressão das emoções, na partilha de informação e no empoderamento na tomada de decisão responsável, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis.

#### 2.1.2- Desenvolvimento de Competências de Comunicação com o Adolescente e Família

Para desenvolver competências de comunicação com o adolescente e família, realizaram-se documentos de apoio que serviram, simultaneamente, como suporte teórico à problemática: a comunicação com o adolescente. Assim, tal como apresentamos no Apêndice XIII um documento inserido no estágio do Serviço de Urgência de Pediatria sobre “Cuidar do Adolescente: Estratégias de Comunicação”, que teve como objetivo identificar estratégias comunicacionais a implementar pelo enfermeiro no atendimento ao adolescente. Este documento fazia referência à adolescência enquanto etapa do desenvolvimento, a alguns princípios da comunicação e estratégias de comunicação no cuidado ao adolescente. Neste contexto, sentimos, ainda, necessidade de elaborar uma reflexão crítica dentro desta temática (Apêndice IX).

No decorrer da experiência na USF detetámos, após conversa com as enfermeiras da unidade, que as questões inerentes à entrevista ao adolescente e família constituíam para a maior parte dos elementos um desafio a superar uma vez que subsistiam dúvidas acerca da abordagem ao mesmo no que concerne à forma

de comunicar e conduzir a entrevista. Assim, desenvolveu-se um documento intitulado “Guia Prático- Exame Global de Saúde 11-13 Anos” (Apêndice XV), que teve como finalidade constituir um documento de consulta rápida para o enfermeiro na abordagem do adolescente em contexto de exame global de saúde. O documento incluiu uma abordagem à adolescência como etapa de desenvolvimento, os princípios fundamentais do atendimento de enfermagem ao adolescente (DGS, 2013) e algumas das competências comunicacionais a desenvolver na abordagem ao mesmo, bem como uma adaptação da entrevista do Adolescente: Passo-a-Passo (Peixoto *et al*, 2012). O documento foi deixado nesta unidade de saúde em suporte de papel.

A construção deste documento trouxe mais-valias relativamente à solidificação de conhecimentos na abordagem ao adolescente na promoção da sua saúde. Na USF tive igualmente a possibilidade de realizar a consulta de enfermagem a jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos, a fim de detetar comportamentos de risco, desvios de saúde e promover estilos de vida saudáveis.

Nesta consulta utilizámos a metodologia de entrevista que descrevemos no guia elaborado, formulando diagnósticos reais e potenciais, implementando intervenções de enfermagem e procedendo à sua avaliação. Os diagnósticos formulados tiveram a ver, essencialmente, com défice de informação relativamente às alterações próprias da adolescência enquanto etapa do desenvolvimento; com risco de desenvolver problemas de interação social; com risco de alterações na dinâmica familiar e com situações de risco de baixa autoestima.

O percurso de aprendizagem realizado, relativamente à problemática em questão, capacitou-nos para a utilização de importantes recursos comunicacionais e educacionais, que permitiram melhorar a intervenção ao adolescente e família que são atendidos no nosso contexto diário de cuidados.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) por onde tivemos oportunidade de desenvolver estágio, num hospital central de Lisboa, durante o acolhimento, e enquanto a equipa de saúde procura estabilizar hemodinamicamente o adolescente, o enfermeiro responsável naquele turno dirige-se à família e, em sala

de reuniões, longe da panóplia de dispositivos médicos que muitas vezes mantém as funções vitais do adolescente, realiza uma entrevista aos acompanhantes com o objetivo de conhecer o contexto de saúde pregresso, história da doença atual, hábitos e estilos de vida. Acompanha-os, posteriormente, à unidade do adolescente, explicando pormenorizadamente para que servem os dispositivos médicos, mostrando a unidade e o seu funcionamento; faculta um guia de acolhimento que contém informações úteis aos familiares durante a permanência na UCIPed.

Durante a estadia nesta unidade e, atendendo à gravidade da situação, após a extubação do ventilador e, caso o adolescente não apresente capacidade de comunicar verbalmente, é-lhe facultado um bloco de notas e caneta para que possa comunicar sem esforço, tanto com os familiares como com os profissionais.

A sustentação teórica que fundamentou as nossas aprendizagens permitiram-nos, compreender e analisar as características observadas no adolescente de uma forma mais sistematizada, orientando a intervenção às necessidades identificadas, recorrendo a técnicas de comunicação terapêutica mais assertivas. A comunicação terapêutica que agora desenvolvemos permite-nos o fortalecimento da relação terapêutica e a obtenção de resultados muito mais positivos relativamente à preferência do adolescente em ser cuidado por nós e ao grau de satisfação que manifesta após a nossa abordagem.

De acordo com o exposto, e atendendo às competências específicas do EEESCJ, quanto ao enunciado descritivo *Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*, autoavaliámo-nos em Proficiente (Benner, 2001) relativamente à unidade de competência *Comunica com o adolescente e família de forma adequada ao desenvolvimento e cultura* (OE, 2010).

### 2.1.3- Desenvolvimento de Competências no Tratamento de Feridas

Com o intuito de desenvolver esta atividade, começámos por realizar uma revisão da literatura recente dedicada às boas práticas na gestão do tratamento de feridas, com o objetivo de nos mantermos atualizados.

Assim, reunimos com um perito na Abordagem ao Doente com Ferida, que pertence à subcomissão de Pensos e Dispositivos Similares do Centro Hospitalar Lisboa Norte, com o objetivo de perceber se a escolha dos apósitos e dispositivos médicos para a utilização no Centro Hospitalar era realizada tendo por base a evidência científica e as *guidelines* da Wounds International, EWMA, da EPUAP e NPUAP.

Nesta reunião concluímos que os membros desta subcomissão se mantêm atualizados relativamente aos avanços da indústria no que respeita à produção de novos produtos e tecnologias para a gestão do tratamento das feridas, sendo que os materiais de penso disponíveis no Centro Hospitalar têm também em consideração o custo-eficácia. Neste sentido, é ponderado, para a escolha dos materiais, o custo evidente do produto *versus* o custo em cuidados de enfermagem, o tempo despendido pelo enfermeiro e cliente, bem como os custos de deslocação do cliente e o tempo de cicatrização da ferida.

Uma outra atividade que desenvolvemos durante o período de estágio do Serviço de Urgência, a 8 de Outubro de 2013, foi um *webinar* subordinada ao tema “Viabilidade de Feridas” promovida pela Bwizer®, empresa que se centra no setor da saúde e que pretende contribuir para o sucesso dos clientes (profissionais de saúde), através da promoção de formações e produtos utilizando canais e formatos inovadores e eficazes (internet). Esta formação foi realizada por um enfermeiro com Especialidade em Enfermagem de Reabilitação e com comprovada experiência como formador (desde 2005) na área da Viabilidade Tecidual e Tratamento de Feridas, exercendo atualmente funções na UCC de Ermesinde.

Na formação, o formador expôs algumas noções básicas da fisiologia da cicatrização da ferida, no entanto, focou a sua atenção para a temática da avaliação da ferida, salientando que este fato é essencial para o correto planeamento do tratamento da ferida e para o estabelecimento de objetivos reais na cicatrização da mesma. Na avaliação da ferida é essencial que o enfermeiro colha dados relativamente à sua causa, à categoria, à intenção de cicatrização, à duração, ao tipo de tecido constituinte, à dimensão, entre outros. Como foi uma formação de apenas sessenta minutos, o formador cingiu-se à avaliação da dimensão da ferida alertando-nos para a existência de produtos inovadores nesta área.

Para avaliar a dimensão da ferida o enfermeiro deve atender ao comprimento, largura, profundidade, área, volume e perímetro. Nesta perspetiva, foram apresentados várias ferramentas como a régua, o registo fotográfico, a película Opsite Flexigrid® (que contém uma escala de avaliação da ferida podendo ser colocada sobre a mesma), bem como ferramentas digitais: o PictZar® (software que é usado para a medida de fotografias digitais, sendo um método não invasivo, que pode ser arquivado em formato digital ou impresso), o MOWA (Mobile Wound Analyzer - Wound Care Solution) para a gestão de feridas, software compatível com iPhone, iPad e iPod touch, que analisa o tipo de tecido presente na ferida e a percentagem do mesmo. Outro método inovador para a gestão do tratamento da ferida é o sistema Silhouette, da Aranz®, software construído com base na evidência. É um sistema 3D de medida e análise da ferida que disponibiliza informação sobre o tratamento a implementar de acordo com a avaliação realizada. É porém um sistema extremamente caro relativamente à díade custo/ benefício.

No período de estágio correspondente ao estágio da USF, participámos no Congresso da Associação Portuguesa para o Tratamento de Feridas que decorreu nos dias 21 e 22 de Novembro, no Centro de Congressos do Porto (Anexo II), com o objetivo de atualizar conhecimentos na gestão do tratamento de feridas.

Assim, assistimos à preleção do Enf<sup>o</sup> Alves, mestre em Administração e Educação e Especialista em Enfermagem Comunitária que atualmente é assistente no Instituto de Ciências da Saúde - Porto, da Universidade Católica Portuguesa e membro de várias sociedades internacionais de tratamento de feridas. Nesta preleção assistimos a uma abordagem da epidemiologia nacional em termos de prevalência e incidência das feridas, bem como à identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de feridas, tendo por base a prática baseada na evidência.

Assistimos a um simpósio da Paul Hartmann® que se focou no processo cicatricial das feridas, desde a fase inflamatória até à fase de epitelização, apresentando um estudo onde foi utilizada uma espuma não aderente de nova geração (Hydrotac®) com ótimos resultados no que concerne à eficiência/ eficácia.

Outra das preleções que contribuiu para obter conhecimento relativamente ao tratamento de feridas foi a palestra sobre “Feridas em Pediatria”, cujos preletores

foram o Enf<sup>o</sup> Alves, que abordou a realidade nacional acerca das feridas em Pediatria, apresentando estudos de evidência relativamente à prevalência das mesmas; a Enf<sup>a</sup> Curley, autora da escala de Braden, que fez a sua preleção por videoconferência, apresentando novos itens adicionados à escala de Braden Q, nomeadamente no que respeita à introdução da dimensão “D”- device. Estudos de Curley et al (2003) comprovam que esta dimensão foi descurada e está relacionada com o desenvolvimento de UPP’s devido à presença de dispositivos médicos. Neste sentido, a autora propõe uma nova escala: Braden Q + D, que necessita de ser validada para a população portuguesa. Outro preletor, que contribuiu para a aquisição de conhecimentos nesta área, foi o Enf<sup>o</sup> Molina, consultor executivo do Grupo Nacional para o Estudo e Assessoria de Úlceras por Pressão e Feridas Crónicas (GNEAUPP- Espanha), que abordou a questão do custo na prevenção de úlceras por pressão *versus* o custo para tratamento das mesmas; apresentando dispositivos de avaliação da integridade cutânea adaptados à pediatria.

Em Abril de 2014 realizou-se uma outra *webinar* subordinada ao tema “STOP UPP: Prevenção e Tratamento das Úlceras por Pressão”, cujos preletores foram o Enf<sup>o</sup> Alves, que abordou a prevalência das UPP em Portugal e as estratégias de prevenção nas UPP. Outra preletora foi Esteves, da divisão de cuidado de feridas, da Mönlycke Health Care, que abordou os fatores de risco extrínsecos ao desenvolvimento de uma UPP (pressão, cisalhamento, microclima da pele e fricção), apresentando as características preventivas do Mepilex Border® (Anexo II).

No contexto destas formações desenvolvemos para o serviço de Cirurgia Pediátrica de um hospital central de Lisboa, onde decorreu o nosso último estágio, um panfleto sobre “Cuidados Gerais à Pele pós UPP- Orientações Gerais”, a facultar a adolescentes e pais que tivessem tido UPP e necessitassem de orientações relativamente aos cuidados à pele a ter no domicílio (Apêndice VIII), este documento ficou disponível no serviço em suporte de papel e, posteriormente, foi introduzido como ferramenta para a melhoria dos cuidados de enfermagem, aquando da segunda avaliação do processo de acreditação do referido serviço.

O estágio realizado num Serviço de Consulta Externa de um hospital pediátrico de Lisboa trouxe-nos, também, mais-valias no que diz respeito à gestão do tratamento de feridas (Apêndice III). Nesse local pudemos aplicar conhecimentos

relativamente à avaliação das feridas, colaborar no planeamento do tratamento a realizar, propor estratégias promotoras de uma boa cicatrização, bem como, realizar o tratamento em si, avaliando e implementando estratégias de controlo da dor, antes, durante e após o tratamento e proceder ao registo dos cuidados de enfermagem prestados (Apêndices VII e XI).

Considerámos que a possibilidade de conhecer novas realidades e bons exemplos de boas práticas contribuíram para o desenvolvimento de competências nesta área, facilitando a aquisição de competências próprias do enfermeiro EEESCJ. Assim, no que diz respeito ao enunciado descritivo *Assiste a criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde*, autoavaliámo-nos como Proficiente (Benner, 2001) atendendo ao enunciado descritivo *Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, (...), da capacidade para gerir o regime (...) do jovem* (OE, 2010).

#### 2.1.4- Identificação das Dificuldades do Adolescente com Ferida na Adesão ao Regime Terapêutico

Para concretizar esta atividade utilizámos a metodologia de investigação e desenvolvemos um estudo exploratório e descritivo, com a finalidade de pesquisar e descrever o fenómeno: adesão ao regime terapêutico do adolescente com ferida.

Definimos como população acessível seis adolescentes submetidos a cirurgia para excisão de *sinus pilonidalis*, com recurso à técnica cirúrgica de método aberto ou marsupialização dos bordos e que estavam a ser atendidos, no pós-operatório, em regime de Hospital de Dia de Cirurgia Pediátrica, de um hospital central de Lisboa.

Dado o estudo ser de características essencialmente qualitativas, optámos pela entrevista como instrumento de colheita de dados, por isso, construímos um guião de entrevista, tendo por quadro de referência os estudos da OMS (2003) que defende que a adesão ao regime terapêutico é um foco influenciado por múltiplos fatores que podem ser: socioeconómicos e culturais; relacionados com a doença;

relacionados com os profissionais e com os serviços de saúde; relacionados com o tratamento/ terapêutica e/ ou relacionados com o cliente.

Relativamente à população acessível, foi necessário esclarecer os adolescentes e pais acerca dos objetivos do estudo e garantida a confidencialidade dos dados, obtendo o consentimento dos mesmos, plenamente informados que podiam interromper a sua participação na investigação a qualquer momento e sem qualquer consequência.

O guião de entrevista, bem como os consentimentos dirigidos aos adolescentes e aos pais foram submetidos à avaliação da Comissão de Ética de um Centro Hospitalar de Lisboa, que deu a autorização para aplicação dos mesmos. Foi igualmente obtida autorização da Direção dos Serviços de Enfermagem, da Diretora do Departamento de Pediatria, da Diretora do Serviço e da senhora Enfermeira Chefe da mesma instituição. As entrevistas aos adolescentes decorreram, no Serviço de Cirurgia Pediátrica, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2014.

Na análise das entrevistas considerámos fundamental caracterizar a população acessível, utilizando as variáveis de caracterização. As restantes questões foram submetidas à análise temática de conteúdo e atenderam às variáveis intervenientes multifatoriais: relacionadas com o próprio cliente, com a doença, com os profissionais e com os serviços de saúde, com o tratamento/ terapêutica ou com razões de ordem socioeconómicas e culturais. A transcrição e análise das entrevistas, os instrumentos de colheita de dados, os consentimentos e as autorizações para o desenvolvimento do estudo são apresentadas pormenorizadamente no Apêndice II.

No que diz respeito à compreensão do fenómeno, pudemos apenas inferir alguns resultados única e exclusivamente para os sujeitos da população acessível definida. No entanto, podemos afirmar que se verificou neste pequeno estudo, o que tem vindo a ser defendido pela OMS (2003) relativamente à influência multifatorial da adesão ao regime terapêutico.

Assim, relativamente à caracterização da população acessível salientamos a predominância da adolescência média (16 anos) correspondente a 50%,

maioritariamente do gênero masculino, a frequentar entre os 10<sup>o</sup> e o 12<sup>o</sup> anos de escolaridade, de proveniência urbana (83,33%) e sem religião (67%).

O aparecimento do problema de saúde ocorreu aos 14 e 16 anos na sua maioria sendo que 33,33% têm dificuldade em aceitar o problema, comparativamente com 66,67% que não manifesta dificuldade em aceitar o problema de saúde.

No que concerne à identificação das dificuldades do adolescente na adesão ao regime terapêutico, salientamos os seguintes resultados:

- o estigma sentido por não poder sentar e ter de usar um dispositivo adaptado (almofada) para diminuir a pressão no local da ferida operatória (22,22%);
- a dependência de um cuidador (mãe/ pai ou familiar próximo) para realizar e colaborar na higiene pessoal (22,22%);
- a restrição da atividade física ou mesmo não se poder sentar (22,22%).

No sentido de promover o autocuidado do adolescente com ferida realizou-se uma reflexão crítica que é apresentada no Apêndice X.

Esta atividade insere-se no descritivo de competência *Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção* do RCCEE, relativamente à unidade de competência *Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão* (OE, 2010). Nesta competência autoavaliámo-nos como Proficiente (Benner, 2001).

#### 2.1.5- Elaboração do Projeto de Intervenção de Enfermagem no Atendimento ao Adolescente com Ferida e Família

Partindo do RCCEE e atendendo ao domínio da melhoria da qualidade, o enfermeiro EEESCJ deve conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2010). Assim, após o diagnóstico de situação da prática de cuidados do serviço onde exercemos funções, foi imperativo elaborar um projeto de atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde.

Os focos de atenção neste projeto foram três: em primeiro lugar, a adolescência enquanto etapa do desenvolvimento que exige por parte do cuidador, quer sejam os pais ou familiares, quer sejam os profissionais de saúde, a adoção de estratégias promotoras de comportamentos de saúde; em segundo, a presença de uma ferida que pode comprometer a qualidade de vida, nem que seja por um curto período de tempo e, em terceiro, a adesão ao regime terapêutico, que pode influenciar a rápida cicatrização de uma ferida.

A TC segundo Kolcaba (2003) foi o suporte teórico que sustentou a realização deste projeto, embora se tenha utilizado a metodologia de processo de enfermagem para sistematizar e operacionalizar o mesmo, subordinado ao tema: “Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida – Contributo do Cuidador”.

Partindo destes pressupostos o enfermeiro deve incidir a sua prática na promoção do desenvolvimento pessoal, social e na autodeterminação dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido (DGS, 2013). A promoção da adesão ao regime terapêutico do adolescente com ferida e família é multifatorial e exige que o enfermeiro desenvolva competências promotoras da relação terapêutica com o objetivo de obter resultados mensuráveis da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, obtendo, conseqüentemente, comportamentos promotores de saúde (Kolcaba, 2003).

Na realização desta atividade, definiu-se a finalidade do projeto, a filosofia de cuidados e os princípios orientadores, principais conceitos, objetivos, população alvo, enquadrando-se a TC na abordagem ao adolescente com ferida, operacionalizou-se o projeto, definiu-se as responsabilidades da implementação, avaliação e indicadores de resultado, atendendo ao Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde e, por fim, planeou-se uma proposta de apresentação dos resultados (Apêndice I).

A atividade descrita anteriormente veio dar resposta à unidade de competência *Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática*, do RCCEE, dentro do domínio da qualidade, relativamente à unidade descritiva *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das*

*iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*, na qual nos autoavaliámos como Proficiente (Benner, 2001).

## **2.2- Capacitação dos Enfermeiros dos Serviços de Pediatria para a Intervenção ao Adolescente com Ferida e Família**

Sensibilizar os enfermeiros para o cuidado holístico ao adolescente com ferida e família, foi o enfoque desta atividade, atendendo à obtenção de maior conforto, comparativamente com a linha de base (Kolcaba, 2003). Entendemos, no entanto, que para quantificar o conforto do adolescente deveríamos, à partida, aplicar ao adolescente o Questionário Geral do Conforto (Kolcaba, 2003) no sentido de obter um grau de conforto e poder aferir se as intervenções de enfermagem implementadas aumentaram ou não o conforto do adolescente.

Na impossibilidade de realizar tal atividade, uma vez que o questionário não estava validado (à nossa população) e o tempo reduzido de estágio não permitiu a sua validação, utilizámos, para o nosso raciocínio, os pressupostos que Kolcaba & DiMarco (2005, p. 189) definiram para a aplicação da TC à Enfermagem Pediátrica:

1. As crianças e famílias têm respostas holísticas a estímulos complexos;
2. O conforto é um resultado holístico, desejável e positivo, que é pertinente para a disciplina de enfermagem e para a especialidade da enfermagem pediátrica;
3. Crianças e famílias esforçam-se para encontrar conforto nas suas necessidades básicas, é um empreendimento ativo e às vezes exige a ajuda e apoio do enfermeiro ou de outros;
4. As crianças e famílias variam significativamente nas suas necessidades pessoais ou no desejo de certos níveis de conforto;
5. É mais fácil investir na prevenção de desconfortos, incluindo aqueles relacionados aos stressores fisiológicos ou psicológicos, do que tratar desconfortos. A prevenção é melhor para as crianças e famílias;
6. Quando desconfortos como o caos ambiental ou dor não pode ser impedido, as crianças e famílias podem ser ajudadas a experimentar a transcendência parcial ou completa através intervenções que transmitem conforto, esperança, sucesso, carinho, apoio pelo seu medo;
7. Quando os enfermeiros aplicam a teoria do conforto, eles consideram o cuidar único e complexo de cada criança no contexto do seu sistema familiar. Assim, a teoria oferece uma forma eficiente de atendimento padrão e de comunicação à equipa interdisciplinar das intervenções que realmente funcionam.

Assim, em cada local de estágio, foi aplicado um questionário aos enfermeiros, com o intuito de identificar nas equipas de enfermagem possíveis

carências formativas e dificuldades de intervenção na área do atendimento ao adolescente com ferida e que permitisse o desenvolvimento de sessões de formação em serviço, aprofundando uma ou outra temática, de acordo com os resultados obtidos da aplicação do questionário.

### 2.2.1- Sensibilização da Equipe de Enfermagem para a Comunicação Assertiva com o Adolescente e para o Tratamento de Feridas

No Serviço de Urgência Pediátrica, onde iniciámos o nosso percurso formativo, a necessidade premente dos enfermeiros relacionava-se com a Comunicação Assertiva com o Adolescente. Desta forma, desenvolvemos um trabalho escrito: “Cuidar do Adolescente: Estratégias de Comunicação”, e realizámos uma sessão de formação sobre a temática, onde abordámos as características do desenvolvimento do adolescente, esclarecemos conceitos inerentes à comunicação assertiva e refletimos sobre situações da prática (Apêndice XIII).

Na UCIPed os resultados obtidos da aplicação do questionário de avaliação das necessidades de formação foram de encontro à temática do Tratamento de Feridas, sendo elaborado um documento relativo à “Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda: Processo de Cicatrização e Material de Penso”. Foi também realizada uma sessão de formação, com o mesmo título do documento de suporte, “Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda: Processo de Cicatrização e Material de Penso”, onde foram enumerados os princípios a considerar no tratamento do adolescente com ferida, descrita a fisiologia da cicatrização de feridas e apresentadas as indicações e mecanismos de ação do material de penso, bem como, discutidos alguns casos práticos. No apêndice XIV podemos apreciar as atividades desenvolvidas e os contributos obtidos nessa sessão de formação.

Na USF desenvolveu-se uma sessão de formação em serviço subordinada ao tema “Abordagem ao Adolescente: Estratégias Promotoras da Adesão Terapêutica em Contexto de Sala de Tratamentos”, tendo como objetivo geral identificar estratégias comunicacionais a implementar pelo enfermeiro no atendimento ao adolescente na sala de tratamentos da USF (Apêndice XV).

No Serviço de Cirurgia Pediátrica não foi aplicado o questionário de avaliação das necessidades de formação, porém, foi apresentado e discutido em equipa, nas passagens de turno, o projeto de intervenção em enfermagem elaborado para implementação neste serviço: Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida- Contributo do Cuidador- Projeto de Intervenção em Enfermagem. A metodologia utilizada permitiu esclarecer todos os elementos da equipa relativamente à implementação e avaliação dos resultados do projeto. Doutra forma, considerámos que, dada a carência de enfermeiros no serviço e sabendo que muitos deles trabalham por turnos, estes poderiam não ter conhecimento do projeto, apesar do mesmo ter sido deixado em suporte de papel no serviço para que pudesse ser consultado sempre que necessário.

No planeamento das sessões formativas atendemos aos princípios que Alarcão e Tavares (2003) definem como competências do formador e que as dividem em quatro tipos: competências de comunicação e relacionamento profissional; de dinamização da formação; interpretativas e de análise e avaliação. Simultaneamente, sentimos a necessidade de sedimentar conceitos relativamente à formação de adultos, especificamente no que diz respeito ao desenvolvimento profissional do enfermeiro. Assim, é primordial que o enfermeiro possua conhecimentos de supervisão clínica no sentido de tomar decisões de forma autónoma, a partir da reflexão e análise da prática clínica, sustentado nos princípios de proteção da pessoa, segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2010).

Avaliando as sessões formativas, consideramos que estas contribuíram para capacitar os enfermeiros dos diferentes serviços relativamente à comunicação assertiva na abordagem ao adolescente, ao processo de cicatrização de uma ferida e material de penso existente no mercado e à problemática da adesão ao regime terapêutico do adolescente com ferida e família. A metodologia utilizada foi de encontro às necessidades manifestadas pelos formandos, aos objetivos das sessões e à nossa realização pessoal enquanto formadores.

As competências desenvolvidas nas três primeiras atividades enquadram-se no RCCEE, relativamente ao *Domínio do Desenvolvimento das Atividades Profissionais*, mais especificamente, no que concerne à responsabilização por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade,

uma vez que desenvolvemos atividades de formador, partindo do diagnóstico das necessidades formativas, concebendo sessões formativas que favoreceram o desenvolvimento de habilidades e competências nos enfermeiros e avaliando o impacto dessas formações (OE, 2010). A quarta atividade remete ao RCCEE, na área de competência do *Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*, relativamente a conceber, gerir e colaborar em programas do mesmo domínio. Considerando o acima descrito, autoavaliámo-nos como Proficiente (Benner, 2001).

#### 2.2.2- Implementação do “Projeto de Intervenção de Enfermagem no Atendimento ao Adolescente com Ferida – Contributo do Cuidador”

No domínio da gestão da qualidade, a criação de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados prestados é uma competência importante do enfermeiro especialista (OE, 2010). Desta forma, partindo da reflexão, análise e revisão das práticas atuais de atendimento no serviço onde exercemos funções, revelou-se imperativo implementar o projeto de atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde.

Este projeto pretendeu desenvolver um processo de cuidados relativo ao atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida. A operacionalização do mesmo utilizou a metodologia do processo de enfermagem, onde se apresentaram as diferentes fases, atividades a desenvolver e se expuseram recursos e instrumentos a utilizar. Utilizando como suporte teórico a TC de Kolcaba (2003), desenvolvemos o raciocínio numa abordagem holística do adolescente com ferida e família, com o objetivo de obter maior conforto e promover a adesão ao regime terapêutico, partindo do pressuposto de que este último, é um comportamento promotor de saúde. Assim, identificámos como intervenções técnicas, intervenções de *coaching* e intervenções de alimento para a alma, as atividades propostas para cada fase do processo de cuidados.

Desta forma, desenvolveu-se um procedimento de enfermagem relativamente ao atendimento ao adolescente com ferida com a finalidade de melhorar o atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família,

partindo da relação terapêutica estabelecida com o enfermeiro, o que permitiu uma intervenção de enfermagem holística e personalizada, minorando os efeitos negativos que pudessem decorrer da situação, com o objetivo de obter maior conforto e bem-estar.

Dado que o serviço seria alvo de uma segunda avaliação externa por parte da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía/ DGS*, no contexto de acreditação do Serviço de Cirurgia Pediátrica, era imperativo a apresentação de programas de melhoria da qualidade, assim, ao contrário do que havia sido planeado inicialmente, este projeto iniciou a sua implementação na primeira semana de maio de 2014, sendo que os resultados apresentados dizem apenas respeito aos dados colhidos durante os primeiros quinze dias desse mês (Apêndice XII).

Deste modo, relativamente à avaliação do projeto e indicadores de resultados propostos, considerámos pertinente avaliar a percentagem de adolescentes com ferida a quem foi aplicado o projeto e elaborámos um questionário de avaliação da satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem prestados. Este questionário foi aplicado aos adolescentes no sentido de obter resultados relativamente à satisfação dos mesmos no que respeita aos cuidados de enfermagem. É de salientar, no entanto, que estes resultados ainda não foram apresentados à equipa de enfermagem envolvida, por dizerem respeito apenas a um curto período de tempo. É nossa intenção continuar a implementar o projeto de forma a obter resultados sensíveis à prática de enfermagem.

### **3. OUTRAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Partindo das competências definidas pela OE (2010), o EEESCJ é responsável por prestar cuidados de qualidade, baseado numa filosofia que tem como premissas o cuidado centrado na família, a parceria de cuidados e o método de trabalho por enfermeiro responsável essencial aos cuidados continuados coordenados. Deve ter em atenção situações de especial vulnerabilidade e complexidade, acompanhando a criança e jovem ao longo do ciclo de vida, atendendo ao crescimento e desenvolvimento. Deve atuar, pois, numa perspetiva de promoção da saúde, adoção e manutenção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, bem como na prevenção da doença aos três níveis: primário, secundário e terciário.

Nos serviços onde desenvolvemos o estágio pudemos constatar que a filosofia dos Departamentos de Pediatria assentam nas Normas e Orientações da DGS, na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989) e na Carta da Criança Hospitalizada (1988). O atendimento é personalizado e de acordo com as necessidades, tendo em consideração valores como excelência, respeito pelos princípios éticos, integridade, inovação, colaboração e assistência inclusiva.

O cuidado de enfermagem, por seu lado, assenta na filosofia dos cuidados centrados na família onde o jovem e família é a unidade e o foco dos cuidados. O conceito de família apresentado pela OMS (1994, citado por OE, 2000) enfatiza a dimensão relacional sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais quando trabalhamos com a família.

Procuramos, numa situação de hospitalização/cirurgia, desenvolver estratégias de diminuição do desconforto, otimizando a saúde e diminuindo o impacto desta situação no desenvolvimento do jovem e nas alterações familiares que daí possam decorrer (Hockenberry & Wilson, 2014). Deste modo, desde a

admissão aos serviços e da respetiva colheita de dados, procuramos conhecer as necessidades de cuidados do jovem e família, estabelecendo um plano de cuidados em parceria, com vista à alta precoce e a maximizar a qualidade de vida, procurando interferir o mínimo possível no quotidiano do jovem. A parceria pressupõe que os elementos envolvidos (família-jovem-enfermeiro) acreditem na partilha de conhecimentos, práticas e recursos que os beneficiam mutuamente (Hockenberry & Wilson, 2014).

O processo de cuidar em enfermagem é um processo relacional, multidisciplinar e nunca se poderá dissociar das emoções humanas como a dor, a alegria, o medo e o sofrimento (Watson, 2002, 2005, citado por Diogo, 2012). As emoções estão omnipresentes nas situações de cuidados e influenciam-nos (Diogo, 2012). Como tal, é fundamental que passemos a incluir no processo de cuidar representações de que os fenómenos de saúde/ doença implicam emocionalidade nos clientes e que essa emocionalidade é associada às experiências vividas. Como seres emocionais que somos também experienciamos emocionalmente as situações e é imperativo trabalhar as emoções. Para isso, recorreremos a intervenções terapêuticas, como o brincar terapêutico, a música, o humor e a presença e interação com os doutores palhaços, entre outros, com o objetivo *major* de promover o bem-estar e o alívio do sofrimento dos intervenientes.

Partindo da premissa que o cuidado de enfermagem deve atender à promoção da saúde e à prevenção da doença o PNSIJ impôs algumas “alterações na cronologia das consultas referentes a idades-chave da vigilância, adoção das curvas de crescimento da OMS e um novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos” (DGS, 2013, p.1). Assim, na prática, consideramo-nos privilegiados na promoção da parentalidade quando apostamos nos cuidados antecipatórios; na identificação precoce das perturbações psicomotoras através da avaliação do desenvolvimento, adequando as intervenções necessárias; no diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, implementando atempadamente estratégias preventivas; na articulação entre os recursos no caso de situações de risco dos quais são exemplo as crianças/ jovens vítimas de maus-tratos ou as crianças com necessidades especiais.

Na nossa prática e em especial em situações de complexidade como sejam a doença crónica, oncológica, deficiência ou incapacidade, situações de mau prognóstico, doença rara, dor ou morte (OE, 2010), procurámos aprofundar conhecimentos, sustentados na evidência científica de forma a justificar a tomada de decisão, a mobilizar recursos, gerir e empoderar a família no processo de cuidar o jovem.

O cuidado de enfermagem na complexidade requereu que desenvolvêssemos capacidade de pensamento reflexivo e complexo, de procura da multidimensionalidade das situações, recorrendo a uma visão sistémica e holística do jovem e família e na relação com os mesmos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Uma situação de hospitalização ou cirurgia de um jovem constitui sempre um momento de especial vulnerabilidade, uma vez que tal como sustenta Jorge (2004, p.41) “a hospitalização de uma criança gera instabilidade e desequilíbrio”. Esta vulnerabilidade social e por vezes económica foi, no contexto de crise que se vive de momento no país, tida em consideração pois frequentemente ela estava associada à pobreza e à exclusão social.

No caso da doença crónica, o cuidar em enfermagem torna-se ainda mais complexo, exigindo, a adaptação da criança ou jovem e família à doença. Face a esta situação os pais necessitam consciencializar-se e aceitar o estado de saúde da criança ou jovem, tendo que desenvolver conhecimentos e estratégias para se adaptarem à nova condição. É fundamental que aceitem a doença e as suas implicações para que consigam ser parceiros ativos nesta caminhada.

A nossa intervenção, enquanto enfermeira especialista, focou-se na capacitação dos pais para poder cuidar do jovem partindo de um plano de cuidados em parceria. Para que esta parceria fosse efetiva e de confiança foi necessário o estabelecimento de um relacionamento de colaboração entre ambos que, de acordo com Bishop *et al* (1993, citado por Hockenberry & Wilson, 2011), são caracterizados pela comunicação, diálogo, atenção ativa, conhecimento e aceitação das diferenças. A relação terapêutica estabelecida com o cliente assentou nos princípios da relação de ajuda, onde foram adotadas atitudes como a escuta ativa, o respeito, a

clarificação e a congruência e, sempre que necessário, a confrontação (Lazure, 1994).

No que diz respeito à dor, ela é definida como uma experiência sensorial e desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial (DGS, 2003). Como tal, a DGS elaborou o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2003) considerando-a como o 5º sinal vital, propondo a avaliação da mesma através de escalas, de modo a torná-la mensurável e indicador de qualidade, com o intuito de obter ganhos em saúde. Ao longo do estágio, apesar de se ter notado formação dos enfermeiros nesta área, a dor ainda não era avaliada e registada de forma sistemática.

Os enfermeiros da consulta externa de um Hospital Pediátrico de Lisboa desenvolvem esta atividade de uma forma sistemática e competente aplicando as diferentes escalas de autoavaliação e heteroavaliação (de acordo com a situação clínica, idade e grau de desenvolvimento da criança), implementando estratégias não-farmacológicas e farmacológicas do alívio da dor, procedendo ao seu registo. É de salientar, que na primeira consulta de enfermagem, na sala de tratamentos, é realizada a colheita de dados relativamente à história de dor. No apêndice VII onde se elaborou um diário de campo das observações desse local de estágio, podemos encontrar exemplos desta boa prática. Por outro lado, consideramos que na UCIPed apesar de se avaliar a dor, talvez pelos profissionais se encontrarem muito focados na técnica, muitas vezes são colocadas em segundo plano as medidas não farmacológicas do alívio da dor em prol das medidas farmacológicas.

Relativamente às competências comuns inerentes ao enfermeiro especialista (OE, 2010), analisaremos sucintamente, nos parágrafos que se seguem, a aquisição das mesmas ao longo deste percurso formativo.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal sentimos ter solidificado conhecimentos que foram lecionados nas disciplinas do curso de mestrado, aliando-os às situações específicas vivenciadas na prática. No processo de cuidados foram muitas as vezes que nos sentimos confrontadas com situações complexas e problemáticas, que implicaram tomadas de decisão difíceis, por se nos apresentarem como dilemas éticos. Desta forma, desenvolvemos a competência de agir de acordo com a reflexão ética e deontológica fundamentada, não só nas

normas ético-jurídicas do Código Deontológico, mas também em princípios fundamentais como a Beneficência, Não Maleficência, Justiça, Autonomia e Vulnerabilidade, com o objetivo de promover a excelência e a qualidade do cuidado de enfermagem (OE, 2003).

No que diz respeito ao domínio da melhoria contínua da qualidade, consideramos que caminhamos a largos passos para a operacionalização e dinamização das políticas promotoras de cuidados especializados e de qualidade, sem descuidar a segurança dos clientes. Esta competência desenvolveu-se ao longo do tempo que frequentámos o curso de mestrado, tendo surgido alguns convites para participar, como formadora, em formações promovidas pela Associação de Estudantes de uma Faculdade de Medicina de Lisboa, com o objetivo de partilhar boas práticas relativamente à temática da Abordagem à Criança/ Adolescente com Ferida, inserido num Curso de Pequena Cirurgia.

No domínio da gestão dos cuidados de enfermagem e como estamos a desenvolver funções de enfermeira responsável pela Cirurgia de Ambulatório e Hospital de Dia de um hospital central da região de Lisboa, consideramos que este curso nos trouxe mais-valias tanto na articulação com a equipa multidisciplinar como na adoção de um estilo de liderança adequado às situações, gerindo os recursos e a qualidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais, partindo do autoconhecimento e da constante necessidade de adquirir mais competências nas diferentes áreas do conhecimento de Enfermagem, permitiram-nos perceber algumas lacunas nos enfermeiros especialistas e consideramos que seria uma mais-valia se cada um por si procurasse ser mais exigente e competente, baseando a prática “em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010, p. 4), obtendo, por conseguinte, uma enfermagem especializada e reconhecida.

O enfermeiro especialista deve usar da prática reflexiva, partindo da experiência e da formação experiencial, para se tornar perito em enfermagem. Benner (2001, p. 31, citada por Brykczynski, 2004) define perito como aquele que “já não conta com o princípio analítico (regra, linha orientadora, máxima) para ligar o seu entendimento da situação a uma ação adequada”. Assim, consideramos que

durante este percurso formativo desconstruímos a prática e, pela reflexão (questionando criticamente, dando sentido e descobrindo novas formas alternativas de ação), reconstruímos o pensamento e a ação e, por conseguinte, o cuidado de enfermagem. Assim, com as aprendizagens desenvolvidas começámos uma caminhada que se propõe ser em escalada ascendente a tornar-nos peritos.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegados à reta final deste nosso percurso formativo, consideramos ter desenvolvido capacidades relativas à mobilização dos contributos significativos e atividades desenvolvidas por forma a adquirir competências resultantes da aprendizagem planeada no projeto de estágio, com o intuito de resolver problemas concretos decorrentes da prática do cuidado de enfermagem. Sabemos, porém, que um projeto é meramente um planeamento passível de ser alterado pelo ator da aprendizagem atendendo aos obstáculos que pretende transpor ao longo do processo. É de salientar que ao longo do percurso formativo esse projeto necessitou de algumas remodelações.

Assim, importa entender a aprendizagem como um processo essencial à excelência dos cuidados de enfermagem, assegurando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao cliente, partindo da reflexão na e sobre a prática. O simples ato de *Refletir* é tão complexo, pressupondo disponibilidade para observar, analisar, provocar uma certa inquietude no nosso íntimo, procurando alternativas e respostas para os problemas.

Consideramos que o enfermeiro especialista é indissociável da reflexão. É com recurso a esta ferramenta que conseguirá prestar cuidados diferenciados e complexos, avaliando as necessidades prementes dos clientes, identificando as mais-valias e as lacunas dos cuidados prestados, promovendo em si próprio e nos seus pares boas práticas, procurando sustentá-las na mais recente investigação baseada na evidência.

Refletir pressupõe maturidade pessoal e profissional, para analisar a realidade, consciencializar-se e apropriar-se de competências que nos permitem agir responsável e eticamente num sem número de situações tão mutáveis, que exigirá flexibilidade e adaptação às características individuais dos intervenientes, à relação entre os mesmos e às situações concretas.

Este percurso, que começou há cerca de um ano e meio, veio modificar-nos enquanto pessoa mas sobretudo enquanto profissional, mais conscientes do nosso papel ativo e interventivo, não só na questão da adesão ao regime terapêutico do adolescente com ferida, como também, no cuidar da criança/ jovem e família, em situações de grande complexidade, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2010).

Competência é definida por Perrenoud (2000, p. 12) como:

a aptidão para enfrentar, de modo eficaz, uma família de situações análogas, mobilizando a consciência, de maneira cada vez mais rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio.

Assim, considero ter iniciado o caminho que me levará à perícia, atendendo às necessidades de cuidados de enfermagem das populações alvo, suprindo-as de forma mais competente, com o intuito de transformar o contexto de trabalho (Correia, 1997).

É esta competência que marca a diferença no cuidar da criança/ jovem e família e que pretendo continuar a desenvolver, considerando que os objetivos que nos propusemos atingir neste relatório foram amplamente atingidos. Sentimos que a conclusão deste projeto de vida, tornarmo-nos Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, não será o fim, mas apenas o princípio do despertar para o contínuo desenvolvimento profissional.

Sentimos uma grande satisfação por nos encontrarmos neste patamar, no entanto, não poderíamos deixar de apontar alguns constrangimentos no desenvolvimento deste relatório, que se prenderam com a limitação do número de páginas estipuladas e com a dificuldade em conciliar a atividade profissional, a vida familiar e a atividade de estudante. Porém, a força que me foi transmitida pelos meus familiares e amigos foi impulsionadora e fundamental para a concretização deste trabalho.

## 5. PERSPETIVAS FUTURAS

Ao finalizar este relatório, consideramos pertinente partilhar algumas sugestões que, em nossa opinião, podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como, para o desenvolvimento de futuros trabalhos de investigação que promovam o crescimento científico da profissão de Enfermagem.

O projeto de intervenção em Enfermagem relativo à Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida- Contributo do Cuidador, não se esgotou no período de estágio. Por conseguinte, e apesar de ter alcançado os objetivos a que me propus inicialmente, no que respeita à aquisição de competências para a intervenção ao adolescente com ferida e família e à sensibilização da equipa de enfermagem do serviço, no sentido de aumentar a qualidade dos cuidados prestados, pretendemos:

- Divulgar os resultados no serviço onde foi realizado, realçando as boas práticas e os pontos onde podemos melhorar o Atendimento ao Adolescente com Ferida e sua Família;
- Continuar a implementar no nosso serviço o projeto de intervenção e propor melhorias nesta área de enfermagem;
- Propor a implementação deste projeto a nível do Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar;
- Publicar em revistas da especialidade alguns dos resultados obtidos na implementação do projeto, perspetivando resultados sensíveis à Enfermagem;
- E continuar, no futuro, a aprofundar esta temática.

Acreditamos que o nosso projeto pode aumentar a qualidade de vida dos adolescentes com ferida e sua família, minimizando o desconforto e promovendo, simultaneamente, a autodeterminação, o autocuidado e a autoestima.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J.L.A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. II Série (9) 61-67.
- Assis; Pesce; Avanci (2006). *Resiliência, Enfatizando a Proteção dos Adolescentes*. Artmed Editora. São Paulo.
- Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (2009). *Prevenção de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápido*. Lisboa: Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. (Tradução do original do inglês European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*, 2009).
- Baranoski, S., Ayello, E. (2006). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas: Princípios Práticos*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-03-8.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (edição comemorativa). Coimbra: Quarteto editora.
- Brazelton, T. (2007). *O grande livro da criança*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brykczynki, K. (2004). De principiante a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In: Tomey, A & Alligood, M.. Teóricas de enfermagem e sua obra. Modelos e teorias de enfermagem (5ª ed.). (pp. 185-207). Loures: Lusociência.
- Carta da Criança Hospitalizada (1988). *Humanização dos serviços de atendimento à criança*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. ISBN 972-8003-14-5.
- China, Maria do Carmo Alves (2011). *Atividade física, desporto e lazer na adolescência*. Faculdade de Educação Física e Desporto. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Tese de Mestrado. Lisboa.

Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989). Assembleia Geral das Nações Unidas. Acedido em 25/05/2013. Disponível em [www.uicef.pt](http://www.uicef.pt).

Correia (1997). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto : Porto Editora. ISBN 972-0-34501-2.

Costa (2005). *Dicionário de Termos Médicos*. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-05281-3.

Costa, J. (1999). *Método e Percepção de Cuidar em Enfermagem*. Universidade do Porto- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado. Porto.

Cruz, S. (2008), A Supervisão Clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da Enfermagem Avançada. *Servir*. Vol.56, nº5, 200-206.

Curley, M., Razmus, I., Roberts, K., Wypij, D. (2003). Predicting Pressure Ulcer Risk in Pediatric Patients: The Braden Q Scale. *Nursing Research*. 52(1):22-33, January/ February.

Dealey, C. (2005). *The Care of Wounds: a guide for nurses*. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. Vol. 4. 2-9.

Direção Geral de Saúde (2003). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Circular Normativa nº9/DGCG 2003. Acedido a 19/01/2013. Disponível em [www.dgsaúde.pt](http://www.dgsaúde.pt).

Direcção-Geral da Saúde (2010). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Acedido a 10/01/2014. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Dowd, T. (2004). *Teoria do Conforto*. In Boyle, M.K., Thornton, J.L. (editores). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (481-495). Loures: Lusociência.

- European Wound Management Association (EWMA) (2005). *Position Document: Identifying criteria for wound infection*. London: MEP Ltd.
- European Wound Management Association (2010). Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. London: *Journal of Wound Care*. vol 19. n.º 6.
- European Wound Management Association (2013). Antimicrobials and Non-healing Wounds: Evidence, controversies and suggestions. London: *Journal of Wound Care*. vol. 22 . n.º 5.
- Fonseca et al. (2005). Requisitos para o Atendimento ao Adolescente. Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 4. Vol.36. 223-224.
- Hockenberry & Wilson (2011). *Wong's nursing care of infants and child*. 9<sup>th</sup> ed. Mosby: USA. ISBN 978-0-323-06912-0.
- Hockenberry & Wilson (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9<sup>a</sup> edição. Loures: Lusociência ISBN 978-989-748-004-1.
- Jorge (2004). *Família e Hospitalização da Criança- (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company. New York.
- Kolcaba, K. (2013). Comfort. In S. Peterson & T. Bredow (Coords). Middle range theories: application to nursing research. (pp.193-209). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Kolcaba, K., DiMarco, M. (2005). Comfort theory and its application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. 31 (3) 187-194.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda- abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.

- Moreira, C. (2010). *Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?* Faculdade de Ciências e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Tese de Mestrado de Informática Médica. Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (2000). *Dia Internacional da Família- Enfermeiros e Famílias em parceria na construção da saúde para todos*. Divulgado no Espaço Cidadão a 15/05/2008. Acedido em 06/06/2013. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ®)*. (Obra original publicada em 2008). ISBN: 978-989-96021-1-3.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978- 989-96021-9-9.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 978-92-95094-35-2.

- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. I Volume. *Cadernos da OE*. Número 3, Série 1.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”?*. Artigo Publicado na Imprensa Regional. Secção Regional dos Açores. Acedido a 02/06/2014, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- Peixoto et al. (2012). *Consulta dos 12-13 anos (início da puberdade)*. Acedido em 9 de Novembro de 2013. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20infantil/consulta%2012-13%20anosl.pdf>.
- Perrenoud, P. (2000). *Dez novas competências para ensinar*. Tradução de Patricia Ch. Ramos. Porto Alegre: Artmed.
- Riley (2012). *Communication in Nursing*. Elsevier, Mosby. 7th ed. ISBN: 978-0-323-083
- Rocha, M.J. (2006). *Feridas- Uma Arte Secular- Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas*. Coimbra: Minerva.
- Sharma A; Cockerill H. (2008). *From Birth to Five Years: childrens developmental progress / Mary Sheridan*. 3rd ed. Routledge.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Simões, C. et al (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: FMH/ Universidade Técnica de Lisboa. ISBN 978-989-95849-5-2.
- Toffler, Alvin (1970). *Choque do futuro*. Lisboa: Edição Livros do Brasil.

- Tomey, A., Alligood, M. (2003). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Toni, G., McCallum, P. (2007). "Emergency Triage." *Australasian Emergency Nursing Journal* 10(2): 43-45.
- Trott (2009). *Feridas e Lacerações: Cuidados de emergência e encerramento*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-17-8.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. Geneva: Switzerland, World Health Organization.
- Wounds International (2012). *International consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review*. London: Wounds International. Disponível em: <http://www.woundsinternational.com>.



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

**Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente**  
**com Ferida- Contributo do Cuidador**

**Maria Justa Pinto Granjo**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





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

**Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente  
com Ferida - Contributo do Cuidador**

**Volume de Apêndices e Anexos**

**Maria Justa Pinto Granjo**

**Orientadora Professora Doutora Maria de Lourdes Oliveira**

**2014**



## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com  
Ferida- Contributo do Cuidador

Projeto de Intervenção em Enfermagem



Centro Hospitalar Lisboa Norte- Hospital de Santa Maria

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida**  
**Contributo do Cuidador**

Projeto de Intervenção em Enfermagem

Enf<sup>a</sup> Justa Granjo, CHLN-HSM

Lisboa

Fevereiro, 2014



Centro Hospitalar Lisboa Norte- Hospital de Santa Maria

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida**  
**Contributo do Cuidador**

Projeto de Intervenção em Enfermagem

Enf<sup>a</sup> Justa Granjo, CHLN-HSM

Prof<sup>a</sup> Maria de Lourdes Oliveira, Escola Superior  
de Enfermagem de Lisboa

Lisboa

Fevereiro, 2014



*“Comfort may be a blanket or breeze,  
some ointment here to soothe my knees;  
A listening ear to hear my woes,  
a pair of footies to warm my toes;  
A PRN medication to ease my pain,  
someone to reassure me once again;  
A call from my doctor, or even a friend,  
a rabbi or priest as my life nears the end.  
Comfort is whatever I perceive it to be,  
a necessary thing defined only by me.*

*S. D. Lawrence (student nurse)”*

***Kolcaba (1995) citado por Kolcaba (2003, p.17)***



## **LISTA DE SIGLAS**

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHLN- Centro Hospitalar Lisboa Norte

DGS- Direção-Geral de Saúde

EESCJ- Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ER- Enfermeiro de Referência

EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel

EWMA- European Wound Management Association

HSM- Hospital de Santa Maria

NPUPAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNSIJ- Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV- Plano Nacional de Vacinação

REPE- Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem



## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO .....	11
1. FINALIDADE .....	13
2. FILOSOFIA DE CUIDADOS E PRINCÍPIOS ORIENTADORES .....	13
3. CONCEITOS .....	14
4. OBJECTIVOS.....	15
5. POPULAÇÃO ALVO .....	16
6. A TEORIA DO CONFORTO NA ABORDAGEM AO ADOLESCENTE COM FERIDA E FAMÍLIA.....	16
7. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO.....	18
8. IMPLEMENTAÇÃO, AVALIAÇÃO E INDICADORES DE RESULTADO .....	24
9. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS .....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Enquadramento Concetual	
APÊNDICE II – Folha de Colheita de Dados de Enfermagem do Hospital de Dia	
APÊNDICE III – Folha de Plano de Cuidados no Tratamento de Feridas	
APÊNDICE IV – Folheto Informativo: Cuidados ao Adolescente com Ferida por Excisão de <i>Sinus Pilonidalis</i> - Orientações Gerais	
APÊNDICE V – Folha de Encaminhamento para o Centro de Saúde	
APÊNDICE VI – Questionário para a Avaliação da Satisfação dos Cuidados de Enfermagem	
APÊNDICE VII – Procedimento: Atendimento de Enfermagem ao Adolescente com Ferida e sua Família	
ANEXOS	
ANEXO I – Folha de Registo de Hospital de Dia	
ANEXO II – Cartão de Contacto do Serviço	



## INTRODUÇÃO

No domínio da gestão da qualidade, a criação de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados prestados é uma competência importante do enfermeiro. Desta forma, partindo da reflexão, análise e revisão das práticas atuais de atendimento no serviço, foi imperativo elaborar um projeto de atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde.

O problema identificado decorre da prática diária onde, por um lado, os adolescentes que recorrem ao serviço apresentam, na sua maioria, feridas de origem traumática ou cirúrgica e não existe nenhum protocolo específico para o tratamento deste tipo de feridas e, por outro, porque a ferida é uma constante dado que exercemos funções num serviço de Cirurgia Pediátrica, onde não existe nenhum projeto de apoio na adesão ao regime terapêutico a este tipo de cliente.

Sendo a adolescência se caracteriza um período de crescimento e de transição que implica alterações de diferentes níveis (Hockenberry & Wilson, 2011), e que a não adesão ao regime terapêutico “reduz a qualidade de vida dos doentes, (...) desperdiça recursos de cuidados de saúde e «mina» a confiança do público nos sistemas de saúde” (OE, 2003, p. 86), é imperativo que o enfermeiro, ao atender o jovem e família, tenha presente que as feridas na adolescência podem comprometer o desenvolvimento saudável.

Assim, o enfermeiro deve incidir a sua prática na promoção do desenvolvimento pessoal, social e na autodeterminação dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido (DGS, 2013). A promoção da adesão ao regime terapêutico do adolescente com ferida e família é multifatorial e exige que o enfermeiro desenvolva competências promotoras da relação terapêutica com o objetivo de obter resultados mensuráveis da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, obtendo consequentemente comportamentos promotores de saúde (Kolcaba, 2003).

Este projeto pretende estruturar um processo de cuidados relativo ao atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família. A operacionalização do mesmo utiliza a metodologia do processo de enfermagem, onde se apresentam as diferentes fases, atividades a desenvolver e se expõem recursos e instrumentos a utilizar, bem como a avaliação das intervenções de enfermagem.

Face ao exposto, a 1ª fase diz respeito à validação da referenciação do adolescente e família ao Hospital de Dia do Serviço de Cirurgia Pediátrica. A 2ª fase trata do acolhimento e apreciação inicial do adolescente e família, partindo da entrevista e levantamento das principais necessidades de cuidados de saúde. Na 3ª fase são formulados diagnósticos de enfermagem e consideradas as variáveis de intervenção. A 4ª fase inclui as intervenções de enfermagem partindo dos diagnósticos de enfermagem identificados, atendendo às variáveis de intervenção, com o objetivo de obter maior conforto comparativamente com a linha de base. As intervenções de enfermagem englobam essencialmente o fornecimento de informação (por via oral e escrita), a gestão da dor, a execução do tratamento e a promoção da adesão ao regime terapêutico recorrendo a estratégias educacionais e comportamentais. A 5ª fase corresponde à avaliação das intervenções de enfermagem, relativas a cada diagnóstico de enfermagem levantado. Será entregue no fim do tratamento um questionário de avaliação para o adolescente preencher relativamente à satisfação do atendimento de enfermagem. Desta forma, na avaliação dos cuidados e ensinamentos realizados, pretende-se obter resultados positivos que meçam a eficácia das intervenções de enfermagem e, simultaneamente, desenvolver na equipa orientações de boa prática no atendimento e acompanhamento do adolescente e sua família.

## **1. FINALIDADE**

Melhorar o atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família, partindo da relação terapêutica estabelecida com o enfermeiro, o que permitirá uma intervenção de enfermagem holística e personalizada, minorando os efeitos negativos que possam decorrer da situação, com o objetivo de obter maior conforto e bem-estar.

Assim, utilizando a metodologia do processo de cuidados de enfermagem, são identificadas as necessidades e reações do adolescente com ferida, bem como os fatores protetores e de risco, que influenciarão as intervenções de enfermagem a implementar que sejam promotoras de um desenvolvimento saudável, favorecendo a autodeterminação, autoestima e o autocuidado do adolescente (OE, 2010).

## **2. FILOSOFIA DE CUIDADOS E PRINCÍPIOS ORIENTADORES**

O projeto de atendimento de enfermagem assenta num conjunto de princípios e valores, que fundamentam as boas práticas de cuidados em Enfermagem, e se baseiam na filosofia de cuidados centrados na família, promotora da parceria de cuidados.

Esses princípios são:

- Respeito pelos direitos do adolescente e família e pela sua dignidade;
- Respeito pela preservação da autodeterminação, privacidade, intimidade e autoestima do adolescente;
- Honestidade, verdade e compreensão na relação terapêutica com o adolescente e família;
- Competência e o aperfeiçoamento no exercício profissional;
- Responsabilidade inerente ao papel assumido perante o adolescente e a sua família.

### 3. CONCEITOS

Para melhor compreensão deste projeto, apresenta-se alguns conceitos que clarificam o âmbito da sua intervenção. A terminologia CIPE é essencial à prática de enfermagem, no entanto, houve necessidade de recorrer a outros autores no sentido de clarificar conceitos.

**Adolescência** - é uma etapa entre a infância e a idade adulta que se inicia com as alterações da puberdade e caracteriza-se por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais, muitas delas geradoras de crises, conflitos e contradições (OMS, 1986, citado por China, 2011). Segundo Erickson, a adolescência é caracterizada também por uma crise de identidade de grupo versus alienação, período no qual o adolescente procura a autonomia e desenvolvimento de uma identidade de grupo seguida de uma identidade pessoal, distanciando-se e rejeitando a identidade da geração dos seus pais (Hockenberry & Wilson, 2011).

**Ferida** - a palavra ferida deriva do latim *ferire* que significa “agredir, ferir” e define-se como “lesão ou solução de continuidade dos tecidos, provocada por um traumatismo externo direto” (Costa, 2005, p. 483). Segundo Hockenberry & Wilson (2011, p. 686), ferida “é a rutura estrutural ou fisiológica do tegumento que exige respostas normais ou anormais de reparação tecidual”.

**Adesão** - o grau de comportamento de uma pessoa relativamente à ingestão de medicação, ao seguimento da dieta e/ou à adoção de mudanças no estilo de vida, que corresponde e concorda com as recomendações de um profissional de saúde (OMS, 2003).

**Cuidados de Enfermagem** - definem-se, segundo Kolcaba, como “a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base” (Dowd, 2004, p. 485).

## **4. OBJECTIVOS**

### **GERAIS**

- Desenvolver um processo de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família.
- Uniformizar procedimentos de enfermagem relativamente à abordagem do adolescente com ferida e sua família.
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

### **ESPECÍFICOS**

- Identificar as necessidades de cuidados de saúde do adolescente com ferida e sua família;
- Compreender como o adolescente e sua família percebem e vivenciam o problema de saúde;
- Identificar os fatores de risco e de proteção do adolescente;
- Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da adesão ao regime terapêutico no adolescente.

## 5. POPULAÇÃO ALVO

Todos os adolescentes (com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos), com ferida e suas famílias, que sejam referenciados ao Hospital de Dia do Serviço de Cirurgia Pediátrica.

## 6. A TEORIA DO CONFORTO NA ABORDAGEM AO ADOLESCENTE COM FERIDA E FAMÍLIA

Kolcaba (2003) desenvolveu a sua teoria com base num processo indutivo-dedutivo, que permitiu definir os conceitos metaparadigmáticos e elaborar um diagrama com várias linhas conceptuais que vão do mais abstrato ao mais concreto (linhas 1, 2 e 3), chegando à **linha 4**, que, embora gerais ao cenário clínico, são específicos à Enfermagem e aos cuidados de saúde, representando a Teoria do Conforto (Kolcaba, p. 80). Segundo a autora, atendendo à problemática em estudo, a operacionalização da teoria surge como a **linha 5**. Assim, podemos observar no quadro seguinte o raciocínio desenvolvido no que diz respeito à abordagem holística do adolescente com ferida e família, no sentido de obter maior conforto e promover a adesão ao regime terapêutico, partindo do pressuposto, que este último é um comportamento promotor de saúde.

<u>Linha 4</u>	Necessidades de Cuidados de Saúde	+ Intervenções de Enfermagem	+ Variáveis Intervenientes	→ Maior Conforto	↔ Comportamentos Promotores de Saúde
↓	↓	↓	↓	↓	↓
<u>Linha 5</u> operacionalização	<i>Empowerment</i>	Comunicação	Idade/ Género	Autoestima	Adesão ao Regime Terapêutico
	Gestão do Risco	Relação Terapêutica	Apoio Familiar/ Escolar	Segurança	
	Gestão do dia-a-dia	Estratégias Educacionais	Aceitação pelos pares	Autoconfiança	
	Autoconceito	Estratégias comportamentais	Condição socioeconómica	Responsabilização pela sua saúde	
	Autocuidado	Gestão do Tratamento da Ferida	Religião/Cultura Autoestima Educação	Eficácia e rapidez na cicatrização da ferida	
	Proteção		Relação Terapêutica com os profissionais		

## 7. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

Processo de Cuidados	Atividades	Recursos	Instrumentos
<p><b>1ª Fase:</b></p> <p><b>Referenciação do adolescente/ família</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do enfermeiro/a ao adolescente, familiar/acompanhante <b>(I.A.A.)</b>;</li> <li>- Validação com o pai/mãe/familiar do dia e hora que deve comparecer no serviço para tratamento <b>(I.C.)</b>;</li> <li>– Reforço da possibilidade de contato com o Hospital de Dia do Serviço de Cirurgia Pediátrica, no caso de dúvidas, facultando o cartão-de-visita do serviço <b>(I.A.A.)</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro/a</li> <li>- Local: Hospital de Dia do Serviço de Cirurgia Pediátrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processo clínico do adolescente;</li> <li>- Cartão de Contato do Serviço</li> </ul>

Processo de cuidados	Atividades	Recursos	Instrumentos
<p><b>2ª Fase:</b></p> <p><b>Acolhimento e apreciação inicial do adolescente/família</b></p>	<p>5 - Apresentação do enfermeiro/a do Hospital de Dia ao adolescente e família e solicitar que os mesmos se apresentem <b>(I.A.A.)</b>;</p> <p>6 – Validação com o adolescente e família do nome que prefere ser chamado <b>(I.A.A.)</b>;</p> <p>7- Realização da Entrevista ao adolescente e família <b>(I.T.; I.A.A.)</b>;</p> <p>7.1- Esclarecimento de que a entrevista será constituída por dois momentos diferentes:</p> <p>a) o primeiro momento, onde estão presentes os pais/acompanhante, e se procura responder a questões sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Contacto dos pais ou acompanhante;</li> <li><input type="checkbox"/> Antecedentes cirúrgicos;</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de saúde prévios;</li> <li><input type="checkbox"/> Alergias conhecidas;</li> <li><input type="checkbox"/> Medicação habitual no domicílio;</li> <li><input type="checkbox"/> Sintomatologia atual.</li> </ul> <p>b) o segundo momento, só na presença do adolescente, onde se pretende conhecer comportamentos de risco ou promotores de</p>	<p>- Enfermeiro/a do Hospital de Dia</p> <p>Local: Sala de espera e Sala de tratamentos</p>	<p>- Folha de Registo de Hospital de Dia;</p> <p>- Folha de colheita de dados de Hospital de Dia;</p> <p>- Folha de plano de cuidados no Tratamento de Feridas.</p>

	<p>saúde, fatores protetores e/ou de risco, bem como proceder à avaliação do peso, parâmetros vitais e integridade cutânea;</p> <p>8- Avaliação das principais necessidades de conforto/preocupações do adolescente e da família <b>(I.T.; I.A.A.)</b>;</p> <p>9- Preparação para o procedimento atendendo aos contextos: físico (explicar o que poderá observar e sentir; ensinar acerca de estratégias de <i>coping</i>), psicoespiritual (facilitar a expressão de emoções e sentimentos), sociocultural (permitir a presença de pessoas significativas ou uso de objetos simbólicos) e ambiental (promover a privacidade recorrendo ao uso de cortina, adequar a temperatura e a luminosidade do espaço físico, promover a segurança) <b>(I.C.; I.A.A.)</b>;</p> <p>10- Validação com o adolescente e família da informação que possuem acerca do tratamento a que o adolescente vai ser submetido <b>(I.T.; I.A.A.)</b>;</p> <p>11 – Identificação dos mecanismos reconhecidos pelo adolescente como sendo de suporte no hospital, na família e na comunidade <b>(I.T.)</b>.</p>		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Processo de Cuidados	Atividades	Recursos	Instrumentos
<p><b>3ª Fase:</b>  <b>Formulação dos diagnósticos de enfermagem</b></p>	<p>12- Formulação dos diagnósticos de enfermagem do adolescente e família <b>(I.T.)</b>, de acordo com NANDA.</p> <p>a) Identificação dos fatores relacionados;  b) Identificação das manifestações;</p> <p>13- Formulação dos resultados esperados <b>(NOC) (I.T.)</b>.</p>	<p>- Enfermeiro/a</p> <p>- Local: sala de tratamentos</p>	<p>- Folha de colheita de dados de Hospital de Dia</p>

Processo de Cuidados	Atividades	Recursos	Instrumentos
<p><b>4ª Fase:</b> <b>Intervenções de Enfermagem</b></p>	<p>14- Avaliação e gestão da dor do adolescente <b>(I.T.)</b>;</p> <p>15- Avaliação das características da ferida <b>(I.T.)</b>;</p> <p>16- Execução do tratamento <b>(I.T.)</b>;</p> <p>17- Informação sobre o estado de cicatrização da ferida, comportamentos e estilos de vida a modificar, no sentido de contribuir para a rápida cicatrização <b>(I.C.)</b>;</p> <p>18 – Validação/ reforço acerca da seguinte informação <b>(I.C.)</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão ao regime alimentar;</li> <li>• Adesão à restrição no exercício físico;</li> <li>• Adesão aos posicionamentos ou soluções negociadas;</li> <li>• Adesão aos cuidados com o penso e com a ferida;</li> <li>• Adesão ao autocuidado.</li> </ul> <p>19 - Marcação de nova sessão de enfermagem <b>(I.T.)</b>;</p> <p>20- Encaminhamento para os cuidados de saúde primários através de contato telefónico com a instituição e preenchimento de carta de enfermagem <b>(I.T.)</b>;</p> <p>21- Demonstração de disponibilidade por parte do enfermeiro para ouvir e gerir emoções, bem como em ser contactado/a em caso de dúvidas <b>(I.A.A.)</b>.</p>	<p>- Enfermeiro/a do hospital de dia</p> <p>- Local: sala de tratamentos</p>	<p>- Projeto de gestão da dor;</p> <p>- Folheto informativo;</p> <p>- Folha de encaminhamento para Centro de Saúde;</p> <p>- Cartão de Contato do Serviço.</p>

Processo de Cuidados	Atividades	Recursos	Instrumentos
<p><b>5ª Fase:</b></p> <p><b>Avaliação das intervenções de enfermagem</b></p>	<p>22 - Validação com o adolescente e a família relativa à compreensão da informação transmitida (<b>I. C.</b>);</p> <p>23 - Estimulação da verbalização de dúvidas e medos (<b>I.A.A.</b>);</p> <p>24 – Avaliação dos resultados obtidos relativamente a cada diagnóstico de enfermagem (<b>I.T.</b>; <b>I.A.A.</b>);</p> <p>25 - Avaliação das expectativas do adolescente e da família perante a alta (<b>I.T.</b>; <b>I.A.A.</b>).</p>	<p>- Enfermeiros</p> <p>- Local: Hospital de Dia do Serviço de Cirurgia Pediátrica</p>	<p>- Inquérito de Satisfação</p>

Legenda: **I.T.**- Intervenções Técnicas; **I.C.**- Intervenções de Coaching; **I.A.A.**- Intervenções de Alimento para a Alma

## **8. IMPLEMENTAÇÃO, AVALIAÇÃO E INDICADORES DE RESULTADO**

A implementação do projeto é da responsabilidade dos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Pediátrica. O enfermeiro deverá registar os dados dos adolescentes a quem se aplica o projeto, em folha de Excel criada para o efeito e que se encontra no Ambiente de Trabalho do computador da Sala de Tratamentos. Essa folha de Excel contém informações sobre nome, idade, número de processo, diagnóstico, data em que foi aplicado o projeto e identificação do enfermeiro responsável pela aplicação do mesmo, com respetivo número mecanográfico.

Com base no registo dos elementos atrás descritos, poder-se-á utilizar os seguintes indicadores de resultado:

- **Percentagem de adolescentes com ferida a quem foi aplicado o projeto**

Número de adolescentes a quem foi aplicado o projeto/ número total de adolescentes submetidos a cirurgia programada x 100

- **Satisfação dos Adolescentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem**

No momento da alta do Hospital de Dia será entregue aos adolescentes um questionário de avaliação da satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem prestados que, após preenchimento, deverá ser colocado na caixa que existe no serviço para o efeito.

## **9. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

O tratamento dos dados colhidos é da responsabilidade da autora e os resultados da análise do questionário de satisfação dos adolescentes deverão ser divulgados anualmente, nos três primeiros anos de implementação do projeto (2015, 2016 e 2017), aquando da apresentação do cumprimento dos critérios de qualidade do Serviço de Cirurgia Pediátrica, com revisão trianual nos anos subsequentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baranoski, Sharon (2006). O Essencial sobre o Tratamento de Feridas: Princípios Práticos. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-03-8

Bardin (2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.

Edições 70Costa (2005). Dicionário de Termos Médicos. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-05281-3.

Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Dowd, T. (2004). Teoria do conforto. In Boyle, M.K., Thornton, J.L. (editores). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (481-495). Loures: Lusociência.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2012). Documento Orientador das Unidades Curriculares. Lisboa: ESEL.

EWMA (2013). Antimicrobials and Non-healing Wounds- Evidence, controversies and suggestions. London: *Journal of Wound Care*. Vol.22. nº5.

Fortin, Marie-Fabienne (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

Hockenberry & Wilson (2011). *Wong's nursing care of infants and child*. 9<sup>th</sup> ed. Mosby: USA. ISBN 978-0-323-06912-0.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company. New York.

Kolcaba, K. & DiMarco, M. (2005). Comfort theory and its application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. 31 (3) 187-194.

Kolcaba, K. (2013). Comfort. In S. Peterson & T. Bredow (Coords). Middle range theories: application to nursing research. (pp.193-209). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins

Ordem dos Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®). (Obra original publicada em 2008). ISBN: 978-989-96021-1-3.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros (2010). Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978- 989-96021-9-9.

Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 978-92-95094-35-2.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. I Volume. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1.

Rocha, M.J. (2006). Feridas- Uma Arte Secular- Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas. Minerva, Coimbra.

Simões, C. (2007). Comportamentos de Risco na Adolescência. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sorensen & Luckman (1998). Enfermagem Fundamental- Abordagem Psicofisiológica. Lusodidacta, Lisboa.

Tomey, A. & Alligood, M. (2003). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Trott (2009). Feridas e Lacerações: Cuidados de emergência e encerramento. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-17-8.

World Health Organization (2003). Adherence to long term therapies: Evidence for action. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I – Enquadramento Concetual**



## **Anatomia da Pele e Fásia e a Fisiologia da Cicatrização**

Nos cuidados à ferida, a pele e as estruturas adjacentes (fásia superficial ou subcutânea e fásia profunda) são o foco anatómico a considerar.

### ***1. Funções da Pele***

A pele é um órgão complexo e que desempenha um papel fundamental para a sobrevivência humana, sendo as suas funções: manutenção da temperatura do corpo; barreira à perda de água por evaporação; atividade metabólica (produção de vitamina D); proteção contra o meio através da sensação do toque, pressão e dor e aparência cosmética global.

### ***2. Estrutura da Pele***

As fásias são a base de suporte da pele (Trott, 2009). A pele e a fásia incluem um complexo sistema de órgãos (Trott, 2009). A pele é constituída por duas camadas: a epiderme e a derme.

A camada mais externa é a epiderme, é constituída por células epiteliais escamosas que funcionam como barreira protetora contra o meio evitando a entrada de bactérias por exemplo, ao mesmo tempo que evita a perda de água e eletrólitos (Trott, 2009). Do interior para a superfície podemos encontrar cinco camadas distintas na epiderme, que se denominam: estrato germinativo ou camada basal, estrato espinhoso, estrato granuloso, estrato lúcido e estrato córneo. O primeiro estrato é a camada de origem das novas células, enquanto o último é o que dá à pele a sua aparência final (Trott, 2009).

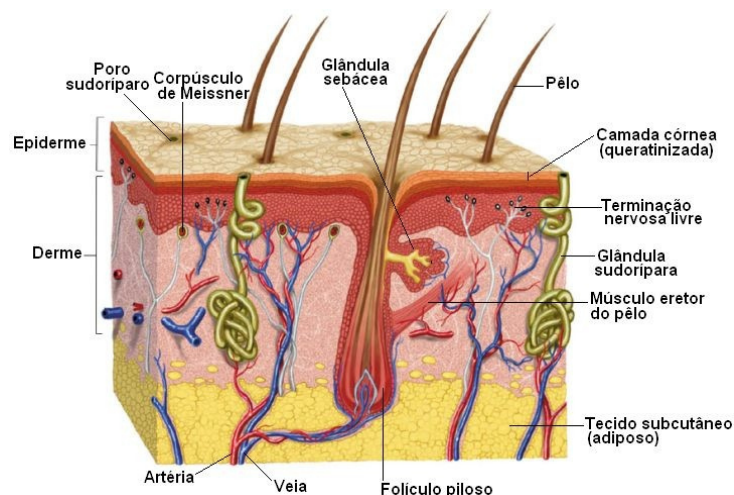


Fig. 1 – Camadas da Pele

Fonte: <http://www.afh.bio.br>

A derme é a camada mais interna e espessa da pele. Esta é composta por duas camadas: em contacto com a camada basal da epiderme temos a camada papilar e, seguidamente a camada reticular. A derme é formada essencialmente por tecido conjuntivo e feixes de fibras de colagénio, dando suporte nutricional à epiderme.

Na derme podemos encontrar ainda vasos sanguíneos, glândulas sebáceas e sudoríparas, folículos pilosos, nervos da pele e capilares, que alimentam a epiderme avascular, e as fibras sensoriais da dor, do toque e da temperatura. O tipo de célula principal da derme é o fibroblasto (que sintetiza o colagénio). Os macrófagos, mastócitos e linfócitos são também outras das células do tecido conjuntivo que desempenham as funções de fagocitose, produção de fibroblastos e secreção, e que são ativados durante a cicatrização de feridas (Trott, 2009). Segundo Trott (2009, p. 14) “a derme é a camada-chave para conseguir o correto encerramento da ferida”.

Subjacente à derme situa-se a camada fáscia superficial constituída por tecido conjuntivo solto que inclui o tecido adiposo. Esta atua como isolante do calor, absorvente dos choques e depósito de nutrientes.

De acordo com Trott (2009) a fáscia profunda é uma camada constituída por tecido fibroso, espessa e densa e funciona como a base da fáscia superficial. O mesmo autor (2009, p. 15) refere que esta camada é facilmente “reconhecida como uma bainha branco-pérola” que reveste os músculos subjacentes. A sua principal

função é de suporte e proteção os músculos e outras estruturas, funcionando também como barreira à infeção a partir da pele e da fáscia superficial.

### 3. Fisiologia da Cicatrização

Numa situação de ferida e, independentemente, do mecanismo de lesão que a cause e, desde que não estejam presentes fatores inibidores da cicatrização, a cicatrização normal da ferida ocorre sem impedimentos através da ação de mediadores específicos como são o caso das plaquetas, macrófagos e linfócitos. Deste modo, tal com o refere Trott (2009, p. 22), a cicatrização de feridas “é um *continuum* de fases sobrepostas” que ocorrem desde o momento da lesão e se podem prolongar no tempo até 60 dias ou mais. O mesmo autor defende que estas fases são a hemostase, inflamação (reação vascular e inflamatória), angiogénese, epitelização, crescimento de fibroblastos (proliferação) e remodelação da cicatriz (maturação e remodelagem) (Trott, 2009).

É muito importante que o enfermeiro conheça a fisiologia da cicatrização bem como os fatores que interferem nesse processo, por forma a adequar as intervenções a executar e promover a cicatrização.

#### a) *Reação vascular e inflamatória*

É a primeira fase do processo de cicatrização, constituída pela resposta inicial do organismo ao trauma. Nesta fase dá-se uma reação vascular e inflamatória que conduz à hemostasia e à remoção de microrganismos. Imediatamente após o trauma ocorre a vasoconstrição, o que leva à hemostase. Este processo envolve a presença de plaquetas e coágulos de fibrina que ativam a cascata da coagulação, resultando na libertação de substâncias que levam à formação da matriz extracelular provisória. Esta matriz constitui o suporte para a migração de células inflamatórias, seguida da ativação dos mecanismos de proteção e preparação dos tecidos para a cicatrização. A inflamação leva às conhecidas manifestações clínicas de calor, dor, edema e perda da função, sinais que podem ser mínimos, transitórios ou duradouros (Baranoski S., Ayello, E., 2010).

#### *b) Proliferação*

É a segunda fase da cicatrização. Ocorre após a reação inflamatória inicial e compreende os seguintes estádios: granulação, epitelização e contração. A granulação é a formação de um tecido novo, composto por novos capilares (angiogénese), pela proliferação e migração dos fibroblastos responsáveis pela síntese de colagénio. Com a produção do colagénio, ocorre um aumento da força de tração que se caracteriza como a capacidade da ferida resistir às forças externas. No final desta fase ocorre a epitelização, através da multiplicação das células epiteliais dos bordos, caracterizando-se pela diminuição dos capilares e pelo aumento do colagénio. Neste ponto, pela ação dos fibroblastos, a contração reduz o tamanho das feridas (Baranoski S., Ayello, E., 2010).

#### *c) Maturação e remodelagem*

É a terceira fase do processo de cicatrização. Trata-se de um processo lento, que se inicia com a formação do tecido de granulação e da reorganização das fibras de colagénio proliferado, estendendo-se por meses após a reepitelização. É responsável pelo aumento da força de tração. Durante a remodelagem ocorre a diminuição da atividade celular e do número de vasos sanguíneos e a perda do núcleo dos fibroblastos, levando à maturação da cicatriz.

Nesta fase ocorre a reorganização dos tecidos à custa do depósito de colagénio. Inicialmente, a cicatriz tem aspeto plano e posteriormente enrijece e eleva-se. Após algum tempo a cicatriz torna-se mais clara, menos rígida e mais plana (Baranoski S., Ayello, E., 2010).

#### 4. Fatores que interferem na cicatrização

Para além de reconhecer as diferentes fases do processo de cicatrização, é preciso que o enfermeiro seja capaz de identificar os fatores de risco que podem interferir nesse processo. Assim, de acordo com Baranoski S., Ayello, E. (2010), dentre os diversos fatores que dificultam a cicatrização, destacam-se:

- A **pressão** sobre a área lesada por proeminências ósseas, calosidades e/ou imobilização contínua, que conduz à interrupção da circulação sanguínea, impedindo que o fluxo de sangue chegue aos tecidos.
- A **presença de corpos estranhos e tecidos desvitalizados** que prolonga a fase inflamatória do processo de cicatrização, favorece a destruição do tecido, inibe a angiogénese, retarda a síntese de colagénio e impede a epitelização. Esses devem ser removidos por processos mecânico, autolítico e/ou enzimático, para que possa ocorrer a fase reparadora e evitar a infeção.
- O **edema**, que se caracteriza pela acumulação de líquido no organismo (sangue, linfa e outros), provocado por traumas, infeções, doenças infecciosas e inflamatórias. Ele interfere na oxigenação e na nutrição dos tecidos em formação, impede a síntese de colagénio, diminuindo a proliferação celular e reduzindo a resistência dos tecidos à infeção.
- O **uso de agentes tópicos inadequados** pode retardar a epitelização e a granulação e provocar a destruição celular. Como por exemplo, os anti-sépticos tópicos e os corticóides. Os antibióticos locais (neomicina, bacitracina, gentamicina, etc.) podem desenvolver a resistência bacteriana e ainda têm a capacidade de induzir as reações de hipersensibilidade que retardam o processo de cicatrização.
- A **técnica de tratamento** pode ocasionar trauma mecânico, provocado pela limpeza agressiva (atrído com compressa ou jatos líquidos com excesso de pressão), por apósitos secos que ficam aderentes ao leito da ferida e por apósitos inadequados, o que interfere no processo da cicatrização, atrasando a cura.
- A **infeção** atrasa a cicatrização, inibindo as atividades dos fibroblastos na produção de colagénio e estimulando os leucócitos na libertação de enzimas que destroem o colagénio, enfraquecendo a ferida. Os microrganismos invasores captam nutrientes e oxigénio, necessários ao processo de cicatrização.
- A **idade** avançada provoca diminuição da resposta inflamatória, reduzindo o metabolismo do colagénio, a angiogénese e a epitelização.
- A **desnutrição**, má absorção gastrointestinal e dietas inadequadas podem comprometer o aporte nutricional requerido para a cicatrização, que envolve proteínas, calorias e vitaminas A, C e sais minerais, como o zinco.

- O **uso de medicamentos sistêmicos**, como os anti-inflamatórios, retardam a resposta inflamatória da primeira fase do processo de cicatrização.
- A **quimioterapia** interfere na síntese de fibroblastos e na produção de colagénio, e doses elevadas de **radioterapia** podem levar ao aumento do risco de necrose tecidual.
- O **stress, a ansiedade e a depressão** têm sido identificadas como fatores de risco para o agravamento e/ou atraso na cicatrização, pois provocam alterações hormonais, inibem o sistema imunológico, diminuem a resposta inflamatória e reduzem o processo fisiológico da cicatrização.
- O **tabagismo** reduz a hemoglobina funcional e causa disfunções pulmonares, predispondo à privação da oxigenação nos tecidos.
- O **alcoolismo**, onde o álcool, para ser metabolizado, consome grandes quantidades de vitaminas do complexo B, prejudica a integridade da pele e da bainha de mielina, podendo causar neuropatias. Por outro lado, o álcool tem a capacidade de saciar a fome e diminuir a ingestão de nutrientes, acarretando maior fragilidade cutânea, acelerando a taxa de descamação, diminuindo a sensibilidade tátil, superficial e profunda e diminuindo a oxigenação tecidual (Baranoski S., Ayello, E., 2010).

### **Natureza e Etiologia da Ferida**

Segundo Costa (2005, p. 483) no Dicionário de Termos Médicos, a palavra ferida deriva do latim *ferire* que significa “agredir, ferir” e define-se como “lesão ou solução de continuidade dos tecidos provocada por um traumatismo externo direto”. Segundo Hockenberry & Wilson (2011, p. 686) ferida “é uma solução de continuidade dos tecidos moles que ocorre quando é exercida sobre eles uma força externa superior a que podem suportar”.

As feridas podem ser classificadas de acordo com diferentes critérios: o tempo de evolução, o agente causal, o grau de contaminação e o comprometimento tecidual (Hockenberry & Wilson, 2011).

Deste modo, partindo do **tempo de evolução** da ferida ela classifica-se em aguda quando existe há menos de seis meses e crónica quando tem um tempo de evolução superior a seis meses (Hockenberry & Wilson, 2011).

Tendo em **atenção o agente causal** a ferida pode ser cirúrgica ou traumática, aberta ou fechada e profunda ou superficial. Assim, uma ferida cirúrgica é aquela que é intencional, realizada sob condições assépticas com instrumentos esterilizados que minimizam a lesão da pele, enquanto uma ferida traumática é, normalmente, acidental e que depende da ação de mecanismos de lesão como a fricção, tensão e forças de compressão (Trott, 2009). Assim, podemos encontrar feridas resultantes de acidentes de viação, quedas, tiros, facadas, hematomas graves, queimaduras e fraturas ósseas, por exemplo.

De acordo com Hockenberry & Wilson (2011) e atendendo ao **grau de contaminação** a ferida pode ser limpa, limpa-contaminada, contaminada e infetada. Tendo por base o critério do **comprometimento tecidular**, a ferida pode ser classificada como sendo de categoria I, categoria II, categoria III ou categoria IV, dependendo dos tecidos que afeta em profundidade (Hockenberry & Wilson, 2011).

Dado que a maior percentagem de feridas documentadas e tratadas num Serviço de Cirurgia Pediátrica são feridas agudas de origem cirúrgica ou traumática, iremos direcionar, ao longo do programa, a intervenção para abordagem ao adolescente com **ferida aguda e ferida aguda com complicações**.

## **Ferida Aguda**

### *Ferida Traumática*

Segundo Trott (2009) um fator determinante no tratamento da ferida traumática tem em conta o fator tempo, o nível de contaminação e o grau de desvitalização tecidular. Como tal, a estratégia de encerramento deste tipo de feridas deve atender aos critérios atrás definidos. Assim, segundo o mesmo autor (2009) a cicatrização pode ocorrer por:

Encerramento Primário ou Cicatrização por Primeira Intenção: quando a lesão é minimamente contaminada, com mínima perda de tecido ou desvitalização e os bordos são aproximados por suturas, fitas ou agrafos.

Encerramento Secundário ou Cicatrização por Segunda Intenção: é o processo de cicatrização em feridas abertas com grande espessura ou perda tecidual. Não há aproximação dos bordos e como tal demoram mais tempo a cicatrizar. Além disso, necessitam de grande formação de tecido de granulação para preenchimento do espaço morto até que a contração e a epitelização aconteçam.

Encerramento Terciário ou Cicatrização por Terceira Intenção: é considerada cicatrização por encerramento primário tardio. A ferida é deixada aberta por um determinado período, funcionando como cicatrização por segunda intenção, sendo suturada posteriormente, como ferida de primeira intenção. Este procedimento é empregado geralmente nas feridas cirúrgicas com suspeita de infecção.

### *Ferida Cirúrgica*

A ferida operatória é aquela produzida cirurgicamente por um instrumento cortante. Para ocorrer o processo natural da cicatrização da ferida operatória, é necessário que os bordos dos tecidos lesados estejam aproximados por sutura. Faz-se a sutura recorrendo a fios cirúrgicos que podem ser absorvíveis, que desaparecem depois de alguns meses, após terem sido absorvidos pelo tecido; ou inabsorvíveis, que não são absorvidos pelos tecidos. A principal finalidade da cicatrização cirúrgica é a de reconstruir de maneira mais fiel possível, os tecidos lesados. Na ferida cirúrgica a cicatrização pode dar-se por encerramento primário, secundário ou terciário, conforme descrito anteriormente.

Porém, Trott (2009) sublinha que o processo normal de cicatrização pode ser afetado por alguns fatores, como os descritos anteriormente e que podem ser: fatores técnicos (preparação inadequada da ferida, tensão excessiva de suturas, materiais de sutura reativos), fatores anatómicos (tensão estática ou dinâmica da pele, região do corpo), medicação (tratamento com corticoides, anticoagulantes, drogas imunossupressoras e irradiação) e doenças e condições associadas (diabetes, insuficiência renal aguda, presença de edemas).

## **Ferida Aguda com Complicações**

Tendo em conta a minha experiência e uma vez que ainda não existem dados estatísticos relativos a esta matéria disponíveis no Serviço de Cirurgia Pediátrica, a maior percentagem de complicações da ferida aguda está diretamente relacionada com a hemorragia e a infeção (Hockenberry & Wilson, 2011).

A hemorragia é a perda sanguínea decorrente do rompimento de um ou mais vasos. Pode ser interna, quando o sangramento está oculto e observa-se pela presença de hematoma; e a externa na qual o sangramento é visível. O tratamento implica, no primeiro caso, a utilização de apósitos compressivos ou hemostáticos e, no segundo, a revisão da hemóstase (Baranoski, S., Ayello, E., 2010).

A infeção é definida, por Cunha & Branco (2003) pela presença de microrganismos colonizadores com o aparecimento de sinais como a produção de excesso de exsudado, presença de pus, febre, taquicardia, deiscência da ferida e odor fétido.

A EWMA (2005, p. 2) refere que “a infeção é o resultado das interações dinâmicas que ocorrem entre um hospedeiro, um agente patogénico potencial e o ambiente. Isto ocorre quando as defesas do hospedeiro são contornadas com sucesso por microrganismos, resultando daí nocivas alterações no hospedeiro”.

O tratamento relaciona-se com o controlo da infeção, por meio de drenagem do pus, limpeza da ferida e associação de terapêutica antimicrobiana local e antibiótico sistémico. Segundo a EWMA (2013, p.27) “a escolha entre o tratamento local ou sistémico depende da perceção dos sinais e sintomas da infeção e do regime adotado previamente na gestão do regime terapêutico. Em casos de infeção disseminada os antibióticos sistémicos são normalmente selecionados de forma empírica no tratamento da ferida. Caso contrário, as estratégias locais de tratamento de feridas são escolhidas e/ou são iniciadas medidas profiláticas.”.

## **Exigências de Cuidar o Adolescente com Ferida e a Teoria do Conforto**

A adolescência é uma etapa entre a infância e a idade adulta que se inicia com as alterações da puberdade e caracteriza-se por profundas transformações biológicas,

psicológicas e sociais, muitas delas geradoras de crises, conflitos e contradições (OMS, 1986, citado por China, 2011).

Segundo Hockenberry & Wilson (2011) as mudanças na adolescência ocorrem em diferentes níveis e esta envolve três diferentes estádios: o início da adolescência (11-14 anos), a adolescência média (15-17 anos) e o final da adolescência (18-20 anos).

Segundo Erickson a adolescência é caracterizada também por uma crise de identidade de grupo versus alienação, período no qual procura a autonomia e desenvolvimento de uma identidade de grupo seguida de uma identidade pessoal, distanciando-se e rejeitando a identidade da geração dos seus pais (Hockenberry & Wilson, 2011). Deste modo, o adolescente sente-se impelido a “desrespeitar” as regras impostas pelos pais, no sentido de se manter afastado da identidade familiar, logo, o cumprimento de um regime terapêutico imposto é condenado à partida ao fracasso.

Esta etapa do desenvolvimento caracteriza-se igualmente por um período de desenvolvimento da autonomia. Segundo Hockenberry & Wilson (2011, p.748) a autonomia inclui “as componentes: emocional, cognitiva e comportamental”. A autonomia emocional refere-se ao desenvolvimento da independência decorrente dos relacionamentos; a autonomia cognitiva diz respeito ao desenvolvimento de capacidades de pensamento sobre os seus próprios pensamentos e emoções; a autonomia comportamental relaciona-se com a capacidade de tomar decisões e coloca-las em prática.

O estilo de vida do adolescente ativo ou sedentário é também influenciado pelos determinantes de saúde, sejam eles fatores de risco ou protetores, de ordem individual, familiar, emocional, sociocognitivo e cultural (Simões et al, 2010).

Os problemas que surgem nesta etapa são desenvolvidos pela adaptação do adolescente aos novos desafios, como à adaptação às transformações do corpo, conquista de autonomia, construção de novas relações interpessoais, progressão académica, pertença a um grupo de pares, de se sentir útil para os outros e de se sentir valorizado perante a sociedade (Simões, 2007). Assim, na presença de uma ferida o adolescente, dependendo do estádio de desenvolvimento em que se encontra e dos fatores de stress a que está sujeito, como a alteração da imagem corporal, a

perda de controlo e independência, a restrição das atividades, a rejeição dos pares e exclusão do grupo e o medo da morte, pode comprometer o desenvolvimento saudável, potenciando alterações na autodeterminação, autocuidado e autoestima. O enfermeiro deve prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido e promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (DGS, 2013).

Deste modo, o enfermeiro deve proceder a uma avaliação inicial personalizada de cada criança ou adolescente, procurando conhecer o seu contexto familiar, social e comunitário assim como os fatores determinantes, de risco ou de proteção, que possam contribuir para a adoção ou não de comportamentos de risco. Assim, consegue estabelecer diagnósticos de enfermagem, planeando objetivos e atividades a executar junto dos contextos, avaliando *à posteriori* as intervenções desenvolvidas, no sentido de eficiência e eficácia dos resultados sensíveis à Enfermagem.

Alguns dos resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem são a rápida cicatrização de feridas, a diminuição do aparecimento de recidiva e o controlo da dor no procedimento, com o objetivo major de obter de maior conforto.

O conforto pode ser definido de diversas formas: atenuar/aliviar a angústia ou tristeza, uma pessoa ou coisa que conforta, um estado de calma e livre de preocupações, tudo o que torna a vida fácil, a diminuição do infortúnio ou da dor sendo calmante e inspirador (Webster, 1990 citado por Kolcaba e DiMarco, 2005). Desta forma conforto pode assumir diferentes significados ao ser aplicado como um verbo, um nome, um adjetivo, um advérbio, e pode ser negativo (ausência de dor), neutro (facilidade em alcançar algo) ou mesmo positivo (esperança) (Kolcaba e DiMarco, 2005). A origem da palavra conforto deriva do latim *confortare* que significa a restituição das forças físicas, o vigor e a energia, tornar forte, fortalecer, revigorar (Apóstolo, 2009). Segundo o mesmo autor, este conceito tem sido relevante no contexto dos cuidados de enfermagem estando diretamente relacionado com a sua origem e desenvolvimento.

A teoria do conforto de Kolcaba (teoria de médio alcance) responde de forma adequada à compreensão da problemática em estudo, uma vez que o conforto e bem-estar surgem como resultado positivo e mensurável das intervenções de enfermagem

no tratamento de feridas. A Wounds International (2012, p.2) publicou um consenso cujos objetivos se prendiam com:

aumentar a compreensão do impacto de viver com um ferida no bem-estar dos indivíduos e seus cuidadores; melhorar a capacidade dos profissionais para compartilhar as decisões sobre o tratamento com os indivíduos e seus cuidadores, com o intuito de melhorar a concordância e reduzir as complicações; enfatizar a importância de desenvolver habilidades de escuta e as estratégias comunicacionais para promover o bem-estar e aumentar a capacidade das partes interessadas em implementar estratégias para a gestão custo-efetividade da ferida, otimizando o bem-estar e envolvimento de todos

A escolha desta teórica prende-se com duas razões principais: o facto de Kolcaba dar uma visão holística do cuidar em enfermagem proporcionando uma prática centrada nas necessidades dos clientes, e de se tratar de uma teoria recente, inovadora e de simples aplicabilidade à investigação e à prática.

Atendendo aos conceitos metaparadigmáticos definidos por Kolcaba, **enfermagem** é vista como “a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base” (Dowd, 2004, p. 485). O **doente** é definido por Kolcaba como “o indivíduo, família, instituição ou comunidade que necessita de cuidados de saúde” (Dowd, 2004, p.485). Proporcionar conforto ao adolescente e família é uma das funções mais importantes da enfermagem.

Relativamente ao **ambiente**, Kolcaba defini-o como “qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pelo enfermeiro ou pelos entes queridos para melhorar o conforto” (Dowd, 2004, p.485). Numa situação de tratamento de ferida ou qualquer abordagem invasiva ao adolescente o enfermeiro deve atender à privacidade usando cortinas, por exemplo, e respeitando a vontade do adolescente relativamente à presença dos pais ou outras pessoas.

Por último, a teórica defende **saúde** como “o funcionamento ótimo conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade” (Dowd, 2004, p.486). O enfermeiro deve ter em conta todos os fatores comportamentais internos e externos do adolescente de forma a responder às necessidades identificadas e assim contribuir, positivamente e holisticamente, para a plenitude do conforto.

Para que a Teoria do Conforto pudesse ser facilmente entendida Kolcaba e DiMarco (2005,p.189) definiram pressupostos, que aplicados à Enfermagem Pediátrica, são:

1. As crianças e famílias têm respostas holísticas a estímulos complexos; 2. O conforto é um resultado holístico, desejável e positivo, que é pertinente para a disciplina de enfermagem e para a especialidade da enfermagem pediátrica; 3. Crianças e famílias esforçam-se para encontrar conforto nas suas necessidades básicas, é um empreendimento ativo e às vezes exige a ajuda e apoio do enfermeiro ou de outros; 4. As crianças e famílias variam significativamente nas suas necessidades pessoais ou no desejo de certos níveis de conforto; 5. É mais fácil investir na prevenção de desconfortos, incluindo aqueles relacionados aos stressores fisiológicos ou psicológicos, do que tratar desconfortos. A prevenção é melhor para as crianças e famílias; 6. Quando desconfortos como o caos ambiental ou dor não pode ser impedido, as crianças e famílias podem ser ajudadas a experimentar a transcendência parcial ou completa através intervenções que transmitem conforto, esperança, sucesso, carinho, apoio pelo seu medo; 7. Quando os enfermeiros aplicam a teoria do conforto, eles consideram o cuidar único e complexo de cada criança no contexto do seu sistema familiar. Assim, a teoria oferece uma forma eficiente de atendimento padrão e de comunicação à equipa interdisciplinar das intervenções que realmente funcionam.

A definição de conforto holístico para Kolcaba é um estado imediato de fortalecimento das necessidades humanas através do alívio, tranquilidade e transcendência em quatro diferentes contextos de experiência: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003; Kolcaba e DiMarco, 2005).

Desta forma, Kolcaba divide o conforto em três tipos: **alívio**, quando a pessoa tem uma necessidade específica satisfeita, aliviada ou mitigada; **tranquilidade** é definido como um estado de calma ou contentamento em que há ausência de desconforto; **transcendência** é um estado em que a pessoa se eleva acima dos problemas ou dor quando estes não podem ser evitados ou erradicados (Kolcaba, 2003, 2013; Kolcaba e DiMarco, 2005). Estes três tipos de conforto podem ser experimentados em quatro contextos diferentes: **físico**, relativo às sensações do corpo e aos mecanismos homeostáticos; **psicoespiritual** refere-se à consciência de si próprio, incluindo a auto-estima, sexualidade e o significado da vida, e à relação com uma ordem ou um ser mais elevado; **sociocultural**, pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais, assim como as tradições familiares e as circunstâncias financeiras; **ambiental**, relativo ao meio, às condições e influências

externas, englobando a luz, o barulho, as cores, a temperatura e os elementos naturais e sintéticos (Kolcaba, 2003, 2013).

Quando os três tipos de conforto são justapostos com os quatro contextos diferentes cria-se uma grelha de 12 células, designado pela autora como estrutura taxonómica (ET). Esta ET é útil na avaliação das necessidades de conforto das pessoas, famílias, enfermeiros e instituições, no planeamento das intervenções para cada uma das necessidades e na avaliação e eficácia dessas mesmas intervenções promotoras de conforto com o intuito de obter uma prática de excelência e contributo para a investigação (Kolcaba, 2003, 2013).

Kolcaba define três categorias de intervenções em enfermagem: **intervenções técnicas** que permitem manter a homeostasia e o controlo da dor; **intervenções de coaching** relativas à redução da ansiedade, o proporcionar segurança e informação, inculcar esperança, ouvir e ajudar no plano de recuperação; **intervenções de alimento para a alma** são as que os enfermeiros fazem para agradar as crianças/jovens e as suas famílias de modo a sentirem-se cuidadas e fortalecidas (Kolcaba, 2003; Kolcaba e DiMarco, 2005). Através destas intervenções prevê-se que haja eficácia e melhoria do conforto e, conseqüentemente ganhos nos comportamentos de procura de saúde (Kolcaba, 2003).

A Wounds International (2012, p. 3) vai de encontro aos conceitos metaparadigmáticos definidos por Kolcaba, definindo bem-estar como

uma matriz dinâmica multifatorial, incluindo fatores físicos, sociais, fisiológicos e espirituais. O conceito de bem-estar é individual, irá variar ao longo do tempo, é influenciado pela cultura e contexto, e é independente do tipo de ferida, a duração ou a definição de cuidados. Dentro da cicatrização das feridas, otimizar o bem-estar de um indivíduo será o resultado da colaboração e interação entre médicos, pacientes, suas famílias e cuidadores, o sistema de cuidados de saúde e a indústria. O objetivo maior é otimizar o bem-estar, melhorar ou curar a ferida, aliviar/controlar os sintomas e assegurar que todas as partes estão totalmente envolvidos neste processo

Da mesma forma que Kolcaba, a Wounds International (2012) aponta quatro domínios para o bem-estar: físico, mental, social e espírito/cultural, relacionando-o com a presença de uma ferida num indivíduo. Partindo da investigação, foram enumerados pelo consenso, um conjunto de oito princípios que foram identificados por todos os elementos relativamente à gestão do tratamento de feridas:

- a) Empowerment- a necessidade sentida por uma pessoa para assumir o controlo físico, psicológico e emocional relativamente ao tratamento da ferida;
- b) A gestão do risco- adoção por parte do indivíduo de certos comportamentos que se relacionam com a gestão da sua ferida (por exemplo, a ponderação da realização de determinadas atividades *versus* o nível de risco associado);
- c) O quotidiano- o impacto do tratamento da ferida no cotidiano do cliente (24/7);
- d) Estigma- como as respostas de outras pessoas pode afetar as pessoas que vivem com uma ferida;
- e) O lado de fora- o aparecimento de curativos e produtos;
- f) Movimento- como as atividades de uma pessoa se relacionam com o tipo de penso usado;
- g) Limpeza- exigência da pessoa para a limpeza podem entrar em conflito com a necessidade de manter os pensos no local por até sete dias;
- h) Proteção- o papel dos pensos e produtos na gestão das feridas para proteger o corpo de danos físicos e da infeção.

Estes oito princípios foram então aplicados num modelo de três anéis para o bem-estar em relação aos cuidados à ferida (Anexo I).

### **Adesão Terapêutica e Sua Importância na Cicatrização da Ferida**

A adesão é definida, segundo a OMS (2003), como o grau de comportamento de uma pessoa relativamente à ingestão de medicação, ao seguimento da dieta e/ou à adoção de mudanças no estilo de vida, que corresponde e concorda com as recomendações de um profissional de saúde.

A maioria dos estudos de investigação sobre adesão centram-se na medida em que o cliente segue as instruções médicas ou toma os medicamentos prescritos, no entanto, esta refere-se a comportamentos mais abrangentes que incluem procurar um profissional de saúde, adquirir os medicamentos, tomar a medicação adequada, comparecer às consultas ou adotar mudanças nos estilos de vida que contribuam para a prevenção de doenças e manutenção da saúde.

Segundo a CIPE (versão 2, 2011) adesão define-se por

ação auto-iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou

comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio à família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).

Como tal, adesão pode ser foco, diagnóstico ou resultado e inclui: adesão ao regime terapêutico, adesão a precauções de segurança, adesão ao regime de exercício, adesão ao regime de ingestão de líquidos, adesão ao regime dietético, adesão ao regime medicamentoso (OE, 2011).

No que diz respeito ao cuidar do adolescente com ferida é essencial que o enfermeiro promova a adesão ao regime terapêutico para, por um lado, otimizar a cicatrização da ferida e, por outro, otimizar as escolhas do adolescente, relativas à adoção de comportamentos promotores de saúde. Pois como refere a OE (2010, p. 86) “a fraca adesão ao tratamento compromete os esforços do sistema de cuidados de saúde, dos responsáveis pela tomada de decisão e dos profissionais de saúde na melhoria da saúde das populações”.

Por um lado, adesão requer da parte do cliente três premissas: querer, ter conhecimento e ter recursos. Por outro, é um foco influenciado por múltiplos fatores que, segundo a OMS (2003), podem ser socioeconómicos e culturais, relacionados com a doença, relacionados com os profissionais e com os serviços de saúde, relacionados com o tratamento/terapêutica ou relacionados com o cliente. Nesta situação o EESCJ deve ter uma visão sistémica das necessidades da criança/jovem e família por forma a adotar estratégias comportamentais e educativas que promovam a adesão.

As estratégias comportamentais incluem a comunicação e aconselhamento direto, envolvimento com o cliente, a simplificação de esquemas terapêuticos, memorandos e reforço ou recompensa.

As estratégias educacionais relacionam-se com a informação (oral, escrita, audiovisual ou utilizando as tecnologias de informação (TIC)), programas educacionais individuais e em grupo. Pois como defende a OE (2003, p. 89) “a educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não

só precisam de ser informados como precisam de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida”.

Neste sentido é necessário uma abordagem multidisciplinar que inclua a família e a comunidade, pois tal como fundamenta a OE (2003, p.89) “precisam de ser envolvidos de forma ativa no plano de cuidados e nos resultados esperados dos cuidados”, o que exigirá cooperação contínua entre os intervenientes.

Nesta linha de pensamento, a Wounds International (2012) aponta estratégias de ação para promover o bem-estar do indivíduo com ferida como: desenvolver uma parceria terapêutica com os pacientes e seus cuidadores, partindo da relação terapêutica, trabalhar em conjunto para melhorar o bem-estar de uma forma eficaz e eficiente, garantir a capacitação e a escolha onde as decisões são compartilhadas. Este consenso defende ainda que as organizações de saúde devem apoiar iniciativas que promovam o bem-estar e que respondam às preferências do paciente e a indústria deve desenvolver produtos que otimizam a eficácia no tratamento de feridas e a qualidade de vida.



**APÊNDICE II – Folha de Colheita de Dados de Enfermagem do Hospital de  
Dia**



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

**COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**

**SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA**

**HOSPITAL DE DIA**

**1 IDENTIFICAÇÃO**

Como gosta de ser chamado \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

**2 AVALIAÇÃO INICIAL**

Acompanhante \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_

Responsável pelo adolescente \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_

**2. 1 Antecedentes pessoais**

Doença: sim \_\_\_ não \_\_\_

Aguda \_\_\_ Crónica \_\_\_

Se \_\_\_\_\_ sim, \_\_\_\_\_ qual?

Medicação diária sim \_\_\_ não \_\_\_

Se sim, qual?

Alergias: Medicamentosas \_\_\_\_\_

Alimentares \_\_\_\_\_

Outras \_\_\_\_\_

Internamentos hospitalares/cirurgias                      sim \_\_\_                      não \_\_\_

Se sim, qual e quando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Intercorrências \_\_\_\_\_

Problemas de saúde recentes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como reage à hospitalização \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2.2 Comportamentos de Risco

Sedentarismo \_\_\_    Obesidade \_\_\_    Hábitos tabágicos \_\_\_    Consumo de drogas \_\_\_

**Fatores** \_\_\_\_\_ **protetores**

**Fatores** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **risco**

\_\_\_\_\_

## 3 AVALIAÇÃO FÍSICA

### 3.1 Avaliação Estado-Ponderal e Parâmetros Vitais

Peso \_\_\_\_\_                      Temperatura \_\_\_\_\_                      Estatura \_\_\_\_\_

TA \_\_\_\_\_                      MAP \_\_\_\_\_                      FC \_\_\_\_\_

Pele e mucosas                      Coloração                      normal \_\_\_ alterações \_\_\_\_\_

Hidratação                      normal \_\_\_ alterações \_\_\_\_\_

Integridade                      normal \_\_\_ alterações \_\_\_\_\_

### 3.2 Necessidades de Conforto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3.3 Diagnósticos de Enfermagem

Ansiedade \_\_\_ Medo \_\_\_ Imagem Corporal \_\_\_ Dor \_\_\_ Adesão \_\_\_ Autocuidado \_\_\_

Relacionado com \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Manifestado por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3.4 Planeamento e Implementação das Terapêuticas de Enfermagem

Avaliar e gerir a dor \_\_\_\_\_

Avaliar e gerir o tratamento da ferida \_\_\_\_\_

Avaliar comportamentos e estilos de vida \_\_\_\_\_

Validação/ Reforço da informação sobre:

Regime alimentar \_\_\_\_\_

Restrição de atividade/ exercício físico \_\_\_\_\_

Posicionamentos \_\_\_\_\_

Cuidados com o penso e com a ferida \_\_\_\_\_

Autocuidado \_\_\_\_\_

### 4. OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermeiro/a \_\_\_\_\_ Nº Mec. \_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_



**APÊNDICE III – Folha de Plano de Cuidados no Tratamento de Feridas**



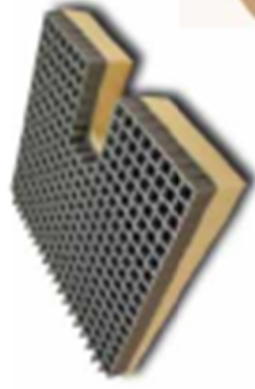




**APÊNDICE IV – Folheto Informativo: Cuidados ao Adolescente com Ferida  
por Excisão de *Sinus Pilonidalis*- Orientações Gerais**



Exemplos de almofodas recomendadas



## Serviço de Cirurgia Pediátrica



Cuidados ao Adolescente com  
Ferida por Excisão de Sinus

*Pilonidalis*

*Orientações Gerais*

Se necessário contacte a Equipe de Saúde  
do Serviço de Cirurgia Pediátrica através do  
telefone: 217805221

### Sinus Pilonidais

Um quisto pilonidal (também denominado abscesso pilonidal) é um quisto ou abscesso próximo à região intra-nadadeira abaixo do cóccix que frequentemente contém pelos ou restos de pele.

### Causas

Uma das causas apontadas para os quistos pilonidais é a presença de pelos que crescem dentro do corpo. Acredita-se que o ato de se sentar excessivamente possa predispor as pessoas à condição porque isto exerce pressão sobre a região do cóccix. Não se acredita que traumas possam causar um quisto pilonidal, no entanto, um evento dessa natureza pode resultar numa inflamação de quisto já existente. Investigadores acreditam na possibilidade de que os quistos pilonidais possam ser o resultado de uma depressão pilonidal congénita. A transpiração excessiva também pode contribuir para o surgimento de um quisto pilonidal.

### Tratamento

O tratamento do quisto pilonidal é 10% cirúrgico e 90% pós-cirúrgico.

Por isso, importa apresentar alguns dos cuidados pós-cirúrgicos que contribuem para a otimização da cicatrização da ferida.

### Cuidados Pós- Cirúrgicos

- ✓ Repouso nas duas primeiras semanas;
- ✓ Não pressionar a região operada, evitando sentar ou permanecer mais que 20min. em decúbito lateral;
- ✓ Mudar de posição com frequência;
- ✓ Lavar a região perianal diariamente, com supervisão, evitando molhar o penso;
- ✓ Manter a região operada seca;
- ✓ Manter uma alimentação rica em proteínas (carne e peixe- 2 a 3 porções/dia), vitaminas (A e C- cogumelos, tomates, citrinos, legumes) e água (1,5L/dia).
- ✓ Quando voltar à escola deve usar almofada de modo a não pressionar a zona operada e aliviar a pressão de 20 em 20 min.;
- ✓ Após cicatrização completa pode retomar atividade física após um mês.

**APÊNDICE V – Folha de Encaminhamento para o Centro de Saúde**



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



## SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA

### HOSPITAL DE DIA

### FOLHA DE PENSO

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

DATA DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_ INTERVENÇÃO CIRÚRGICA: \_\_\_\_\_

CENTRO DE SAÚDE \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO HOSPITAL

---

---

---

OBSERVAÇÃO E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CENTRO DE SAÚDE

---

---

---

PERIODICIDADE DO TRATAMENTO:

---

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**APÊNDICE VI – Questionário para a Avaliação da Satisfação dos  
Cuidados de Enfermagem**

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA****SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA- HOSPITAL DE DIA****Questionário para a Avaliação da Satisfação dos Cuidados de Enfermagem**

Este questionário tem como finalidade avaliar o grau de satisfação do adolescente, dos 11 aos 18 anos, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A tua opinião pode ajudar a melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados neste Serviço.

Em cada uma das seguintes questões, indica o teu grau de satisfação relativamente aos Cuidados de Enfermagem, desde “Totalmente Satisfeito” até “Nada Satisfeito”, colocando uma x no círculo correspondente.

Em caso de dúvida, pede ajuda a um elemento do serviço.

Este questionário é anónimo. Após preenchimento, deves colocá-lo na caixa existente no serviço para o efeito.

Sexo: Feminino  Masculino

Idade \_\_\_\_\_ em anos

	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito
1º Acesso fácil aos cuidados de enfermagem (ex: marcações, horário de atendimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º Aspeto físico do Hospital de Dia (ex: conforto, luz, temperatura)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º Apresentação do/a enfermeiro/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º Clareza da informação transmitida sobre os cuidados de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º Facilidade na comunicação com o enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º Relação de confiança com o/a enfermeiro/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7º Sentir preservada a tua privacidade (ex: uso de cortinas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8º Alívio dos sintomas (ex: dor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9º Envolvimento e participação na tomada de decisão terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10º Facilidade em verbalizar sentimentos e emoções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11º Satisfação geral com os cuidados que te são prestados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões: \_\_\_\_\_

Obrigado pela tua participação

**APÊNDICE VII – Procedimento: Atendimento de Enfermagem ao  
Adolescente com Ferida e sua Família**



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE	 HOSPITAL DE <b>SANTAMARIA</b>	 Hospital PulidoValente
PROCEDIMENTO Departamento de Pediatria	<b>Atendimento de Enfermagem ao Adolescente com Ferida e sua Família</b>	<b>CÓDIGO</b> NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

Nº da revisão	Descrição da alteração	Data de entrada em vigor	Emissor
	<b>DOCUMENTO INICIAL</b>		

<b>Elaborado por:</b>	<b>Verificado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
<b>Serviço / Órgão: Serviço de Cirurgia Pediátrica</b>	<b>Serviço / Órgão:</b>	<b>Serviço / Órgão:</b>
<b>Nome:</b> Enf. <sup>a</sup> Justa Granjo, Nº Mec. 16566	<b>Nome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Assinatura</b>	<b>Assinatura</b>	<b>Assinatura</b>
<b>Data:</b> Fevereiro/ 2014	<b>Data:</b>	<b>Data:</b>

## **1. OBJETIVOS**

- Uniformizar procedimentos de enfermagem relativamente à abordagem do adolescente com ferida e da família.
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A adolescência é uma etapa entre a infância e a idade adulta que se inicia com as alterações da puberdade e caracteriza-se por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais, muitas delas geradoras de crises, conflitos e contradições (OMS, 1986, citado por China, 2011).

Segundo Erickson, a adolescência é caracterizada também por uma crise de identidade de grupo versus alienação, período no qual se procura a autonomia e desenvolvimento de uma identidade de grupo seguida de uma identidade pessoal, distanciando-se e rejeitando a identidade da geração dos seus pais (Hockenberry & Wilson, 2011).

Os problemas que surgem nesta etapa são provenientes da adaptação do adolescente aos novos desafios: transformações do corpo, conquista de autonomia, construção de novas relações interpessoais, progressão académica, pertença a um grupo de pares, necessidade de se sentir útil para os outros e de se sentir valorizado perante a sociedade (Simões, 2007).

Assim, a presença de uma ferida no adolescente, dependendo do subestadio de desenvolvimento em que se encontra e dos desconfortos a que está sujeito como, a alteração da imagem corporal, a perda de controlo e independência, a restrição das atividades, a rejeição dos pares, a exclusão do grupo e o medo da morte, pode comprometer o desenvolvimento saudável.

Partindo dos conhecimentos sobre desenvolvimento do adolescente, da identificação das necessidades de conforto e do conhecimento das estratégias a implementar para reduzir ou eliminar os desconfortos, o enfermeiro reúne as condições ótimas para cuidar o adolescente e família de forma mais traumática possível (Hockenberry & Wilson, 2011).

### **3. ÂMBITO**

Este procedimento aplica-se a todos os Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Pediátrica que prestam cuidados a adolescentes com ferida e família.

### **4. RESPONSÁVEIS PELA APLICAÇÃO DA NORMA**

São também responsáveis pela aplicação da norma os enfermeiros que desempenham funções no Hospital de Dia do Serviço de Cirurgia Pediátrica.

### **5. PRINCÍPIOS GERAIS**

O atendimento de enfermagem assenta num conjunto de princípios e valores, que fundamentam a prática de cuidados, e que se inserem na filosofia de cuidados centrados na família, promotora da parceria de cuidados. Esses princípios são:

- Respeito pelos direitos do adolescente e família e pela sua dignidade;
- Respeito pela preservação da autodeterminação, privacidade, intimidade e autoestima do adolescente;
- Honestidade, verdade e compreensão na interação estabelecida com o adolescente e família;
- Competência e o aperfeiçoamento no exercício profissional;
- Responsabilidade inerente ao papel assumido perante o adolescente e a sua família.

### **6. ATIVIDADES DE ENFERMAGEM**

É da responsabilidade do(s) enfermeiro(s) do Hospital de Dia implementar as seguintes atividades de enfermagem:



## 7. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO DE ATENDIMENTO

Processo de Cuidados	Atividades	Recursos	Instrumentos
<p><b>1ª Fase:</b> <b>Referenciação do adolescente/ família</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do enfermeiro/a ao adolescente, familiar/acompanhante <b>(I.A.A.)</b>;</li> <li>- Validação com o pai/mãe/familiar do dia e hora que deve comparecer no serviço para tratamento <b>(I.C.)</b>;</li> <li>- Reforço da possibilidade de contato com o Hospital de Dia do Serviço de Cirurgia Pediátrica, em caso de dúvidas, facultando o cartão-de-visita do serviço <b>(I.A.A.)</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro/a</li> <li>- Local: Hospital de Dia do Serviço de Cirurgia Pediátrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processo clínico do adolescente;</li> <li>- Cartão de Contato do Serviço.</li> </ul>

Processo de cuidados	Atividades	Recursos	Instrumentos
<p><b>2ª Fase:</b> <b>Acolhimento e apreciação inicial do adolescente/família</b></p>	<p>5 - Apresentação do enfermeiro/a do Hospital de Dia ao adolescente e família e solicitar que os mesmos se apresentem <b>(I.A.A.)</b>;</p> <p>6 – Validação com o adolescente e família do nome que prefere ser chamado <b>(I.A.A.)</b>;</p> <p>7- Realização da Entrevista ao adolescente e família <b>(I.T.; I.A.A.)</b>;</p> <p>7.1- Esclarecimento de que a entrevista será constituída por dois momentos diferentes:</p> <p>c) o primeiro momento, onde estão presentes os pais/acompanhante, e se procura responder a questões sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Contacto dos pais ou acompanhante;</li> <li><input type="checkbox"/> Antecedentes cirúrgicos;</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de saúde prévios;</li> <li><input type="checkbox"/> Alergias conhecidas;</li> <li><input type="checkbox"/> Medicação habitual no domicílio;</li> <li><input type="checkbox"/> Sintomatologia atual.</li> </ul> <p>d) o segundo momento, só na presença do adolescente, onde se pretende conhecer comportamentos de risco ou promotores de saúde, fatores protetores e/ou de risco, bem como proceder à avaliação do peso, parâmetros vitais e integridade cutânea;</p> <p>8- Avaliação das principais necessidades de conforto/preocupações do adolescente e da família <b>(I.T.; I.A.A.)</b>;</p> <p>9- Preparação para o procedimento atendendo aos contextos: físico (explicar o que poderá observar e sentir; ensinar acerca de estratégias de <i> coping</i>), psicoespiritual (facilitar a expressão de emoções e sentimentos), sociocultural (permitir a presença de pessoas significativas ou uso de objetos simbólicos) e ambiental (promover a privacidade recorrendo ao uso de cortina, adequar a</p>	<p>- Enfermeiro/a do Hospital de Dia</p> <p>Local: Sala de espera e Sala de tratamentos</p>	<p>- Folha de Registo de Hospital de Dia;</p> <p>- Folha de colheita de dados de Hospital de Dia;</p> <p>- Folha de plano de cuidados no Tratamento de Feridas.</p>

	<p>temperatura e a luminosidade do espaço físico, promover a segurança) (I.C.; I.A.A.);</p> <p>10- Validação com o adolescente e família da informação que possuem acerca do tratamento a que o adolescente vai ser submetido (I.T.; I.A.A.);</p> <p>11 – Identificação dos mecanismos reconhecidos pelo adolescente como sendo de suporte no hospital, na família e na comunidade (I.T.).</p>		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<b>Processo de Cuidados</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Instrumentos</b>
<b>3ª Fase: Formulação dos diagnósticos de enfermagem</b>	12- Formulação dos diagnósticos de enfermagem do adolescente e família <b>(I.T.)</b> , de acordo com NANDA. a) Identificação dos fatores relacionados; b) Identificação das manifestações; 13- Formulação dos resultados esperados (NOC) <b>(I.T.)</b> .	- Enfermeiro/a  - Local: sala de tratamentos	- Folha de colheita de dados de Hospital de Dia

Processo de Cuidados	Atividades	Recursos	Instrumentos
<p><b>4ª Fase: Intervenções de Enfermagem</b></p>	<p>14- Avaliação e gestão da dor do adolescente <b>(I.T.)</b>;            15- Avaliação das características da ferida <b>(I.T.)</b>;            16- Execução do tratamento <b>(I.T.)</b>;            17- Informação sobre o estado de cicatrização da ferida, comportamentos e estilos de vida a modificar, no sentido de contribuir para a rápida cicatrização <b>(I.C.)</b>;            18 – Validação/ reforço acerca da seguinte informação <b>(I.C.)</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão ao regime alimentar;</li> <li>• Adesão à restrição no exercício físico;</li> <li>• Adesão aos posicionamentos ou soluções negociadas;</li> <li>• Adesão aos cuidados com o penso e com a ferida;</li> <li>• Adesão ao autocuidado.</li> </ul> <p>19 - Marcação de nova sessão de enfermagem <b>(I.T.)</b>;            20- Encaminhamento para os cuidados de saúde primários através de contato telefónico com a instituição e preenchimento de carta de enfermagem <b>(I.T.)</b>;            21- Demonstração de disponibilidade por parte do enfermeiro para ouvir e gerir emoções, bem como em ser contactado/a em caso de dúvidas <b>(I.A.A.)</b>.</p>	<p>- Enfermeiro/a do hospital de dia            - Local: sala de tratamentos</p>	<p>- Projeto de gestão da dor;            - Folheto informativo;            - Folha de encaminhamento para Centro de Saúde;            - Cartão de Contato do Serviço.</p>

Processo de Cuidados	Atividades	Recursos	Instrumentos
<p><b>5ª Fase:</b> <b>Avaliação das intervenções de enfermagem</b></p>	<p>22 - Validação com o adolescente e a família relativa à compreensão da informação transmitida (<b>I. C.</b>);                  23 - Estimulação da verbalização de dúvidas e medos (<b>I.A.A.</b>);                  24 – Avaliação dos resultados obtidos relativamente a cada diagnóstico de enfermagem (<b>I.T.</b>; <b>I.A.A.</b>);                  25 - Avaliação das expectativas do adolescente e da família perante a alta (<b>I.T.</b>; <b>I.A.A.</b>).</p>	<p>- Enfermeiros                  - Local:                  Hospital de Dia do Serviço de Cirurgia Pediátrica</p>	<p>- Inquérito de Satisfação.</p>

**Legenda: I.T.-** Intervenções Técnicas; **I.C.-** Intervenções de Coaching; **I.A.A.-** Intervenções de Alimento para a Alma

**(NOTA: Os Anexos deste documento correspondem a Apêndices já apresentados, pelo que, não consideramos necessário duplicá-los)**

## **8. ANEXOS**

**Anexo I-** Folha de Registo de Hospital de Dia

**Anexo II-** Folha de Colheita de Dados de Enfermagem no Hospital de Dia

**Anexo III-** Folha de Plano de Cuidados no Tratamento de Feridas

**Anexo IV-** Folheto Informativo “Cuidados ao Adolescente com Ferida por Excisão de *Sinus Pilonidalis*- Orientações Gerais”

**Anexo V-** Folha de Encaminhamento para o Centro de Saúde

**Anexo VI-** Questionário para Avaliação da Satisfação dos Cuidados de Enfermagem



**ANEXOS**



**Anexo I – Folha de Registo de Hospital de Dia**





**Departamento de Pediatria - Serviço de Cirurgia Pediátrica**  
**Folha de Registo de Hospital de Dia**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Nº Processo: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Nº Mec: \_\_\_\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Nº Mec: \_\_\_\_\_

Consulta Médica

Sessão

foi explicado procedimento aos pais

sim

60438 Aerossóis \_\_\_\_\_

não

Observação Médica: \_\_\_\_\_

Observação Enfermagem: \_\_\_\_\_

	Código	Designação do Procedimento	Qtd
<b>Procedimentos Gerais</b>	99220	Avaliação de sinais vitais (temperatura, pulso, tensão arterial, respiração e dor)	
	99230	Avaliação de tensão arterial	
	99240	Determinação glicémia capilar	
	80270	Oximetria de pulso	
	32010	Vigiar sem qualquer factor de risco	
	99340	Colheita urina asséptica em saco colector (Pediatria)	
	99335	Colheita de urina asséptica por sonda vesical (não inclui algaliação)	
	90273	Algaliação	
	51280	Anuscopia	
	61045	Treino de utilização de outras ajudas técnicas	

	Código	Qtd	Designação do Procedimento	Qtd
<b>Penso</b>	99170		Extracção de agrafes, incluindo penso simples	
	99160		Extracção de pontos incluindo penso simples	
	99140		Penso a lesão aberta sem infecção	
	99110		Penso a lesão aberta por exérese de quisto sacro-coccigeo	
	99120		Penso a lesão aberta por úlcera varicosa unilateral	
	99130		Penso a amputação com necrose (membro inferior ou dedos)	
	99150		Penso simples	
	79420		Drenagem de abscessos e hematomas	
	99142		Penso a lesão com infecção	
	39150		Limpeza cirúrgica de pequenas feridas	
	79430		Punção de hematomas subungueais	
	79610		Desbridamento úlceras cutâneas	

DEPARTAMENTO DE  
PEDIÁTRIA

Implementação em Jan 2010  
Actualização em Fev. 2014  
Portaria 20/2014

	Código	Designação do Procedimento	Qtd
<b>Técnicas Gerais</b>	99000	Exame clínico para fins médico-legais, com relatório	
	33330	Protocolo de intervenção integrada	
	99300	Recobro de exames	

	Código	Designação do Procedimento	Qtd
<b>Técnicas Especiais</b>	99320	Colocação de sonda nasogástrica	
	51370	Abertura e drenagem de abscesso anal	
	90285	Calibração ou dilatação da uretra	
	76240	Curetagem/remoção mecânica de lesões benignas	
	62120	Colocação de cateter venoso central provisório	
	62200	Desobstrução/trombólise de cateter central	
	48260	Destruição de lesão vaginal simples por electrocoagulação ou criocoagulação	
	90541	Destruição de lesões do pénis por agentes químicos	
	79420	Drenagem de abscessos e hematomas	
	39110	Drenagem de abscessos e hematomas	
	51510	Dilatação anal instrumental	
	48440	Dilatação da vagina após plastia vaginal	
	39080	Excisão e biópsia incisional de lesões da pele (fibromas, pequenos tumores, quistos sebáceos, verrugas, etc.)	
	37590	Frenectomia	
	39180	Frenectomia	
	90376	Instilação intravesical de fármacos (acresce o custo do fármaco)	
	Fármaco:	Dose:	
	90545	Redução manual de parafimose	
	62125	Remoção de cateter venoso central provisório	
	48150	Vulvoscopia	
	99325	Enema de limpeza	
	85130	Infiltração de partes moles (acresce apoio ecográfico, se aplicável)	
	99200	Injeção esclerosante de varizes	
	65270	Manutenção e heparinização de cateter com ou sem reservatório subcutâneo	
	65275	Manutenção e heparinização de cateter percutâneo	
	63690	Injeção de toxina botulínica em músculos de outros segmentos do corpo, incluindo músculos para-espinais e pavimento pélvico	
	90380	Punção/aspiração da bexiga por agulha	
	99350	Administração de fármacos em perfusão (acresce custo do fármaco)	
	Fármaco:	Dose:	

	Código	Designação do Procedimento	Qtd
<b>Manipulação/ Aplicação de Aparelhos, Cerrado/</b>	79230	Aplicação / Adaptação de coletes, calares, cintas ou talas (não inclui o custo dos aparelhos)	
	79250	Aplicação de bota de Una	
	79220	Aplicação de imobilizações gessadas	
	79190	Gessos funcionais	
	79260	Imobilização cruzado posterior	
	79270	Imobilização de Velpeau / Gendy	
	79585	Manipulação de malform. Congénita do pé, cada pé	
	79240	Imobilizações com ligadura elástica	
	79200	Remoção de imobilizações gessadas	

Serviço Executante: 2298 H.D. DE TECNICA CIRURGICA PEDIATRICA

Inserido a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ pela (o) Administrativa (o) \_\_\_\_\_ com o nº mec. \_\_\_\_\_  
Arquivado a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ no (a) \_\_\_\_\_.

**ANEXO II – Cartão de Contacto do Serviço**



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

*Departamento de Pediatria*  
*Serviço de Cirurgia Pediátrica, piso 8*

Tel. 21 780 52 20/1

Fax. 21 780 56 86

Av. Prof. Egas Moniz, 1649-035 Lisboa



## **APÊNDICE II**

Análise das Entrevistas Realizadas ao Adolescente





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Análise das Entrevistas Realizadas ao Adolescente**

Inserido no Estágio do Serviço de Cirurgia Pediátrica

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa  
Junho, 2014



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Análise das Entrevistas Realizadas ao Adolescente**

Inserido no Estágio do Serviço de Cirurgia Pediátrica

Docente Responsável:

- Maria de Lourdes Oliveira

Realizado por:

- Justa Granjo

Lisboa  
Junho, 2014



## ÍNDICE

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA .....	9
1. METODOLOGIA.....	10
2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	13
2.1. Caracterização da População Acessível .....	13
2.1.1. Idade .....	13
2.1.2. Género .....	14
2.1.3- Escolaridade .....	15
2.1.4. Proveniência.....	15
2.1.5. Religião .....	16
2.2. Caracterização do Problema de Saúde.....	16
2.3. Fatores Intervenientes na Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida .....	17
2.3.1. Fatores Relacionados com o Problema de Saúde .....	18
2.3.2. Fatores Relacionados com a Relação Terapêutica Enfermeiro/ Adolescente. ....	19
2.3.3. Fatores Relacionados com o Tratamento.....	25
2.3.4. Fatores Socioeconómicos e Culturais .....	29
2.3.5. Outros Fatores .....	31
3. CONCLUSÕES .....	33
4. SUGESTÕES .....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	36
APÊNDICES	
APÊNDICE I- Consentimentos	
APÊNDICE II- Guião de Entrevista	
APÊNDICE III- Pedido de Autorização para a Realização do Estudo	
APÊNDICE IV- Declaração “Compromisso Formalmente Assumido	
APÊNDICE V- Transcrição das Entrevistas	
ANEXOS	
ANEXO I- Autorização da Comissão de Ética	

ANEXO II- Autorização da Direção dos Serviços de Enfermagem

ANEXO III- Autorização da Direção do Departamento de Pediatria

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico nº1- Distribuição dos sujeitos segundo o Género .....	14
Gráfico nº 2- Distribuição dos sujeitos relativamente ao Ano de Escolaridade .....	15
Gráfico nº 3- Distribuição dos sujeitos segundo a Religião .....	16

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro nº 1- Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre a dificuldade em aceitar o problema de saúde .....	18
Quadro nº 2- Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre a facilidade em aceitar o problema de saúde .....	18
Quadro nº 3- Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre fatores relacionados com a relação terapêutica enfermeiro/ adolescente.....	22
Quadro nº 4- Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre fatores relacionados com o tratamento .....	28
Quadro nº 5- Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre fatores socioeconómicos e culturais.....	31
Quadro nº 6- Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre fatores outros fatores .....	32

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela nº 1- Distribuição dos sujeitos segundo a idade .....	14
Tabela nº 2- Distribuição dos sujeitos relativamente à Proveniência .....	15
Tabela nº 3- Distribuição dos sujeitos relativamente ao desejo de falar sobre o problema de saúde.....	16
Tabela nº 4- Distribuição dos sujeitos relativamente à idade em que o problema de saúde se manifestou .....	17
Tabela nº 5- Distribuição dos sujeitos relativamente à dificuldade em aceitar o problema de saúde.....	17



## **NOTA INTRODUTÓRIA**

No projeto de estágio um dos objetivos era “Identificar as dificuldades do adolescente na adesão ao regime terapêutico”. Para isso, propusemo-nos pesquisar os fatores facilitadores da adesão ao regime terapêutico no adolescente com ferida, bem como os fatores que contribuem para a não adesão, utilizando a metodologia de investigação.

## 1. METODOLOGIA

Planeámos um estudo **exploratório e descritivo**, com a finalidade de pesquisar e descrever o fenómeno: adesão ao regime terapêutico do adolescente com ferida. Utilizámos o método quantitativo na caracterização da população acessível e o método **qualitativo** na análise das respostas obtidas, no sentido de aumentar a fiabilidade dos dados e das conclusões a que cheguei. Não foi nossa pretensão produzir generalizações em quaisquer resultados dada a especificidade de cada sujeito mas, apenas a compreensão do fenómeno analisado.

A **população alvo** foi constituída por todos os adolescentes (com idades entre os 11 e os 18 anos) com ferida e suas famílias, que fossem referenciados ao Hospital de Dia do Serviço de Cirurgia Pediátrica. De acordo com Fortin (2009), a definição de população é fundamental para a seleção da população acessível, que constitui um subconjunto não aleatório da população alvo.

A **população acessível** foi constituída por: adolescentes submetidos a cirurgia para excisão de *sinus pilonidalis*, com recurso à técnica cirúrgica de método aberto ou marsupialização dos bordos e que estavam a ser atendidos, no pós-operatório, naquela instituição em regime de Hospital de Dia. Assim, a nossa população acessível foi constituída por seis adolescentes.

No que diz respeito à escolha da população acessível, foi necessário esclarecer os adolescentes e pais acerca dos objetivos do estudo, garantida a confidencialidade dos dados, obtendo o consentimento dos mesmos (Apêndice I), plenamente informados que podiam interromper a sua participação na investigação a qualquer momento e sem qualquer consequência.

Dado o estudo ser de características essencialmente qualitativas, optámos pela entrevista como instrumento de colheita de dados, por isso, construímos um guião de entrevista (Apêndice II), tendo por quadro de referência os estudos da OMS (2003) que defendem que a adesão ao regime terapêutico é um foco influenciado por múltiplos fatores que podem ser socioeconómicos e culturais; relacionados com a doença; relacionados com

os profissionais e com os serviços de saúde; relacionados com o tratamento/ terapêutica e/ ou relacionados com o cliente.

Na construção do guião de entrevista tivemos em conta os objetivos a atingir, colocando questões que dessem resposta a cada um dos fatores acima expostos. Na formulação das questões procurámos evitar a ambiguidade e atendemos à linguagem e ao nível cultural dos sujeitos, de modo a que estas se tornassem compreensíveis.

O guião de entrevista, bem como os consentimentos dirigidos aos adolescentes e aos pais foram submetidos à avaliação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE- Hospital de Santa Maria, que deu a autorização para aplicação dos mesmos (Anexo I).

Foi igualmente obtida autorização da Direção dos Serviços de Enfermagem da mesma instituição (Anexo II) e da Diretora do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria (Anexo III). Neste pedido de autorização (Apêndice III) estava incluído o pedido de realização de um questionário e respetivo pré-teste ao questionário, a aplicar aos enfermeiros do Departamento de Pediatria desta instituição, com o objetivo de realizar o diagnóstico de interesses e necessidades de formação relativas ao atendimento ao adolescente.

Dado que as entrevistas seriam feitas no Serviço de Cirurgia Pediátrica foi obtido o parecer favorável da Diretora do Serviço de Cirurgia Pediátrica e da Sr<sup>a</sup> Enfermeira Chefe do mesmo, que contribuíram para evitar complicações ou entraves à realização do estudo.

No que diz respeito ao questionário, realizámos o **pré-teste** no sentido de garantir a sua aplicabilidade e avaliar a sua exequibilidade face ao objetivo proposto. O pré-teste foi aplicado no Serviço de Cirurgia Pediátrica no mês de Janeiro de 2014, contrariando o planeado em cronograma, uma vez que a autorização necessária à sua aplicação apenas foi concedida nesse mês. O pré-teste permitiu verificar se todas as questões se adequavam à informação pretendida, se eram passíveis de várias interpretações e se seria demasiado extenso e de difícil preenchimento.

Após a aplicação do pré-teste, foi possível realizar algumas alterações no questionário que considerámos fundamentais para a obtenção de resultados viáveis. De uma forma consensual os indivíduos questionados consideraram algumas das questões passíveis a várias interpretações e não consideraram que fosse demasiado

extenso ou de difícil preenchimento. O questionário manteve as oito questões, sendo na sua totalidade questões fechadas.

Após o pré-teste e a elaboração das alterações daí decorrentes, aplicámos o questionário no mês de janeiro e fevereiro de 2014, nos serviços de Urgência de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, entregando-o diretamente à enfermeira responsável, que após devida autorização o distribuiu pelos enfermeiros, sendo-lhes dado a conhecer os objetivos, garantia de anonimato e proteção contra eventuais danos que pudessem resultar da pesquisa. Foi ainda referido que todos os dados seriam utilizados única e exclusivamente para o fim a que se destinavam (Apêndice IV).

O tempo de aplicação do questionário aos enfermeiros prolongou-se por uma semana em cada serviço devido à disponibilidade dos sujeitos da investigação.

As entrevistas aos adolescentes decorreram entre os meses de janeiro e fevereiro de 2014.

Para o tratamento dos dados do questionário utilizámos a estatística descritiva e para os dados das entrevistas a análise temática de conteúdo. Segundo Fortin (2009) a estatística descritiva trata da recolha, ordenação, classificação e análise do conjunto de dados obtidos através do questionário, enquanto a análise de conteúdo se baseia na escolha das unidades de registo, sua enumeração e posterior categorização, procedendo, no final, à análise dessas unidades por frequência.

A análise estatística dos resultados foi apresentada em tabelas e gráficos e a análise de conteúdo sob a forma de quadros, uma vez que estas formas de apresentação tornam a informação obtida mais compreensível.

## **2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a aplicação do questionário aos enfermeiros e consequente recolha dos dados realizámos a sua apresentação nos respetivos serviços e desenvolvemos documentos escritos para servir de suporte à formação desenvolvida posteriormente em cada um deles, com o objetivo de dar resposta às necessidades formativas identificadas.

Relativamente à análise das entrevistas realizadas aos adolescentes considerámos fundamental caracterizar a população acessível, utilizando as variáveis de caracterização. Foi ainda nossa pretensão, com a análise das entrevistas, atender aos objetivos específicos delineados anteriormente que passavam por identificar os fatores facilitadores da adesão ao regime terapêutico, compreender as dificuldades do adolescente na adesão ao regime terapêutico e identificar os fatores que influenciam a não adesão do adolescente ao regime terapêutico.

A apresentação dos resultados foi feita recorrendo a quadros onde omitiremos o local, data de realização e fonte por se referirem sempre aos dados da população acessível e que poderiam ser passíveis da sua identificação.

### **2.1. Caracterização da População Acessível**

Nas primeiras cinco perguntas da entrevista, obtivemos os resultados referentes à caracterização da população acessível em estudo e que passaremos a apresentar em seguida.

#### **2.1.1. Idade**

Relativamente à idade, como se pode verificar na Tabela nº 1, a população acessível apresenta, na sua maioria 16 anos, correspondente a 50% dos sujeitos. Assim, podemos verificar que a população adolescente atendida nesta unidade de

cuidados se distribui desde o início até ao final da adolescência, concentrando-se a maioria na adolescência média.

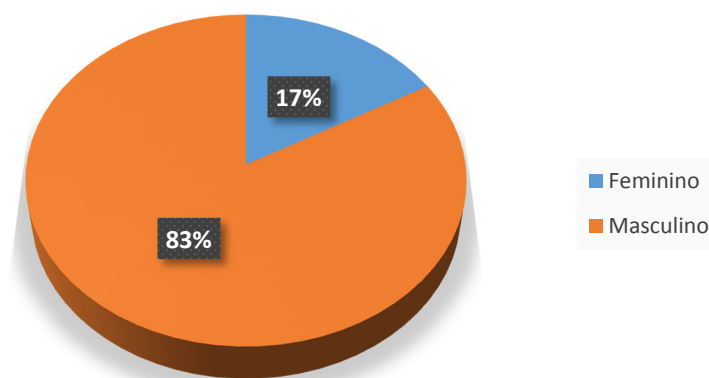
Tabela nº 1- Distribuição dos sujeitos segundo a idade

<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
14	1	16,67
16	3	50
17	2	33,33
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

### 2.1.2. Género

Tal como se verifica no Gráfico nº 1, a população é maioritariamente masculina, com uma percentagem de 83%, relativamente à feminina, apenas com 17%. No entanto, dado que a população acessível o estudo é pequena comparativamente com a população alvo, não se pode inferir qualquer diferença existente no que respeita ao género.

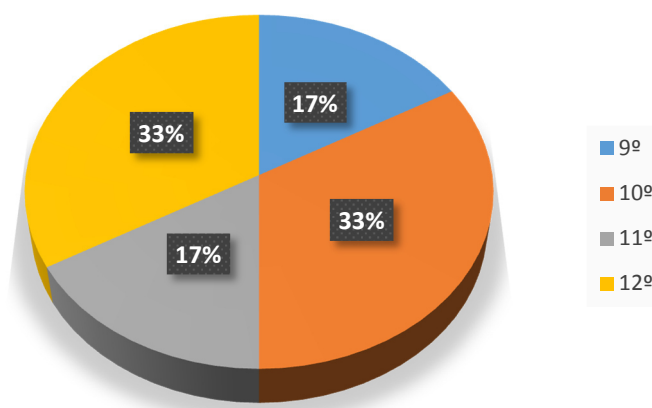
**Gráfico nº1-** Distribuição dos sujeitos segundo o Género



### 2.1.3- Escolaridade

Pelo que nos é dado a observar no Gráfico nº 2, o 10º e o 12º ano de escolaridade são os anos com maior percentagem de frequência (33,33%).

**Gráfico nº 2-** Distribuição dos sujeitos relativamente ao Ano de Escolaridade



### 2.1.4. Proveniência

Analisando a tabela nº 2 podemos constatar que os sujeitos se distribuem predominantemente no meio urbano com 83,33%. A instituição de saúde onde foram colhidos os dados abrange uma enorme área geográfica, não se podendo inferir quaisquer conclusões relativamente a este fator.

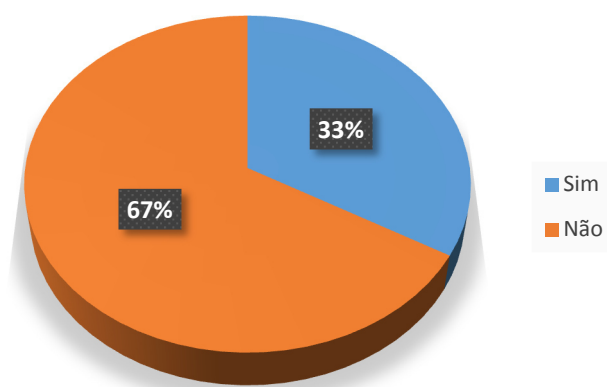
**Tabela nº 2-** Distribuição dos sujeitos relativamente à Proveniência

Proveniência	n	%
Meio Urbano	5	83,33
Meio Rural	1	16,67
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

### 2.1.5. Religião

Tendo em conta o Gráfico nº 3 podemos observar que existe predominância dos sujeitos que não professam nenhuma religião com 67%, em relação aos que referem ter uma religião com 33%.

**Gráfico nº 3-** Distribuição dos sujeitos segundo a Religião



### 2.2. Caracterização do Problema de Saúde

A população acessível demonstrou total disponibilidade e desejo de falar sobre o seu problema de saúde (100%).

**Tabela nº 3-** Distribuição dos sujeitos relativamente ao desejo de falar sobre o problema de saúde

<b>Desejo de falar sobre o problema de saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	6	100
Não	0	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Analisando a tabela nº 4 verificamos que o problema de saúde se manifestou aos 14 e 16 anos, com 33,33%, respetivamente.

**Tabela nº 4-** Distribuição dos sujeitos relativamente à idade em que o problema de saúde se manifestou

<b>Manifestação do problema segundo a Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
14	2	33,33
15	1	16,67
16	2	33,33
17	1	16,67
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Relativamente à dificuldade em aceitar o problema de saúde e atendendo à tabela nº 5, podemos destacar que 4 dos sujeitos não tiveram dificuldade, contrariamente aos 2 (33,33%) que verbalizaram ter dificuldade em aceitar o problema.

**Tabela nº 5-** Distribuição dos sujeitos relativamente à dificuldade em aceitar o problema de saúde

<b>Dificuldade em aceitar o problema</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	2	33,33
Não	4	66,67
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

### **2.3. Fatores Intervenientes na Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida**

Relativamente aos fatores intervenientes consideramos aqueles que poderiam intervir na pesquisa tendo em conta os objetivos delineados e a revisão sistemática da literatura que sustenta o enquadramento concetual deste trabalho. Deste modo, esses fatores podem ser de várias ordens e relacionam-se com o próprio cliente, com a doença, com os profissionais e com os serviços de saúde, com o tratamento/ terapêutica ou com razões de ordem socioeconómicas e culturais.

Assim, consideramos fundamental considerar esses fatores intervenientes para a análise do fenómeno em estudo.

### 2.3.1. Fatores Relacionados com o Problema de Saúde

Os dois sujeitos (33,33%) que verbalizaram ter tido dificuldade em aceitar o problema de saúde apontaram, no seu discurso, dois grandes motivos que contribuíram para essa dificuldade como sendo a rejeição dos pares e o medo dos procedimentos.

**Quadro nº 1-** Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre a dificuldade em aceitar o problema de saúde

<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Enumeração</b>
Rejeição pelos Pares	"... sempre tive aquele receio de aos olhos, de ficar diferente dos outros"	1
Medo dos Procedimentos	"... só tinha medo era da agulha na mão, era só o meu medo..."	1
	<b>Total</b>	2

Os restantes quatro sujeitos (66,67%) apontaram o alívio da sintomatologia como principal fator que contribuiu para não ter dificuldade em aceitar o problema de saúde.

**Quadro nº 2-** Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre a facilidade em aceitar o problema de saúde

<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Enumeração</b>
Alívio da Sintomatologia	"... senti-me aliviado, porque já tinha sido operado...e já sabia o que aquilo era."	1
	"... doía, inchava... e se rebentasse cheirava muito mal... muito mal..."	1
	"...porque eu já tinha tido um quisto anteriormente e sei que eles têm que ser removidos... por isso aceitei de forma boa."	1
	"estava na casa de banho, e ao limpar-me, vinha o papel com sangue"	1
	<b>Total</b>	4

### 2.3.2. Fatores Relacionados com a Relação Terapêutica Enfermeiro/ Adolescente

Com o intuito de identificar os fatores relacionados com o Sistema de Saúde/Profissionais de Saúde (OMS, 2003), decidimos analisar especificamente os fatores intervenientes e sensíveis à prática de enfermagem, nomeadamente a Relação Terapêutica Enfermeiro/Adolescente.

Procedemos à análise temática do conteúdo das respostas apresentadas no Quadro nº 3, onde destacamos como unidades de contexto: boa comunicação com o enfermeiro; informação clara e suficiente; sentir-se à vontade para colocar questões; orientação para os cuidados no domicílio; dificuldades sentidas pelo adolescente no cumprimento do Regime Terapêutico; facilidades sentidas pelo adolescente no cumprimento do Regime Terapêutico; estratégias utilizadas pelo adolescente para Melhorar o Conforto e sugestões para melhorar a Relação Terapêutica Enfermeiro/ Adolescente.

Assim, relativamente à unidade de contexto **boa comunicação com o enfermeiro**, com onze unidades de enumeração, observam-se quatro asserções que sustentam a “boa” relação enfermeiro/ adolescente. Estes resultados vêm confirmar que na relação terapêutica que estabelece o enfermeiro deve privilegiar a atitude de apoio e de compreensão empática, de modo a obter, por parte do adolescente, sentimentos de afetividade, confiança, suporte emocional e aceitação (Phaneuf, 2005).

No que refere à unidade de contexto **informação clara e suficiente**, com um total de sete unidades de enumeração, os adolescentes dão ênfase à qualidade da informação transmitida como “clara e suficiente” com duas asserções, correspondentes a 28,57%. Estes resultados sustentam mais uma vez a literatura dado que, Phaneuf (2005) defende que a comunicação verbal deve recorrer ao uso de termos que sejam compreendidos pelo adolescente que escuta, excluindo termos específicos e médicos, utilizando conceitos que não levem a várias interpretações, devendo ser dadas as explicações necessárias, adaptando o discurso de acordo com a reação do adolescente.

Na unidade de contexto **sentir-se à vontade para colocar questões**, num total de seis unidades de enumeração destacam-se duas asserções onde os sujeitos inquiridos responderam *“sim, não tinha muitas porque foi esclarecedora”*. Esta evidência veio sustentar que o enfermeiro deve criar um clima de confiança na relação terapêutica, favorecendo a expressão das necessidades, desconforto e emoções, promovendo a adaptação à situação. Pois tal como defende a OE (2010) o enfermeiro deve procurar que o adolescente aponte os problemas e reflita sobre eles, sendo apoiado e motivado a fazer as suas próprias escolhas e mudanças de atitude.

Relativamente à unidade de contexto **orientação para os cuidados a ter no domicílio**, num total de seis unidades de enumeração salienta-se que 100% dos sujeitos reforçam a intervenção de enfermagem no que se refere à preparação para a alta. Esta preparação para a alta assenta no pressuposto de que se pratica uma filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) e que o foco dos cuidados de enfermagem é a família uma vez que o enfermeiro capacita e empodera não só o adolescente mas também envolve e desenvolve parceria com a família, apoiando-a *“no seu papel de prestação natural de cuidados e de tomada de decisão”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11). A preparação para a alta inicia-se no momento do acolhimento e avaliação inicial de enfermagem, quando, através da entrevista, o enfermeiro conhece a estrutura familiar e a interação entre cada elemento da mesma, bem como objetivos, necessidades de suporte, informação e prestação de serviços, para além de estratégias de  *coping* usadas em situação de crise (Hockenberry & Wilson, 2014).

**As dificuldades sentidas pelo adolescente no cumprimento do Regime Terapêutico** foi outra das unidades de contexto definidas, com nove unidades de enumeração, salientando-se o *“ter que pedir sempre a alguém”* e o *“não poder fazer exercício físico quase nenhum”* com duas asserções cada. Para cuidar do adolescente com ferida é essencial que o enfermeiro promova a adesão ao regime terapêutico para, por um lado, otimizar a cicatrização da ferida (evitando pressão sobre a ferida operatória e prevenção da infeção da mesma) e, por outro, otimizar as escolhas do adolescente, relativas à adoção de comportamentos promotores de saúde (promover o autocuidado e a autoestima). Assim, as estratégias comportamentais e educacionais implementadas no projeto de intervenção de enfermagem proposto são essenciais à promoção da Adesão ao Regime Terapêutico. Pois como defende a OE (2003, p. 89)

“a educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não só precisam de ser informados como precisam de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida”.

Na unidade de contexto **facilidades sentidas pelo adolescente no cumprimento do Regime Terapêutico**, os sujeitos entrevistados distribuem-se uniformemente, havendo apenas uma unidade de enumeração para cada unidade de registo apontada. É de notar que um dos adolescentes referiu como facilidade o “*estar deitada foi ótimo*” que poderá ir de encontro aos resultados da investigação recente que apontam para uma diminuição da prática da atividade física e desporto a par da evolução das novas tecnologias de informação, levando à adoção de estilos de vida sedentários e, conseqüentemente, a um aumento dos riscos para a saúde dos adolescentes (HBSC/OMS, 2006 e 2010).

Por outro lado, um outro adolescente referiu que “*a parte do [não] sentar não me chateia muito*” o que me poderá levar a pensar que, ao contrário do acima exposto, ainda há uma amostra de população adolescente que se mantém ativa. É claramente óbvio que o número limitado de entrevistas realizadas não permitem realizar qualquer generalização.

No que refere à unidade de contexto **estratégias utilizadas pelo adolescente para melhorar o conforto**, com quatro unidades de enumeração, dois verbalizaram os “*videojogos*” como estratégias de distração. Maria do Carmo China (2011) na sua dissertação de mestrado relativa à “Atividade Física, Desporto e Lazer na Adolescência”, construiu um grupo de indicadores que, no seu conjunto, permitiram esboçar uma leitura dos estilos de vida dos alunos relativamente à atividade física, desportiva e hábitos de lazer, de uma amostra de 139 alunos com idades compreendidas entre os 12 e 18 anos, do 8º e 9º anos de escolaridade de um Agrupamento de Escolas, sediado no Concelho da Amadora. A autora constatou que os resultados obtidos foram consistentes com os já publicados em 2006 (pela equipa Aventura Social) e apontavam para uma diminuição da atividade física, aumento do sedentarismo e preenchimento das horas de lazer com atividades relacionadas com a visualização de televisão, internet e videojogos.

Finalmente, na unidade de contexto **sugestões para melhorar a Relação Terapêutica Enfermeiro/ Adolescente**, com sete unidades de enumeração, 100% dos sujeitos referiram que não tinham sugestões a apontar. Este resultado poderá estar enviesado uma vez que a autora da investigação foi também a enfermeira que implementou o projeto e que estabeleceu a relação terapêutica a que os adolescentes se referiram.

**Quadro nº 3-** Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre fatores relacionados com a relação terapêutica enfermeiro/ adolescente

<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Enumeração</b>
Boa Comunicação com o Enfermeiro	“Não tenho razão de queixa. Correu tudo bem.”	1
	“eles eram simpáticos e competentes”	1
	“foi boa... começou bem porque começamos também por nos apresentar e isso...”	1
	“começamos primeiro por falar, por exemplo, os cuidados que eu ia ter... como é que se passou...quando é que comecei a dar mais por isto...”	1
	“...fiquei bem, não fiquei muito preocupado depois”	1
	“foi uma boa comunicação, é preciso que o enfermeiro tenha um bom humor com o paciente”	1
	“os enfermeiros envolvem-se um bocado também com o paciente, quase que sentem o que ele sente”	1
	“os pacientes quando sabem que alguém os percebe eles sentem-se muito melhor e vão para casa mais felizes”	1
“foi boa, foi... é esclarecedora... às minhas dúvidas e... tudo”	1	
“foi muito boa, sem dúvida”	1	
<b>Sub-total</b>		<b>11</b>
Informação Clara e Suficiente	“foi, foi até mais que suficiente”	1
	“sim, foi clara e suficiente”	2
	“A informação foi clara e fui bem esclarecida”	1
	“Sim, disseram-me os cuidados que tinha que ter, o tempo provável para a recuperação que ia ser, que provavelmente como isto é a adolescência e por causa da	1

	escola se calhar alguns alunos iam-me começar a chatear por isso... começaram pronto a dizer já o que podia ou ia acontecer, os cuidados que tinha que ter e isso.”	
	“Sim, soube sempre o que é que se passava”	1
	“Sim, não houve dúvidas... não tive dúvidas...”	1
	<b>Sub-Total</b>	<b>7</b>
Sentir-se à vontade para colocar questões	“Senti, claro! (...) então perguntei logo o que tinha a perguntar.”	1
	“Sim, não tinha muitas porque foi esclarecedora”	2
	“sim, desde a primeira consulta”	1
	“sim”	1
	“Sim, mas sinceramente não precisei...”	1
	<b>Sub-Total</b>	<b>6</b>
Orientação para os cuidados a ter no domicílio	“Fui muito bem orientado”	1
	“Sim”	5
	<b>Sub-Total</b>	<b>6</b>
Dificuldades sentidas pelo adolescente no cumprimento do Regime Terapêutico	“No início foi um bocadinho difícil, foi... porque não podia fazer certas coisas...”	1
	“tinha de pedir sempre a alguém”	2
	“O pior foi a almofada, porque... não sei...era complicado”	1
	“... mais na escola, depois estavam-me sempre a perguntar: Ah porque é que andas com a almofada atrás?”	1
	“não poder fazer exercício físico quase nenhum”	2
	“às vezes esqueço-me de tomar os antibióticos”	1
	“foi mais o não poder sentar”	2
	<b>Sub-Total</b>	<b>9</b>
Facilidades sentidas pelo adolescente no cumprimento do Regime Terapêutico	“acho que correu tudo como planeado”	1
	“estar deitada foi ótimo”	1
	“a parte do [não] sentar não me chateia muito”	1
	<b>Sub- Total</b>	<b>3</b>

Estratégias utilizadas pelo adolescente para Melhorar o Conforto	“meti a almofada dentro de uma mochila e andava com duas mochilas [na escola]”	1
	“tentei-me distrair com outras coisas... falar com as pessoas... videogames...”	1
	“eu estou um bocadinho ligado à música... a tocar guitarra ou a jogar jogos”	1
	“estar o menos tempo possível sentado, só numas determinadas posições, para não pressionar...”	1
	<b>Sub- Total</b>	<b>4</b>
Sugestões para melhorar a Relação Terapêutica Enfermeiro/ Adolescente	“eu acho que nada! Assim está muito bem!”	1
	“[a atitude] é correta, muito correta mesmo”	1
	“melhorar? Não”	2
	“acho que não precisa de mais”	1
	“eu não estava à espera de calhar com uma equipa tão boa”	1
	“foi ótima... não tenho defeitos a apontar”	1
	<b>Sub- Total</b>	<b>7</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>53</b>

Média de nove asserções por sujeito

Com estes resultados podemos constatar que a boa comunicação com o enfermeiro é um dos principais fatores facilitadores da adesão ao regime terapêutico do adolescente com ferida.

As principais dificuldades sentidas pelo adolescente com ferida no cumprimento do regime terapêutico prenderam-se com o estigma sentido por não poder sentar e usar um dispositivo adaptado (almofada) para diminuir a pressão no local da ferida operatória, a dependência de um cuidador (mãe/ pai ou familiar próximo) para realizar a higiene pessoal, bem como a restrição da atividade física ou mesmo não poder sentar. Não se chegou a qualquer conclusão relativamente às facilidades sentidas pelo adolescente no cumprimento do regime terapêutico, no entanto, pudemos constatar que os sujeitos entrevistados são resilientes e procuram perante as

adversidades adequar estratégias que lhes permitam melhorar a sua qualidade de vida e da sua família, mesmo em momentos de maior desconforto.

### 2.3.3. Fatores Relacionados com o Tratamento

Para perceber como é que o tratamento influenciou positiva ou negativamente a adesão ao regime terapêutico, procedemos à análise das respostas apresentadas no Quadro n.º 4, onde destacamos como unidades de contexto: dor, fatores que perturbaram o adolescente durante o tratamento, preservação da privacidade do adolescente e sugestões para melhorar o atendimento.

Na unidade de contexto **dor**, com seis unidades de enumeração, 66,67% referiram que não tiveram dor, no entanto 16,67% descreveram a sua dor do seguinte modo: *“lembro-me de no primeiro penso eu estar a morder a almofada e a agarrar-me à cama... para aguentar a dor”*. Outro sujeito, 16,67%, referiu sentir dor nalgum momento específico do tratamento, como por exemplo, quando *“o que me doeu foi tirar os pontos”*.

Apesar de mais de metade da população acessível ter sido alvo de uma gestão adequada da dor (66,67%), outros ainda a manifestaram o que nos leva a considerar que apesar de se avaliar sistematicamente a dor recorrendo ao uso de escalas de dor (neste caso a numérica) pré e intra procedimento, as intervenções não farmacológicas e farmacológicas implementadas nestes casos foram ineficazes, o que pressupõe que a avaliação da dor pós-tratamento foi também descurada. O EEESCJ tem como competência fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do adolescente, otimizando as respostas, como tal, “aplica conhecimentos sobre saúde do jovem, gere medidas farmacológicas do combate à dor e aplica conhecimentos em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (OE, 2010, p. 4). Neste sentido, e apesar de no serviço, existir um projeto transversal ao departamento de Pediatria, intitulado, “Dor-5º Sinal Vital”, pretendemos propor a elaboração de um protocolo multidisciplinar para analgesia/ sedação vígil em procedimentos dolorosos, como é o caso da realização de pensos a feridas cirúrgicas, traumáticas ou queimados, a implementar em regime de Hospital de Dia.

Relativamente à unidade de contexto **fatores que perturbaram o adolescente durante o tratamento**, com seis unidades de enumeração, 33,33% dos sujeitos referiu *“foi a dor para retirar os pontos”*, por outro lado, 16,67% apontou o tempo de recuperação, a par de outros 16,67% que referiu *“ter medo de ir à casa de banho, para não rebentar os pontos”*.

Nesta situação e, apesar das medidas não farmacológicas implementadas como o diálogo, a imaginação guiada e a massagem, a gestão da dor durante o procedimento seria mais eficaz quando associada a medidas farmacológicas. Do mesmo modo, a desmistificação de ideias pré-concebidas e clarificação de conceitos e respetivos significados, bem como o apoio emocional (através da expressão das emoções, inculcar esperança, ouvir e ajudar no plano de recuperação) foram intervenções a não descurar no sentido de diminuir os fatores negativos relativos ao tratamento que possam afetar a adesão ao regime terapêutico.

No que refere à unidade de contexto **preservação da privacidade do adolescente**, com um total de dezoito unidades de enumeração, 33,33% referiu que o número de pessoas presentes durante o tratamento era a ideal, sendo que 22,22% salientou a existência de uma cortina que mantém a privacidade do adolescente enquanto se prepara para o tratamento. É ainda importante apontar que 5,56% referiu a importância de manter a porta fechada, bem como outros 5,56% salientaram a necessidade de prévio consentimento e explicação de todos os procedimentos a realizar.

No sentido de promover a rápida cicatrização da ferida cirúrgica e aceitar o facto de que tem de realizar com regularidade pensos que, pela sua localização (região sagrada), implica exposição do corpo, destacamos, tal como os sujeitos apontaram, o respeito e a proteção da intimidade e privacidade do adolescente como problema ético a considerar. Assim, atendendo ao artigo 86º do Código Deontológico do Enfermeiro, devemos respeitar a privacidade e intimidade do adolescente, protegendo-o da intromissão de terceiros. Como tal, importa atender a questões como:

- ✓ Utilizar um tom de voz adequado nos diálogos, adotando uma comunicação eficaz, explicando honestamente cada etapa dos procedimentos no sentido de obter menores níveis de ansiedade e maior capacidade de colaboração;

- ✓ Esclarecer a informação e desmistificar os medos, dúvidas e angústias, de modo a facilitar a tomada de decisão;
- ✓ Adotar a relação de ajuda para chegar a conhecer o adolescente;
- ✓ Respeitar a necessidade de privacidade do adolescente;
- ✓ Não ridicularizar as preocupações ou descontroles emocionais do adolescente;
- ✓ Esclarecer qualquer dúvida relativamente aos resultados esperados e realização de procedimentos;
- ✓ Permitir a presença consentida (por parte do adolescente) dos pais/pessoa significativa durante a realização de pensos;
- ✓ Limitar a exposição do corpo do adolescente de forma desproporcionada, isto é, só expor o estritamente necessário à realização do procedimento;
- ✓ Utilizar sempre as cortinas no sentido de proteger a sua intimidade (para isso foi colocada na sala de tratamentos muito recentemente uma cortina para esse efeito);
- ✓ Ter em atenção a presença de profissionais ou estagiários durante o procedimento.

Na unidade de contexto **sugestões para melhorar o atendimento**, com seis unidades de enumeração, 50% dos sujeitos verbalizou a necessidade de *“melhorar o tempo de espera pelo tratamento”*. No entanto, 16,67% referem que *“acho que não seja preciso melhorar alguma coisa”* e 33,33% valorizam a marcação do horário de tratamento de acordo com a disponibilidade do adolescente.

Segundo a DGS (2013) a política de saúde do adolescente assenta em quatro princípios basilares:

1. Respeitar os direitos dos adolescentes contemplados na Carta dos Direitos da Criança (Organização das Nações Unidas, 1959);
2. Os Serviços de Saúde devem responder às necessidades de saúde dos adolescentes de um modo integrado, acessível e eficiente, num ambiente adequado;
3. Deve garantir-se a confidencialidade e promover a autonomia para a tomada de decisão responsável pela sua saúde;
4. Garantir o acesso aos Serviços da Saúde gratuito a toda a idade Pediátrica.

**Quadro nº 4-** Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre fatores relacionados com o tratamento

<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Enumeração</b>
Dor	“foi um bocadinho...mas acho que foi uma dor suportável até”	1
	“não”	4
	“o que me doeu foi tirar os pontos”	1
	“ao início foi, lembro-me de no primeiro penso eu estar a morder a almofada e a agarrar-me à cama... para aguentar a dor”	1
	<b>Sub-Total</b>	<b>6</b>
Fatores que perturbaram o adolescente durante o tratamento	“foi mesmo a dor”	1
	“ter medo de ir à casa de banho, para não rebentar os pontos”	1
	“foi a dor para retirar os pontos”	2
	“foi mais o tempo de recuperação”	1
	“foi só o hábito de me sentar...é que não estava habituado...”	1
	<b>Sub- Total</b>	<b>6</b>
Preservação da Privacidade do Adolescente	“(...) havia sempre duas pessoas na sala, para mim era o ideal”; “é o suficiente”	6
	“eu preferi [que a família] entrasse e entraram”	1
	“acho muito bem a cortina”	4
	“não falou com mais ninguém (...) apenas comigo e com o encarregado de educação presente”	1
	“fechou a porta para ninguém ver”	1
	“não falamos disto em mais nenhum lado”	1
	“sempre estive calmo, nunca foi muita confusão lá dentro [na sala de tratamentos]”	1
	“Já estava completamente à vontade ali... não me fazia diferença nenhuma elas irem ver [mãe ou avó]”	1
	“explicarem-me as coisas que me estavam a fazer ajudou imenso... também só com o consentimento é que fizeram as coisas”	1
	“teve respeito”	1
		<b>Sub- Total</b>
	“o tempo de espera pelo tratamento”	3
	“acho que não seja preciso melhorar alguma coisa”	1

Sugestões para melhorar o Atendimento	“[o horário das marcações] tinha que ser consoante eu podia”	2
	<b>Sub- Total</b>	<b>6</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>36</b>

Média de seis asserções por sujeito

#### 2.3.4. Fatores Socioeconómicos e Culturais

Será que a situação socioeconómica e cultural do adolescente com ferida e família influencia a adesão ao regime terapêutico? Partindo desta questão passaremos a analisar os resultados das entrevistas aos adolescentes.

Assim, de acordo com o Quadro nº 5, expõe-se a opinião dos sujeitos relativamente à aceitação pelos pares, aceitação familiar e custos económicos.

No que diz respeito à unidade de contexto **aceitação pelos pares**, com um total de nove unidades de enumeração, 33,33% referem ser alvo de comentários menos positivos por parte dos colegas, enquanto 44,44% foram muito bem aceites pelos pares, existindo um espírito de compreensão e solidariedade: *“eles vinham cá visitar-me”*.

Nesta etapa do desenvolvimento o adolescente procura obter autonomia quer emocional e cognitiva, quer comportamental. Assim sendo, sente necessidade de desenvolver independência nos relacionamentos que estabelece com os pares dada a necessidade de ser único e individual. No entanto, numa situação de resolução de um problema de saúde o adolescente depara-se com a necessidade de se adaptar às alterações corporais e simultaneamente à necessidade de se sentir útil para os outros e de se sentir valorizado perante a sociedade (Simões, 2007).

Assim, a presença de uma ferida no adolescente, dependendo do subestadio de desenvolvimento em que se encontra e as necessidades de conforto que necessita ver satisfeitas (como a alteração da imagem corporal, a perda de controlo e independência, a restrição das atividades, a rejeição dos pares, a exclusão do grupo e o medo da morte) pode comprometer o desenvolvimento saudável.

Relativamente à unidade de contexto **aceitação familiar**, 100% dos sujeitos verbalizaram a boa aceitação da situação por parte da família, bem como o apoio manifestado na recuperação.

No intuito de humanizar cada vez mais o cuidar em enfermagem (Apolinário, 2012), a filosofia de cuidados centrados na família, considera a família como o foco dos cuidados apoiando-se nas seguintes premissas: o adolescente é parte integrante do sistema familiar e a família é constante na vida do adolescente, enquanto os sistemas de suporte flutuam espaço-temporalmente dentro do sistema familiar (Hockenberry & Wilson, 2014).

Neste sentido, o enfermeiro deve conhecer a família e suas capacidades para fazer face às adversidades, respeitar a diversidade cultural da família e reconhecer diferentes métodos de empoderamento, partilhando a informação de acordo com o tipo de família e grau de compreensão (Hockenberry & Wilson, 2014). Porém, é importante que o enfermeiro trabalhe em parceria com os elementos significativos e que tenham com o adolescente um envolvimento e disponibilidade no sentido de promover a coesão familiar, funcionando como fatores protetores, o que aumenta a adesão ao regime terapêutico.

Os **custos económicos** foi outra das unidades de contexto definidas, com oito unidades de enumeração, salientando-se a unidade de *registo* “*foi algum gasto de gasolina*”, “*nas deslocações*”, com três asserções, correspondente a 37,5%. Por outro lado 25% dos sujeitos referiram que “*não afetou*”.

Nesta situação em concreto, os custos apontados diziam respeito apenas às deslocações uma vez que, por serem adolescentes (ainda considerados em idade pediátrica), se encontravam isentos de pagamento de serviços e os custos relativos ao material de penso utilizado, era suportado pela instituição de saúde. Infelizmente, pela minha experiência, esta política de gratuidade relativa aos serviços de saúde é tendencialmente mais restritiva, uma vez que os serviços são cada vez mais recompensados monetariamente pelas administrações hospitalares se diminuïrem os custos e aumentarem a produtividade.

**Quadro nº 5-** Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre fatores socioeconómicos e culturais

<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Enumeração</b>
Aceitação pelos pares	“eles vinham cá visitar-me”	2
	“eles apoiaram-me bastante (...) para não me sentir sozinha”	1
	“ao início eles...pronto gozam, gozam não digo, mas chateiam-nos um bocado com a situação”; “umas piadinhas do costume mas, sem problema”	3
	“mas eles acabam todos por aceitar, acabam todos por perceber a situação”	2
	“a maior parte da turma aceitou aquilo maduramente”	1
	<b>Sub-Total</b>	<b>9</b>
Aceitação Familiar	“reagiu bem”	1
	“ajudavam também... a tomar banho (...) levar o pequeno-almoço e almoço à cama”	1
	“ajudavam”; “colaboravam comigo”; “apoiaram”	4
	“ajudava também as brincadeiras com a família sobre isto”	1
	<b>Sub- Total</b>	<b>7</b>
Custos Económicos	“foi algum gasto de gasolina”; “ nas deslocações”	3
	“foi almofada que tivemos que pagar por ela”	1
	“o parquímetro no hospital”	1
	“não afetou”	2
	“sim, os antibióticos e isso...”	1
		<b>Sub- Total</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>24</b>

Média de quatro asserções por sujeito

### 2.3.5. Outros Fatores

No intuito de perceber se existiam outros fatores que pudessem ser apontados pelos adolescentes como facilitadores ou impeditivos à adesão ao regime terapêutico, destacou-se como unidade de contexto a **qualidade dos cuidados de enfermagem**

**prestados**, tal como se pode observar no Quadro nº 6. Assim, com um total de seis unidades de enumeração, 33,33% referiram *“está tudo dito”*, enquanto os restantes 66,67% realçaram o bom humor, a confiança, a qualidade do tratamento e o *“não há críticas a apontar”*, com uma asserção cada.

**Quadro nº 6-** Distribuição das unidades de registo relativamente à opinião sobre fatores outros fatores

<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Enumeração</b>
Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Prestados	“gostava de salientar que o tratamento foi muito bom”	1
	“o bom humor é essencial no cuidado com as crianças e connosco adolescentes”	1
	“se tivermos confiança e calma tudo corre bem e é como se não fossemos lá estar com amigos...”	1
	“Está tudo dito”	2
	“Não há críticas a apontar”	1
	<b>TOTAL</b>	<b>6</b>

Média de uma asserção por sujeito

### **3. CONCLUSÕES**

Ao terminar o presente estudo considerámos que foi possível atingir o objetivo definido nomeadamente no que diz respeito à compreensão do fenómeno, podendo apenas inferir alguns resultados única e exclusivamente para os sujeitos da população acessível definida.

Podemos ainda afirmar que se verificou, neste pequeno estudo, o que tem vindo a ser defendido pela OMS (2003) relativamente à influência multifatorial da adesão ao regime terapêutico.

Consideramos que a consciencialização dos enfermeiros para o fenómeno da adesão ao regime terapêutico em geral e para o cuidar do adolescente com ferida e família, em particular, poderá transformar positivamente a abordagem de enfermagem no futuro.

Pela natureza do fenómeno tentámos, desde a definição do problema até à análise e apresentação dos resultados, atender aos princípios éticos como o consentimento informado, o respeito pelo sujeito da investigação, o direito ao anonimato, à confidencialidade e à proteção dos dados e finalmente a um tratamento justo e equitativo.

No desenvolvimento do estudo, encontrámos algumas limitações que se relacionaram como o tamanho reduzido da população acessível e como o tempo escasso, uma vez que estivemos a realizar em simultâneo a nossa atividade profissional e deparámo-nos com a dificuldade em conciliar horários com as rotinas familiares.

Relativamente à caracterização da população acessível salientamos a predominância da adolescência média (16 anos) correspondente a 50%, maioritariamente do género masculino, a frequentar entre o 10º e o 12º anos de escolaridades, de proveniência urbana (83,33%) e sem religião (67%).

O aparecimento do problema de saúde ocorreu aos 14 e 16 anos, na sua maioria, e 33,33% têm dificuldade em aceitar o problema, comparativamente com 66,67% que não manifesta dificuldade em aceitar o problema de saúde.

Dando resposta ao objetivo delineado, **Identificar as dificuldades do adolescente na adesão ao regime terapêutico**, salientamos os seguintes resultados:

- o estigma sentido por não poder sentar e usar um dispositivo adaptado (almofada) para diminuir a pressão no local da ferida operatória (22,22%);
- a dependência de um cuidador (mãe / pai ou familiar próximo) para realizar e colaborar na higiene pessoal (22,22%);
- a restrição da atividade física ou mesmo não poder sentar (22,22%).

## 4. SUGESTÕES

Ao concluir este estudo considerámos pertinente formular algumas sugestões e apresentá-las, contribuindo para o desenvolvimento de trabalhos de investigação que promovam o crescimento científico da Enfermagem e a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

No seguimento deste raciocínio, sugerimos:

- Divulgar os resultados deste estudo no Serviço onde foi realizado;
- Publicar em revistas da especialidade, de forma a dar a conhecer alguns dos resultados e consciencializar todos os enfermeiros para a abordagem ao adolescente com ferida e família;
- Elaborar um projeto de intervenção em Enfermagem partindo do fenómeno estudado como plano de melhoria de qualidade dos cuidados;
- Implementar no serviço esse projeto, avaliar os resultados e divulgá-los no Serviço.
- Propor junto da responsável de formação do serviço, chefe dos serviços de enfermagem e diretor clínico a realização de um protocolo multidisciplinar para a gestão do controlo da dor em procedimentos dolorosos, a implementar no Hospital de Dia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apóstolo, J.L.A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. II Série (9) 61-67.

Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (2009). *Prevenção de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápido* (European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, Trad.). Lisboa: Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. (Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide, 2009).

Baranoski, Sharon (2006). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas: Princípios Práticos*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-03-8.

Costa (2005). *Dicionário de Termos Médicos*. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-05281-3.

China, Maria do Carmo Alves (2011). *Atividade física, desporto e lazer na adolescência*. Faculdade de Educação Física e Desporto. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Tese de Mestrado. Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

European Wound Management Association (EWMA) (2005). *Position Document: Identifying criteria for wound infection*. London: MEP Ltd.

European Wound Management Association (EWMA) (2010). Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. London: *Journal of Wound Care*. vol 19. n.º 6.

- European Wound Management Association (EWMA) (2013). Antimicrobials and Non-healing Wounds: Evidence, controversies and suggestions. London: *Journal of Wound Care*. vol. 22 . n.º 5.
- Hockenberry & Wilson (2011). Wong's nursing care of infants and child. 9<sup>th</sup> ed. Mosby: USA. ISBN 978-0-323-06912-0.
- Hockenberry & Wilson (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9<sup>a</sup> edição. Loures: Lusociência ISBN 978-989-748-004-1.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ®). (Obra original publicada em 2008). ISBN: 978-989-96021-1-3.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978- 989-96021-9-9.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. I Volume. "Cadernos da OE". Número 3, Série 1.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- Riley (2012). *Communication in Nursing*. Elsevier, Mosby. 7<sup>th</sup> ed. ISBN: 978-0-323-083.
- Rocha, M.J. (2006). *Feridas- Uma Arte Secular- Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas*. Minerva, Coimbra.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2003). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5<sup>a</sup> ed.)*. Loures: Lusociência.
- Trott (2009). *Feridas e Lacerações: Cuidados de emergência e encerramento*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-17-8.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- Wounds International (2012). *International consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review*. London: Wounds International. Disponível em: <http://www.woundsinternational.com>.





**APÊNDICE I - Consentimentos**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida- Contributo do Cuidador**

Está em curso um projeto para criação de um programa de melhoria da qualidade dos cuidados relativo ao atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família, em que se procura analisar os fatores que podem contribuir para uma melhor adesão ao tratamento.

Neste sentido, a colaboração do seu filho(a) é da maior importância.

-----  
No âmbito do projeto de intervenção do Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediatria, realizado por Maria Justa Pinto Granjo (enfermeira do CHLN- HSM, aluna da Escola Superior de Enfermagem), sob orientação da Professora Doutora Maria de Lourdes Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), eu

.....  
....., declaro que autorizo a participação do(a) meu(minha) ..... filho(a) ..... no estudo sobre adolescentes com ferida.

Tenho conhecimento de que os dados recolhidos durante este trabalho serão estritamente confidenciais, sendo utilizados apenas para fins de investigação e de que a participação do meu (minha) filho (a) será voluntária, podendo interromper este consentimento a qualquer momento e sem qualquer consequência.

Lisboa, ..... de ....., de 20...

.....  
(Assinatura)



---

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida- Contributo do Cuidador**

Está em curso um projeto para criação de um programa de melhoria da qualidade dos cuidados relativo ao atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família, em que se procura analisar os fatores que podem contribuir para uma melhor adesão ao tratamento.

Neste sentido, a sua colaboração é da maior importância.

-----  
No âmbito do projeto de intervenção do Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediatria, realizado por Maria Justa Pinto Granjo (enfermeira do CHLN- HSM, aluna da Escola Superior de Enfermagem), sob orientação da Professora Doutora Maria de Lourdes Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), eu ....., estou disposto(a) a participar no estudo sobre adolescentes com ferida.

Tenho conhecimento de que os dados recolhidos durante este trabalho serão estritamente confidenciais, sendo utilizados apenas para fins de investigação e de que a minha participação será voluntária, podendo interromper este consentimento a qualquer momento e sem qualquer consequência.

Lisboa, ..... de ....., de 20...

-----  
(Assinatura)



**APÊNDICE II - Guião de Entrevista**



# **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

## **GUIÃO DE ENTREVISTA**

**MARIA JUSTA PINTO GRANJO**

**LISBOA**

**2013**

**TEMA:** *Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida*

*- Contributo do Cuidador*

**Objetivos:**

- 1- Identificar os fatores facilitadores da adesão ao regime terapêutico.
- 2- Compreender as dificuldades do adolescente na adesão ao regime terapêutico.
- 3- Identificar os fatores que influenciam a não adesão do adolescente ao regime terapêutico.

## QUESTÕES

1. Idade: \_\_\_\_ (em anos completos)
2. Sexo: F  M
3. Escolaridade \_\_\_\_\_
4. Meio Rural  Meio Urbano
5. Religião \_\_\_\_\_
  
6. Gostarias de falar um pouco sobre o teu problema de saúde? Que idade tinhas quando se manifestou esse problema? Foi difícil aceitar?
  
7. Como foi a comunicação estabelecida com o enfermeiro que te prestou os cuidados? A informação dada foi clara e suficiente? Sentiste-te à vontade para fazer perguntas? Foste orientado para os cuidados a desenvolver em casa? Que dificuldades tiveste em seguir as orientações do enfermeiro? Gostarias de salientar algum aspeto para melhorar essa relação?
  
8. Do teu ponto de vista tratamento foi muito doloroso? Gostarias de referir o que mais te perturbou? O enfermeiro teve em conta a tua privacidade? Havia várias pessoas na sala de tratamentos? O que gostarias que fosse melhorado?
  
9. Depois da cirurgia, como foste aceite pelos teus amigos? E pela tua família? O tratamento comportou custos económicos? Gostarias de referir alguns?
  
10. Gostarias de acrescentar mais alguma coisa?



**APÊNDICE III - Pedido de Autorização para a Realização do Estudo**



**Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Diretora  
do Centro Hospitalar Lisboa Norte- Hospital de Santa Maria**

Maria Justa Pinto Granjo, enfermeira do Serviço de Cirurgia Pediátrica do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, propus-me realizar um projeto de intervenção intitulado: “Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida- Contributo do Cuidador”.

Este projeto tem como objetivo geral criar um programa de melhoria da qualidade dos cuidados relativo ao atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família.

Neste sentido, defini como objetivos específicos:

1. Identificar as dificuldades do adolescente na adesão ao regime terapêutico;
2. Identificar nas equipas de enfermagem possíveis carências formativas e dificuldades de intervenção na área do atendimento ao adolescente.

Assim, desenvolvi um guião de entrevista (Anexo I) a aplicar aos adolescentes, que constituirá o instrumento de colheita de dados a partir do qual realizarei a análise dos fatores que podem contribuir para uma melhor adesão ao tratamento e um questionário (Anexo II) a aplicar aos enfermeiros, que servirá de instrumento de colheita de dados que me permitirá elaborar o diagnóstico das necessidades de formação sobre o tema.

Pelo referido, venho por este meio pedir a autorização a V.Ex.<sup>a</sup>, para a aplicação da entrevista e do questionário no Serviço de Urgência Pediátrica, na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e no Serviço de Cirurgia Pediátrica.

Atenciosamente,

Justa Granjo

Lisboa, 15 de Outubro de 2013



**APÊNDICE IV - Declaração “Compromisso Formalmente Assumido**



## COMPROMISSO FORMALMENTE ASSUMIDO

### DECLARAÇÃO

Eu, Maria Justa Pinto Granjo, enfermeira do CHLN – HSM, a desenvolver um programa de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no atendimento ao adolescente com ferida e sua família, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, declaro garantir a confidencialidade em relação à informação disponibilizada.

Lisboa, ..... de ....., de 20...

.....  
(Assinatura)



**APÊNDICE V - Transcrição das Entrevistas**



## ENTREVISTA 1

A- Que idade tens?

B- 16.

A- Estás em que ano?

B- 12º

A- Sempre viveste em meio rural, ou viveste uns anos em meio urbano?

B- Assim, em tempos, vivi ali em Loures. Mas depois passei para aqui (ALDEIA).

A- Dentro da cidade?

B-Sim.

A-Quanto tempo viveste lá?

B- A minha mãe separou-se do meu pai quando eu tinha 3 anos, eu depois fiquei por ali... até aos seis, depois vim para aqui.

A- Tens alguma religião?

B- Não.

A- E a tua família segue alguma religião?

B- Eu penso que não.

A- Gostarias de falar sobre o teu problema de saúde?

B- Sim (acenou com a cabeça).

A- Que idade tinhas quando isso se manifestou?

B- Tinha 16 só que foi no início do ano.

A- Ou seja: rapidamente procuraste tratamento médico!?

B- Sim, foi a meio de Maio. Eu pedi à minha mãe para ver essa zona e ela disse que eu tinha o mesmo problema que o meu irmão, o quisto. Ligámos para o Dr. J que tinha sido o mesmo médico que operou o R, o meu irmão, e pronto. Marcámos logo a consulta, ou a operação, já não me lembro muito bem, para 26 de junho, ou assim.

A- E o que é que sentiste nessa altura? Foi difícil de aceitar?

B- Não, pelo contrário! Senti-me aliviado, porque já tinha sido operado às glândulas mamárias, o ano passado, em junho também, e já sabia o que aquilo era. Só tinha medo era da agulha na mão, era só o meu medo, mas depois, sabia que ia levar anestesia geral, senti-me aliviado, depois. Só depois a recuperação é que é sempre mais dolorosa.

A- Como foi a comunicação com o enfermeiro que te prestou os primeiros cuidados?

B- Foi boa a comunicação! Não tenho razão de queixa. Correu tudo bem.

A- A informação que te foi dada foi clara e suficiente?

B- Foi, foi até mais que suficiente.

A- Sentiste-te à vontade para fazer perguntas?

B- Senti, claro! Porque eu tinha algum receio de não saber alguma coisa e se não o fizesse já tinha aqueles remorsos então perguntei logo o que tinha a perguntar.

A- Com todos os enfermeiros?

B- Sim.

A- E foste orientado para os cuidados a ter em casa?

B- Fui, fui certamente.

A- E achas que bem?

B- Sim, fui bem orientado.

A- Que dificuldades sentiste, em casa, para seguir as orientações do enfermeiro?

B- Não tive assim grandes dificuldades, mas...

A- Não havia nenhuns fatores que contribuíssem para que tu não seguisses à risca o tratamento?

B- Não, acho que correu tudo como planeado.

A- Em relação à relação que estabeleceste com os enfermeiros: gostarias de salientar algum aspeto para melhorar essa relação? O que é que os enfermeiros têm de modificar para melhorar a relação com os adolescentes?

B- Eu acho que nada! Assim está muito bem!

A- A atitude deles é correta, a forma de estar é correta? O que é que tu achas?

B- É correta, muito correta mesmo. Eu preferi que fossemos ao hospital de Santa Maria, também porque o meu irmão já tinha sido operado lá e é isso, já sabia que os médicos e enfermeiros faziam um ótimo trabalho e foi por isso que pedi à minha mãe para ser operado lá, no hospital.

A- Não foi difícil para ti ter que estar em repouso, beber aquela água, alimentares-te corretamente...?

B- Foi um bocadinho difícil no início, mas depois lá para o final do verão, já me mexia mais, já andava mais, assim, rápido e melhor, mas no início foi um bocadinho difícil, foi.

A- Não te sentiste revoltado com a situação?

B- Um bocadinho, porque não podia fazer certas coisas. Não podia ir à cozinha buscar um copo de água, por exemplo. Tinha de pedir sempre a alguém, estava sempre deitado no sofá, mas depois desde o meio do verão já me mexia mais e já conseguia fazer melhor as coisas.

A- Do ponto de vista do tratamento, foi muito doloroso?

B-Foi um bocadinho. No início, não tanto, porque a zona estava um bocadinho dormente, não sentia muito, mas lá para o meio senti um bocadinho puxado, senti algumas dores. Mas acho que foi uma dor suportável, até, mas doeu.

A- O que é que achas que o enfermeiro podia melhorar para evitar que tu tivesses essas dores?

B- Eu acho que foi um ótimo trabalho. Que não podia acrescentar mais nada, simplesmente é a dor.

A- Há sempre qualquer coisa que podemos melhorar...

B-Não sei. Comigo acho que fez tudo certo! Foi só mesmo as dores, mas não há nada que possa evitar isso.

A- Podíamos ter adotado um regime de medicação antes de ires fazer o tratamento.

B- Sim.

A-Ou podíamos arranjar estratégias como: concentração, tentares abstrair-te um bocadinho do tratamento em si e nós fazermos uma terapia para tu relaxares. O relaxamento é uma das terapias que poderíamos ter adotado e não adotamos. Por isso é que eu te estou a dizer agora. Eu já faço isso, já melhorei algumas coisas, por isso é que estou a perguntar.

Gostarias de referir o que é que te perturbou mais nessa altura?

B- A recuperação foi mais dolorosa, mas nos tratamentos em si, foi mesmo a dor. Não foi mais do que isso.

A- Se te pusessem uma régua de 0 a 10 em que 0 é o estado normal, sem dor e 10 a pior dor que sentiste na vida, durante os tratamento tinhas uma dor de mais ou menos quanto?

B- Não passava dos 6

A- mas já era considerável...

B- pois. Era mais a meter o iodo, mas era só uns minutinhos.

A- E o enfermeiro teve em conta a tua privacidade durante os tratamentos?

B- Teve, acho que sim.

A- Sentias-te à vontade?

B- muito à vontade.

A- Havia várias pessoas na sala de tratamentos?

B- Havia sempre duas.

A- mas achas que isso é o ideal, ou é muita gente face à tua privacidade?

B- para mim era o ideal... mas quando entrava mais gente sentia-me um pouco mais constrangido.

A- e o facto de ter a cortina a separar. O facto de teres os teus familiares presentes. Isso foi uma vantagem ou uma desvantagem?

B- acho muito bem ter a cortina. Se quiserem ver, passam para lá da cortina.

A- Tu foste consultado em relação à presença desses familiares?

B- Sim, acho que sim? Eu preferi que entrassem e entraram.

A- mas colocaram-te essa questão?

B-não, não foi necessário colocar a questão. Era família, eu quis que entrasse.

A- Depois da cirurgia como é que foste aceite pelos teus amigos? Houve alterações no teu núcleo de amigos?

B- Não.

A- és um rapaz pacato?

B- sou.

A- tens muitos amigos?

B- alguns. Os suficientes.

A- e eles vinham cá visitar-te?

B- vinham.

A- E a tua família, como é que reagiu?

B- reagiu naturalmente. Reagiu bem, correu tudo como planeado.

A- ajudaram-te e colaboraram contigo?

B- ajudaram, sim senhora.

A- e o tratamento trouxe algumas questões económicas?

B- que eu saiba, não...

A- as deslocações...

B- sim, eram sempre de carro, dia sim, dia não. Foi algum gasto de gasolina, mas pronto... é assim...

A- Gostarias de acrescentar ou salientar alguma coisa?

B- o que gostava de salientar é o tratamento, que foi muito bom, tirando a parte das dores, que é normal. Mas correu tudo bem, como planeado.

A- E explicaram-te tudo logo no início? Isso é bom ou é mau?

B- É bom. Ficar a par da situação, ficar a saber o que é que vem.

## ENTREVISTA 2

J: Que idade tens?

A: 16.

J: Estás em que ano?

A: 11<sup>º</sup>

J: Sempre viveste na cidade ou alguma vez viveste no campo?

A: Sim, sempre vivi na cidade.

J: Tens alguma religião?

A: Não.

J: Gostarias de falar um pouco sobre o teu problema de saúde? Que idade tinhas quando isso se manifestou?

A: 15, mais ou menos. Começou no Verão, eu não sabia o que era, não é? E começou-me a dor e inchava e eu não sabia o que é que se passava... ficava preocupada... e... depois rebentou, depois a minha mãe foi saber o que é que era e soube que era um quisto, e, pronto... depois apareceu-me durante várias vezes, para aí uma vez por mês e ia sempre centro de saúde e receitavam-me uns comprimidos, uns antibióticos para parar as dores e resultava, mas depois na última vez não deu resultado, tive que... receitaram-me outros mais fortes, e mesmo assim, não, não... continuava-me a doer um bocado e depois é que... depois no final é que fui operada.

J: Os principais sintomas eram só a dor? Ou também tinha corrimento, cheiro?

A: Doía, inchava, a minha mãe disse que mudava de cor, ficava mais escura a zona, e se rebentasse cheirava muito mal... muito mal...

J: Foi difícil aceitar essa situação?

A: Não.

J: Quanto tempo é que decorreu desde que deste conta a primeira vez até seres operada?

A: Eu tive a primeira vez no Verão... a meio do Verão, pra aí em Julho, depois tive mais ou menos uma vez por mês e depois fui operada em Fevereiro.

J: Depois no hospital, como é que foi a comunicação que estabeleceste com os enfermeiros que te prestaram os cuidados? O que é que tu achaste?

A: Foi boa, eles eram simpáticos.

J: Achaste que era só simpatia ou competência profissional?

A: Os dois.

J: A informação que te foi dada foi clara e suficiente?

A: Sim, foi clara e suficiente.

J: Achavas que precisavas de ser melhor informada ou não?

A: A informação foi clara e fui bem esclarecida.

J: Sentiste-te à vontade para fazer perguntas?

A: Sim, não tinha muitas porque foi esclarecedora, então... mas sim.

J: Foi esclarecedora a informação que te deram inicialmente no pré-operatório? O que é que foi mais importante a informação dada no pré-operatório, durante o internamento, no momento da alta?

A: Foi antes de ser operada e... depois de sair do hospital, quando lá ia fazer os pensos.

J: No momento da alta foste orientada para os cuidados a ter em casa?

A: Sim.

J: E que cuidados eram esses?

A: Estar deitada, não fazer pressão sobre a zona, não podia molhar o penso, a alimentação, depois das duas semanas de ficar em casa, quando fosse para a escola tinha que usar a almofada, ensinaram-me a usar a almofada, e... já não me lembro mais...

J: Que dificuldades tiveste em seguir essas orientações?

A: Estar deitada foi ótimo. O pior foi a almofada, porque... não sei... era complicado.

J: Mais na escola, não é?

A: Sim, em casa nem tanto, mais na escola... depois estavam-me sempre a perguntar: "Ah porque é que andas com a almofada atrás?" e... e, pronto...

J: Constrangedor?

A: Mais ou menos... sim... um bocadinho.

J: O que é que tu achaste dessa orientação? Achas que há alguma forma de mudar, de não? O que é que é pior?

A: Eu não acho que haja uma forma de mudar porque é necessário a almofada para não fazer pressão. Tem que ser, tem que ser. É um bocadinho "chato" ter que andar atrás com uma almofada!

J: Arranjaste estratégias para disfarçar a almofada?

A: Meti a almofada dentro de uma mochila e andava com duas mochilas.

J: Em relação ainda à relação e à comunicação com o enfermeiro, gostarias de salientar algum aspeto para melhorar?

A: Melhorar? Não.

J: O tratamento foi doloroso?

A: Doloroso? Não.

J: Gostarias de referir o que mais te perturbou?

A: Ter medo de ir à casa de banho, para não rebentar os pontos.

J: Durante o tratamento o enfermeiro teve em conta a tua privacidade?

A: Sim, temos lá uns cortinados.

J: Havia muitas pessoas presentes na sala de tratamentos?

A: Não, normalmente só havia uma ou duas enfermeiras e a minha mãe.

J: O que gostarias que fosse melhorado?

A: Não sei...

J: Como é que foi a aceitação por parte dos amigos?

A: Eles apoiaram-me bastante, diziam que... estavam sempre a perguntar apor mim na escola e alguns colegas que vivem na minha zona, depois das aulas, vinham sempre a minha casa para ver como é que estava e dizer olá, para não me sentir sozinha. Foi muito bom, senti-me apoiada. Por acaso não esperava, ficava sempre... depois das aulas eles vinham ali há minha janela e ficavam lá sempre não sei quanto tempo a falar comigo... e a dizer o que é que se tinha passado na escola... para me por a par das notícias... as coscuvilhices... (risos)

J: E com a família?

A: Foi bom, porque ajudavam também... a tomar banho, porque era complicado para não molhar o penso, e, nos primeiros dias, que eu não queria andar muito, que era para ver se não fazia esforços, iam-me levar o pequeno-almoço à cama, o almoço à cama...

J: O tratamento acarretou custos? Gostarias de referir alguns?

A: Acho que a única coisa que foi, foi a almofada que tivemos que pagar por ela, e acho que de resto, acho que não houve mais custos... Ah, o parquímetro no hospital...

J: Gostarias de acrescentar mais alguma coisa?

A: O bom humor é essencial no cuidado com as crianças e connosco adolescentes...

J: Muito obrigada.

A: De nada.



### ENTREVISTA 3

**J:** Que idade tens?

**P:** 14 anos.

**J:** Andas em que ano?

**P:** 9º ano.

**J:** Sempre viveste em meio urbano ou já viveste numa aldeia...?

**P:** Não, sempre em meio urbano.

**J:** Sim. Tens alguma religião?

**P:** ...Não. (riso).

**J:** Não. Mas a tua família não segue uma religião?

**P:** Sim... o Cristianismo.

**J:** Pronto. Mas tu não praticas, nem és fã disso...

**P:** Não...sinceramente não.

**J:** Nem tens nenhuma outra que te desperte curiosidade...

**P:** Não.

**J:** Olha, gostarias de falar um pouco sobre o teu problema de saúde? Que idade tinhas quando isso aconteceu?

**P:** ... Desde que comecei a sentir dores e isso? Quando comecei a dar mais por isto tinha mais ou menos uns...oito anos talvez. Só que como era assim... uma vez em cada três meses ou mesmo quando...quando bati com o sítio onde foi, com muita força em algum lado ou assim, eu nunca me queixei nem nunca fui a nenhum hospital nem nada ver o que era isto porque pensava que era apenas um mau jeito talvez. Depois, a partir dos catorze anos é que começou a aparecer uma infecção e mais tarde fui ao hospital ver o que se passava e foi aí que descobri.

**J:** E como é que reagiste quando soubeste que tinha um problema de saúde? E o que que o medico te disse logo inicialmente? Como é que foi?

**P:** (riso). O médico...o médico quando, a primeira vez que eu fui lá, à consulta...o médico perguntou-me se eu, se eu andava muito tempo sentado porque isto era normal, por exemplo nos taxistas e nos motoristas e isso. Eu tinha dito que sim porque...eu quando era mais novo andava quase sempre sentado, não praticava desportos, nem nada disso, só que depois comecei a praticar mas mesmo assim isto já tinha desenvolvido provavelmente quando era mais novo e a infecção notou-se mais quando já estava na adolescência.

A minha reação...eu, o médico, eu já estava à espera que fosse isto porque a minha mãe também já me tinha contado que quando ela era mais nova também tinha tido isto, por isso eu já estava à espera, eu já sabia o que que vinha a seguir. Que ia ficar aquele tempo todo sem me poder sentar, sem fazer exercício físico por isso não tive uma reação muito má porque já estava à espera.

**J:** Portanto o médico falou-te nisso tudo na consulta...

**P:** Sim.

**J:** E depois a primeira...o primeiro contacto com o enfermeiro, foi no momento para a cirurgia? Ou foi mais cedo?

**P:** Não, o primeiro contacto foi...antes da cirurgia.

**J:** No dia?

**P:** Sim.

**J:** Da cirurgia?

**P:** Na sala de espera, pronto.

**J:** E achas que é importante...na sala de espera sim, depois tivemos uma conversa numa sala à parte (riso).

**P:** (riso). Sim.

**J:** Achas que era importante ter uma entrevista prévia uns dias antes ou o que é falado no dia da cirurgia é suficiente?

**P:** Eu acho, eu acho que o que é falado no dia da cirurgia já é suficiente porque eles já nos avisam o que que a gente vai poder fazer, o que que não podemos, os cuidados que vamos ter...não acho que seja preciso uma consulta prévia.

**J:** Aumentava mais a tua ansiedade para a cirurgia ou não?

**P:** Não. Acho que...como eles já, já...eles nas consultas quando a gente descobre isto, eles, os médicos e enfermeiros já começam a explicar as coisas para a gente já ter os cuidados...não vejo ser preciso mesmo uma consulta antes. Acho que aquele do dia já basta.

**J:** E foi difícil aceitar a situação, quando descobriste?

**P:** (riso). Pois...sinceramente foi um bocado porque...principalmente porque foi durante as aulas também, eu não, não sabia como havia de estar nas aulas, sempre tive aquele receio de aos olhos, de ficar diferente dos outros, de ficar em pé ou de joelhos ou o que fosse...sempre foi um bocado a minha maior preocupação, foi essa coisa do sentar nas aulas.

Agora o em casa como eu tentava sempre ter o máximo de repouso deitado de barriga para baixo não me afetava muito, afetava-me sempre um bocado porque não comia à mesa com a minha família, mas...mas pronto, é diferente em casa, na escola sempre é mais, afeta sempre mais um bocado.

**J:** E achas que por ser uma situação que rapidamente se resolve, rapidamente quer dizer...

**P:** Sim.

**J:** Que tem um final feliz digamos, que é mais fácil de aceitar, no sentido em que se fosse uma coisa que durasse muito mais tempo a recuperar sentir-te-ias um bocadinho mais revoltado ou não?

**P:** Talvez...se, se fosse um problema um bocado mais grave e se o tempo de recuperação durasse muito mais tempo, talvez me sentisse um bocado mais...não digo revoltado, mas talvez em baixo ou...mesmo, não sei, talvez um bocado mais preocupado ou aflito porque se a situação fosse demorar mais tempo, por exemplo, o ano letivo inteiro era capaz de ser um bocado mais chato, muito mais chato por causa da escola e tudo.

**J:** E como é que foi depois...lá na escola? A aceitação dos colegas? Tu disseste que tinhas que tinhas sido operado, não tinhas...

**P:** Sim.

**J:** Como é que foi?

**P:** contei a algumas pessoas...porque...a operação depois, também eu fiquei as duas semanas, as duas semanas sem ir à escola...e já tinha contado a alguns colegas meus e depois quando, quando eu cheguei à escola e pronto contei aos professores que era para poder em estar em pé nas aulas e assim...houve alguns colegas que perguntaram o que que eu tinha, mas não reagiram muito mal porque...eu acho que nos preocupamos demasiado com a opinião dos outros, na escola, e não devíamos porque eu acho que toda a gente vai acabar por perceber mesmo que nos primeiros dias comecem a gozar um bocadinho e não sei que por estarmos em pé ou da nossa situação eles acabam por perceber no final, a nossa situação.

**J:** E isso aconteceu contigo? Foi chato os primeiros dias ou não?

**P:** Não foi muito chato porque...pronto como foi na minha turma, isto não se espalhou muito pela escola, ficou mais guardado pela minha turma e...os meus colegas já me conhecem muito bem por isso não...me chatearam tanto por isso, claro que pronto se riam um bocado as vezes de eu ficar de pé nas aulas, mas não chatearam muito por isso.

**J:** Voltando um bocadinho atrás, como é que foi a comunicação que estabeleceste com o enfermeiro que te prestou os primeiros cuidados?

**P:** Foi boa, estivemos...começamos primeiro por falar, por exemplo, dos cuidados que ia ter outra vez, como é que se passou, o que é que eu...quando é que eu comecei a dar mais por isto...eu acho que começou bem porque começamos também por nos apresentar e isso, porque é sempre a primeira pessoa que nos vai lá tratar daquilo (riso) ...e nós temos sempre um bocado de receio também, especialmente também às vezes por ser a primeira vez e não estamos à espera, não sabemos o que vai acontecer, mas foi bom, não foi mau, já...fiquei bem, não fique muito preocupado depois também nem nada.

**J:** Então achas que a apresentação inicial é importante?

**P:** Sim, é importante. Deixa-nos sempre também um bocado mais calmos.

**J:** E a informação que foi dada, foi clara e suficiente?

**P:** Sim, disseram-me os cuidados que tinha que ter, o tempo provável para a recuperação que ia ser, que provavelmente como isto é a adolescência e por causa da escola se calhar alguns alunos iam-me começar a chatear por isso...começaram pronto a dizer já o que podia/ia acontecer e o que poderia acontecer, os cuidados que tinha de ter e isso.

**J:** Então foi bom?

**P:** Sim.

**J:** Nessa altura sentiste-te à vontade para fazer perguntas?

**P:** ...Sim, desde a primeira consulta sim.

**J:** Sim.

**P:** Desde o primeiro conhecimento sim.

**J:** Portanto já me falaste que foste orientado para os cuidados a ter em casa, não é?

**P:** Sim.

**J:** E...quais foram as maiores dificuldades que tiveste em seguir essas orientações do enfermeiro?

**P:** ... Talvez o facto de não, de não poder fazer exercício físico quase nenhum, literalmente. Isso é o que me custa mais porque eu comecei a ficar mais ativo, por exemplo, comecei mais a jogar e a fazer desporto e isso, e isto apareceu e...a parte do sentar não me chateia muito, o que me chateava muito mesmo era o facto de não poder fazer exercício físico.

**J:** Como é que contornaste essa situação?

**P:** Tentei-me distrair com outras coisas, com...pronto tentei falar com as pessoas, liguei mais aos videojogos (riso), pronto tentei contornar.

**J:** Em relação ainda à relação com o enfermeiro, gostarias de salientar algum aspeto? Para melhorar essa relação? Portanto falaste que a apresentação inicial era boa...

**P:** Sim.

**J:** A informação dada foi clara, foi suficiente... Alguma coisa mais que gostavas que o enfermeiro na primeira abordagem fizesse?

**P:** ...Não, acho que já tem uma apresentação boa e o facto de estar já a avisar o que vai acontecer acho que já nos deixa calmos o suficiente para tentarmos lidar melhor com a situação, acho que não precisa de mais nenhum...

**J:** Então esses aspetos que estas a falar são os que tu achaste mais importantes?

**P:** Sim.

**J:** Em relação àquela primeira abordagem?

**P:** Sim.

**J:** Está bem.

**J:** Pronto, relativamente ao tratamento em si. Foi muito doloroso...?

**P:** Não, o tratamento... como é, por exemplo, nas primeiras vezes... nós temos muito receio do que possa ser e que possa ser muito doloroso, por isso nós já a pensarmos assim pode piorar a situação, nós a pensar assim começamos mais nervosos e depois acaba por talvez doer mais por causa disso...mas a partir de, mais ou menos, a sexta, mais ou menos assim, consulta nós vamos mais calmos, já sabemos o que que vai ser por isso não dói porque já estamos mais calmos e já sabemos o que vai acontecer, já temos ideia que aquilo não dói é só tudo na nossa mente, nós é que temos de ir calmos, (riso) porque quanto mais tensos, vá, e a pensar nas dores pior.

Agora...o que me doeu mais em todas foi tirar os pontos. Isso ainda doeu um bocado. Não é nada do outro mundo mas ainda doeu um bocadinho.

**J:** Mas tu, tu até foste um dos adolescentes que foste medicado para casa, fazias a medicação...

**P:** Com antibióticos. Sim.

**J:** Fazias também medicação para as dores antes de ir para o penso...

**P:** Sim.

**J:** E achas que isso foi suficiente? Ou achas que era preciso uma coisa mais agressiva?

**P:** Não, acho que foi suficiente até porque... mesmo, eu tomei a medicação para as dores por causa do penso nos primeiros dias e para tirar os pontos... mas mesmo assim, aquilo já não me doía por causa dos medicamentos provavelmente e de eu ir calmo... mas depois eu acabei por parar de tomar e já não sentia mesmo dores nenhuma, basta nós estarmos calmos e não pensarmos em nada de mal que aquilo não dói.

**J:** Confiar, queres tu dizer.

**P:** Pois e ter confiança.

(risos)

**J:** Também importa... a pessoa que te vai fazer o tratamento? Ou não? Isso não importa?

**P:** Às vezes importa, se nós nos ligarmos muito a uma pessoa que ficou, acabou por nos fazer quase os tratamentos todos... (riso) e depois...aparece outra pessoa para nos fazer os tratamentos e tem um modo de aproximação de nós diferente da outra

peessoa acaba por ser um bocado mais diferente e acabamos por nos sentir menos à vontade e isso também afeta um bocado.

**J:** Relativamente ao tratamento. Gostarias de referir o que mais te perturbou?

**P:** ... O que mais me perturbou... não há assim nada de... não há assim nada de especial, até... não me perturbou nada porque eu já estava à espera, como lhe disse, a minha mãe já me tinha explicado só que... talvez... só mesmo aquilo, aquilo de retirar os pontos da ferida...

**J:** A dor em si.

**P:** Pois, a dor.

**J:** Ok. O enfermeiro teve em conta a tua privacidade durante os tratamentos?

**P:** Sim, teve.

**J:** Como?

**P:** ...Não falou com mais ninguém sobre isso, apenas comigo e com o encarregado de educação presente... e... teve a privacidade toda, ou seja, fechou por exemplo a porta para ninguém ver, não falamos disto em mais nenhum lado sempre foi com a privacidade máxima só comigo e... pronto não partilhou informações do meu caso com mais ninguém.

**J:** Durante os tratamentos havia várias pessoas na sala de tratamentos? Havia muitas pessoas? Ou suficientes? Ou demasiadas? O que que tu achas?

**P:** Acho que havia ajuda suficiente porque...eu sei que isto não é fácil também porque tem de se limpar, depois tem que se estar a abrir a ferida que é para veres melhor... uma pessoa tem que estar a fazer pressão num sítio que é para depois o outro lado estar mais... pronto mais aberto para poder limpar como deve ser. Sempre teve calmo, nunca foi muita confusão lá dentro, nunca houve assim tantas pessoas, acho que sempre foi... o ideal.

**J:** Em relação à presença de outras pessoas durante os tratamentos, por exemplo. Foi-te perguntado se querias, por exemplo, a presença da mãe ou da avó durante os tratamentos? Não? Ou tu já ias com o à vontade para saber que aquela pessoa ia durante o tratamento estar presente?

**P:** Eu já... eu desde o início que já estava à vontade porque pronto é a minha mãe, começou por ir a minha mãe sempre só e eu ia... e até perto, não digo do final, mas a meio dos tratamentos eu até já dizia à minha mãe se queria que eu fosse sozinho porque eu já não me importava mesmo, já estava à vontade, já estava completamente à vontade ali...por isso já estava mentalizado das pessoas que iam comigo e não, não me fazia diferença nenhuma elas irem ver.

**J:** A presença delas...

**P:** Não.

**J:** Relativamente ao tratamento, o que que gostarias que fosse melhorado?

**P:** ... (riso).

**J:** (riso). Diz, não tenhas medo! O que que gostarias? Que achas que podíamos melhorar? Porque temos sempre qualquer coisa a melhorar, não é?

**P:** Talvez... talvez o tempo, o tempo que temos de...controlar melhor o tempo talvez...

**J:** Tempo do tratamento em si?

**P:** Não é bem o tempo de tratamento.

**J:** Ou as horas de marcação?

**P:** As horas de marcação também porque as vezes nós quando chegamos a uma certa hora ainda estão muitas pessoas à nossa frente, e depois acabamos por perder alguns momentos, algumas aulas no meu caso, da escola. Pronto, temos de ver talvez as horas melhor e isso.

**J:** Esta bem. Sim senhor, é uma sugestão a se tida em conta. Outra questão. Depois da cirurgia como foste aceite pelos teus amigos? Eu acho que também já falaste um bocadinho nisto.

**P:** Sim. Eles acabaram, eles aceitaram-me todos porque eles perceberam o que eu tinha, também não entrei em muitos detalhes só pronto, só com os meus amigos mais chegados, digamos assim... mas pronto é o que eu digo, ao início eles...pronto gozam sempre, gozam não digo, mas chateiam-nos um bocado com a situação, porque apesar de acontecer a algumas pessoas não é assim normal estar uma pessoa em pé (riso) no meio das aulas sem ser o professor. Por isso eles chateiam-nos um bocadinho talvez, mas eles acabam todos por aceitar, acabam todos por perceber a situação.

**J:** E...e como é que foi com a tua família?

**P:** A minha família (riso) ... Eu com a minha família já estava muito mais à vontade, é diferente, mas... pronto as vezes, por exemplo a minha avó, as minhas avós, o meu avô, começavam, (riso) mandavam bocas ou assim mas era na brincadeira comigo, pronto também ajudava porque assim uma pessoa não estava sempre... pronto, assim em baixo por está sempre com os cuidados e não poder quase fazer nada, pronto ainda ajudava um bocadinho também as brincadeiras com a família sobre isto. (riso).

**J:** O tratamento comportou custos económicos?

**P:** ...Não afetou muito porque sinceramente ... o... os transportes que eu usava ou era o carro, o carro do meu pai ou mesmo pedíamos, quando o meu pai já estava a trabalhar e a minha mãe ficava comigo, pedíamos a uma amiga nossa para nos levar, se nos podia dar boleia até lá ou então íamos de autocarro, nós temos o passe podíamos ir de autocarro. Por isso não afetou, economicamente não.

**J:** Pronto. Gostarias de acrescentar mais alguma coisa? Última?

(risos)

**P:** ... (riso) Para não se preocuparem muito porque...porque só temos que ter calma, isto não é nada de fora do normal, as dores não existem, quase, talvez aquela parte de pronto tirar os pontos mas é normal porque estamos a mexer lá, mas para termos calma e termos confiança nas pessoas de lá porque se tivermos confiança e calma tudo corre bem e é como se não tivéssemos a fazer lá nada, como se fossemos só lá estar com amigos... (riso).

**J:** (riso). Obrigada pela minha parte. Ainda bem que me consideras uma amiga já fico contente. Muito obrigada M.... Beijinho grande.

#### ENTREVISTA 4

J: Que idade tens?

F: Dezassete.

J: Tás em que ano?

F: 12º

J: Sempre viveste no meio urbano ou no campo?

F: Meio urbano.

J: Tens alguma religião?

F: Agnóstico

J: Gostarias de falar um pouco sobre o teu problema de saúde?

F: Eu penso que essencialmente este problema de saúde é um bocado “chato”, mas que, como é a melhor maneira para a minha recuperação, teve de ser e tive de estender um bocado a minha paciência para conseguir, durante estes 5 meses... não é fácil, mas pronto, é um sacrifício que uma pessoa tem de fazer.

J: Que idade tinhas quando se manifestou pela primeira vez esse problema?

F: Tinha 14 anos na altura.

J: Queres-me contar como foi a tua experiência?

F: Foi engraçado, por acaso, ao início eu pensava que era uma picada de melga e não disse nada a ninguém. E numa aula de Educação Física e tudo, távamos a jogar futebol, eu para defender uma bola virei-me de costas, a bola bateu no rabo e aquilo explodiu. Eu não sabia, mas pensava que era sangue e deixei tar. A minha mãe acabou por descobrir quando eu me baixei para ligar uma ficha à tomada e viu o meu rabo assim e ela disse que tínhamos de ir para o hospital e depois daí, fomos lá e é daí que tenho as 3 vezes que eu já fui operado.

J: E quando te disseram a primeira vez “Tens de ser operado, tens aqui um problema que tem de ser resolvido” foi difícil de aceitar?

F: Não, porque eu já tinha tido um quisto anteriormente e sei que eles têm de ser removidos por causa da nossa saúde, por isso aceitei de forma boa. Não foi uma coisa que eu dissesse que não queria aceitar e que queria ficar com aquilo, é óbvio que não queria ficar.

J: Do ponto de vista do tratamento, foi muito doloroso?

F: Ao início foi, eu lembro-me de estarmos a fazer o primeiro penso e eu ter de estar a morder a almofada e a agarrar-me à cama e isso tudo para conseguir aguentar a dor. Mas, por parte dos enfermeiros eles também ajudaram muito, eu tive a sorte de calhar com uma boa equipa de enfermeiros e de médicos que foram muito atenciosos. Por parte da família e dos amigos também calhou bem, porque os meus amigos e a minha família ajudam muito e sempre tiveram a tentar ajudar-me no que podiam e isso

conta muito para ajudar na recuperação. Se uma pessoa não tiver colaboração por parte da família, pelo menos, eu acho que uma pessoa fica desmotivada e já não pensa em mais nada.

J: Gostarias de referir o que mais te perturbou no tratamento? Foi mesmo a dor, ou...

F: Não foi a dor, a dor eu já estava à espera que viesse dor, mas foi mais o tempo, eu não estava à espera que fosse tanto tempo e também foi o facto de eu ter de deixar de fazer coisas que eu habitualmente faço, ou seja, eu não estava à espera de ficar 5 meses sem me sentar ou sem tomar banho como deve ser, sem me deitar de barriga para cima, uma pessoa não conta com isso, não dá muito valor quando pode fazer isso.

J: O enfermeiro teve em conta a tua privacidade durante os tratamentos?

F: Teve.

J: Como?

F: Privacidade, como assim?

J: Se evitou que houvesse a entrada de pessoas na sala, se puxou a cortina, se te perguntou se querias ter alguém da tua família durante o tratamento, essas coisas assim, achas que isso foi respeitado?

F: Foi, sempre, cada vez que eu entrava na sala fechavam-se as cortinas, deixavam-me despir e deitar na cama, a minha mãe ou o meu pai estavam lá sempre presentes a ver e também, acho que não foi mencionado, mas também explicarem-me as coisas que me estavam a fazer ajudou imenso, porque uma pessoa assim fica menos assustada, já fica mais informada, já sabe o que é e pronto, também só com o consentimento é que fizeram as coisas.

J: E, achas que havia muitas pessoas na sala, durante o tratamento ou as suficientes?

F: As suficientes... Também não me importava de ter lá mais pessoas.

J: O que é que gostarias, na altura dos tratamentos que fosse melhorado? O que é que tu achas que poderíamos melhorar?

F: Eu agora não estou a ver nada que possa ser melhorado, tive um bom tratamento, sempre muito atenciosos comigo, acho que não é preciso melhorar alguma coisa.

J: Mudando de assunto, em relação à comunicação estabelecida com o enfermeiro que te prestou os cuidados, como é que foi?

F: Foi uma boa comunicação, é preciso que o enfermeiro tenha um bom humor com o paciente.

J: Achas que o humor é importante?

F: Sim

J: Mas só o humor?

F: Não é só o humor, é que o enfermeiro, normalmente, não se pode ligar muito ao paciente para evitar, sentir-se mal quando o paciente se sente mal mas, às vezes isso acontece e há situações que, pronto, são um bocado mais íntimas, durante o tratamento e os enfermeiros envolvem-se um bocado também com o paciente, quase que sentem o que ele sente.

J: E achas isso benéfico?

F: Acho, porque eles às vezes, os pacientes, eu digo por mim, às vezes sentem-se como se ninguém os percebesse, porque nem toda a gente passa por isto, mas quando sabem que alguém os percebe eles sentem-se muito melhor e vão para casa mais felizes.

J: A informação dada foi clara e suficiente?

F: Sim.

J: Sentiste-te à vontade para fazer perguntas?

F: Sim.

J: Foste orientado para os cuidados a ter em casa?

F: Sim.

J: Em relação a essas orientações, que principais dificuldades tiveste em seguir?

F: Dificuldades eu não tive, eu apenas sou esquecido e às vezes ou esqueço-me de tomar os antibióticos ou de pedir à minha mãe para me ajudar quando eu acabo de fazer as necessidades ou então às vezes descuido-me e faço demasiados movimentos que não devia fazer, penso que seja só isso.

J: Gostarias, em relação à relação que estabeleceste com o enfermeiro de salientar algum aspeto para melhorar?

F: Não... eu já disse anteriormente e digo outra vez que a minha relação com os enfermeiros foi muito boa, eu não estava à espera de calhar com uma equipa tão boa, porque há hospitais que os enfermeiros só estão lá para receber o salário, mas não, a equipa que eu calhei estava lá para me ajudar mesmo porque já sabiam que eu tinha estado lá 2 vezes antes desta e que eu queria-me safar disto o mais rápido possível e então eles ajudaram-me o máximo que puderam.

J: Depois da cirurgia, como é que foste aceite pelos teus colegas?

F: É assim, eu já estou no 12º ano e a maior parte da turma aceitou aquilo maduramente, porque eles já têm, 17, 18 anos, alguns até 20 e eles têm de compreender, porque a culpa também não foi minha.

J: Mas sentes que eles são mais maduros?

F: Sim

J: Se fosse, em relação, lembraste da 1ª vez que foste operado? Houve uma grande alteração?

F: Não houve uma grande alteração mas, houve pessoas que gozaram mais com isso, mas eu também não me incomodei muito com isso porque isso é mau pra eles, não para mim.

J: E em relação à tua família, sei que sempre te ajudaram mas, lembravam-te de tomares os medicamentos, lembravam-te das posições? Sempre colaboraram contigo nesse aspeto?

F: Sim, sempre colaboraram comigo, mas nem todas as famílias são perfeitas e têm sempre algumas discussões e eu acho que as famílias devem tentar ao máximo para não tentar irritar o filho(a) que esteja a ser operado, porque uma pessoa que esteja tanto tempo como eu tive, começa-se a irritar com as mínimas coisas, eu cheguei-me a irritar um dia de manhã porque bati com a cabeça na porta da casa de banho e irritei-me imenso.

J: Portanto, chegaste ao ponto de exaustão?

F: Mesmo

J: E como é que tas a superar essa situação?

F: É assim, eu cheguei ao ponto de exaustão sim, mas ao mesmo tempo eu começo a receber boas notícias, não é só coisas más há muitas coisas boas neste mundo, por exemplo, eu estou um bocado ligado à música e quando anunciam bons concertos ou músicas novas que eu goste, até a tocar guitarra ou a jogar jogos, eu isolo-me um bocado no meu próprio mundo mas é a única maneira de eu não me passar um bocado.

J: Procuras na música aquilo que te está a faltar no resto não é? Poderes fazer o teu dia-a-dia sem preocupações.

F: Certo.

J: Em termos económicos, é “chato” ter que ir várias vezes ao hospital e o tratamento trouxe custos económicos?

F: Até à data não

J: Mas nas deslocações, isso transtornou um bocadinho a família, não?

F: Não porque eles sabem que é para o meu bem e não se importam de gastar dinheiro para o meu bem, porque sabem que é uma coisa que eles estão a fazer bem, não é uma coisa que estão a gastar dinheiro à toa e afinal, eu sou filho deles.

J: Gostarias de acrescentar mais alguma coisa?

F: Não, está tudo dito.

J: Muito obrigada pela tua participação.

F: De nada.

## ENTREVISTA 5

J: Que idade tens?

D: 18.

J: Pois, feitos há pouco tempo...

D: Sim.

J.: Tás em que ano?

D: 10º.

J: Vives na cidade ou no campo?

D: Na cidade.

J: Tens alguma religião?

D: Não. Específica não.

J: Gostarias de falar um pouco sobre o teu problema de saúde?

D: Sim.

J: Que idade tinhas quando se manifestou esse problema?

D: 17.

J: Foi difícil aceitar?

D: Não.

J: Como é que foi a comunicação estabelecida com o enfermeiro que te prestou os cuidados?

D: ... foi boa, foi... é esclarecedora... às minhas dúvidas e... tudo.

J: A informação dada foi clara e suficiente?

D: Sim, não houve dúvidas... não tive dúvidas...

J: Sentiste-te à vontade para fazer perguntas?

D: Sim, também não foi necessário porque foi tudo muito esclarecedor, também...

J: Foste orientado para os cuidados a desenvolver em casa?

D: Sim.

J: E que principais dificuldades tiveste em seguir as orientações do enfermeiro?

D: Não tive dificuldades... mas tem que se aceitar...

J: Mas foi difícil para ti aceitar?

D: Não.

J: Algumas restrições como o não sentar?

D: É só o hábito, mas habitua-se depressa...

J: É? Achas que isso é um fator que possa diminuir a adesão do adolescente a fazer aquilo que o enfermeiro diz ou não?

D: Não... é uma coisa que tem que se fazer... não pode mudar estes cuidados... não se pode fazer nada...

J: Em relação ainda à relação e à comunicação com o enfermeiro, gostarias de salientar algum aspeto para melhorar essa relação?

D: Não, acho que foi... foi ótima... acho que... não tenho defeitos a apontar... é muito esclarecedora, também...

J: Do teu ponto de vista o tratamento foi muito doloroso?

D: Não... custa mais só ao início mas... mas passa depressa...

J: Mas tiveste muita dor ou não?

D: Não, dor não tive.

J: É só o habituar...

D: Sim...

J: Gostarias de referir o que mais te perturbou? Durante o tratamento...

D: Foi só o hábito de me sentar... é que não estava habituado... de resto, eu já fazia tudo normal... não há dificuldades...

J: Durante o tratamento o enfermeiro teve em conta a tua privacidade?

D: Sim.

J: Como?

D: Como... teve respeito... pronto... a cortina também...

J: Havia várias pessoas na sala de tratamentos? O suficiente ou... achas que era muita gente?

D: Não, era as pessoas indicadas... para este tratamento...

J: O que gostarias que fosse melhorado?

D: O tempo de espera, só...

J: O horário da marcação dos tratamentos também facilitou ou não?

D: Sim, tinha que ser consoante eu podia...

J: Foi adequado?

D: Foi.

J: Depois da cirurgia como foste aceite pelos teus amigos?

D: Há sempre aquele receio ao início, mas depois, adaptam-se também... não...

J: Mas tu constaste aos teus amigos que tinhas sido operado?

D: Sim, contei.

J: Que não podias sentar?

D: Sim, eles aceitaram isso, fizeram muitas perguntas, mas aceitaram.

J: Foram compreensivos...

D: Sim.

J: E pela tua família?

D: Também.

J: Apoiaram-te?

D: Sim. Tinham é que aceitar o fato de não me poder sentar, apoiaram também... sempre a dizer que eu não me podia sentar, fazer esforços... é sempre aquela preocupação...

J: E o tratamento comportou custos económicos ou não?

D: Alguns...

J: Como por exemplo...

D: ...foi mais por causa do... foi para o meu pai é que ele vinha para Lisboa... de resto... não muito custos... tirando o fato de vir para Lisboa...

J: Gostarias de acrescentar mais alguma coisa?

D: Não, acho que tá tudo. Acho que não há críticas a apontar.

J: Muito obrigada.



## ENTREVISTA 6

J: Que idade tens?

G: 16.

J: Estás em que ano?

G: 10º

J: Sempre viveste em meio urbano ou meio rural?

G: Urbano.

J: Tens alguma religião?

G: Sou cristão.

J: Gostarias de falar um pouco sobre o teu problema de saúde?

G: Sim, pode ser.

J: Que idade tinhas quando se manifestou esse problema?

G: 16.

J: Foi difícil de aceitar?

G: Não, foi fácil. Tem que ser.

J: Como é que deste conta?

G: Tava na casa de banho, e ao limpar-me, vinha o papel com sangue.

J: E alertaste logo ou deixaste andar uns dias?

G: Não, foi logo.

J: Falaste logo com a tua mãe?

G: Sim, é uma coisa normal...

J: Como é que foi a comunicação estabelecida com o enfermeiro que te prestou os cuidados?

G: Foi muito boa, sem dúvida.

J: Gostavas de salientar algum aspeto?

G: Ummm... assim de repente... não me ocorre nada.

J: A informação dada foi clara e suficiente?

G: Sim, soube sempre o que é que se passava.

J: Sentiste-te à vontade para fazer perguntas?

G: Sim, mas... sinceramente não precisei...

J: Foste orientado pelo enfermeiro para os cuidados a desenvolver em casa?

G: Sim.

J: Que dificuldades tiveste em seguir essas orientações?

G: Foi mais no sentar, foi o mais difícil...

J: Mas arranjaram estratégias para isso ser minorado, ou não?

G: Sim, sim.

J: Como o quê, por exemplo?

G: Tar o menos tempo possível sentado, só numas determinadas posições, para não pressionar...

J: Gostarias de salientar algum aspeto para melhorar essa relação?

G: Não.

J: Do teu ponto de vista, o tratamento foi muito doloroso?

G: Não... muito simples.

J: Gostarias de referir o que mais te perturbou durante o tratamento?

G: Tirar os pontos foi o mais complicado.

J: Mas por dor, receio, medo?

G: Foi mais receio...

J: Mas isso foi falado com o enfermeiro? Foram arranjadas estratégias para isso ser minorado, não foi...?

G: Sim.

J: O enfermeiro teve em conta a tua privacidade?

G: Sim, sim, sim.

J: Havia várias pessoas na sala de tratamentos)

G: A enfermeira e a auxiliar.

J: Achas que é o suficiente ou é gente a mais?

G: É o suficiente, tendo em conta o meu problema, é o suficiente.

J: O que gostarias que fosse melhorado?

G: Só... o tempo de espera... podia ser um bocadinho mais curto... mas é normal...

J: Mas mesmo assim, tenta-se marcar os tratamentos de acordo com a tua disponibilidade?

G: Sim, sim.

J: Depois da cirurgia, como é que foste aceite pelos teus amigos?

G: contei e reagiram bem... umas piadinhas do costume mas, sem problema!

J: Lidaste bem com isso?

G: Sim, sempre positivo.

J: Não foi impeditivo de tu cumprires o tratamento?

G: Não.

J: Como é que foste aceite pela família?

G: Muito bem, excelente, sem problemas. Ajudaram-me sempre.

J: O tratamento comportou alguns custos económicos?

G: Sim, os antibióticos e isso... a deslocação também... é um bocadinho.

J: Gostarias de acrescentar mais alguma coisa?

G: Não.

J: Muito obrigada pela tua ajuda.

G: Sem problema.



**ANEXOS**



**ANEXO I - Autorização da Comissão de Ética**



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente



**Presidente**

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

**Vice-Presidente**

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira (CHLN)

**Membros**

Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN)

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)

Dra. Elisa Pedro (CHLN)

Padre Fernando Sampaio (CHLN)

Dra. Graça Nogueira (CHLN)

Mestre Enfª. Isabel Côrte-Real (CHLN)

Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)

Prof. Doutor António Barbosa (FMUL)

Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FMUL)

Prof. Doutor João Lavinha (FMUL)

Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FMUL)

Prof. Doutor José Barata Moura (FMUL)

Profª. Doutora Maria Do Céu Rueff (FMUL)

Exma Senhora

Enfª. Maria Justa Pinto Granjo

Serviço de Cirurgia Pediátrica

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Lisboa, 9 de Janeiro de 2014

Nossa Refª. Nº 1127/13

**Assunto:** Projecto de Investigação “Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida - Contibuto do Cuidador”

**Relator** - Mestre Enfª. Isabel Côrte-Real

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião realizada em 19 de Dezembro de 2013, parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido estudo foi enviado à Sra. Directora Clínica, Profª. Doutora Maria do Céu Machado, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

COMISSÃO DE  
ÉTICA CHLN/FML

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes  
Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90  
Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2



**ANEXO II - Autorização da Direção dos Serviços de Enfermagem**



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



Hospital  
PulidoValente

Exma. Senhora  
Maria Justa Pinto Granjo  
Serviço de Cirurgia Pediátrica

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de entrevistas a adolescentes com recurso a gravação áudio e aplicação de um questionário aos Enfermeiros do SUP, UCIPED e Serviço de Cirurgia Pediátrica, integrado no projecto de intervenção intitulado “Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida – Contributo do Cuidador” a efectuar no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediátrica

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a realização de entrevistas a adolescentes com recurso a gravação áudio e aplicação de um questionário aos Enfermeiros do SUP, UCIPED e Serviço de Cirurgia Pediátrica, integrado no projecto de intervenção intitulado “Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida – Contributo do Cuidador” a efectuar no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediátrica.

Os melhores cumprimentos,

CHLN-HSM, 06 de Fevereiro de 2014

A Enfermeira Directora

  
Catarina Batucá  
Enfermeira Directora

AR/

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647  
www.chln.pt  
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 217  
www.chln.pt



**ANEXO III - Autorização da Direção do Departamento de Pediatria**



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

Exma. Senhora  
Enf.<sup>a</sup> Maria Justa Pinto Granjo  
Serviço de Cirurgia Pediátrica  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Ref<sup>a</sup> DIRCLN -24JAN2014 - 18

**Assunto:** Projeto de investigação “Adesão ao regime terapêutico do Adolescente com Ferida  
- Contributo do Cuidador”

Tenho o gosto de informar V. Exa. que o estudo em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pela Senhora Diretora Clínica - Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria do Céu Machado a 23 de janeiro de 2014.

Com os melhores cumprimentos,

O Adjunto da Diretora Clínica

Prof. Dr. Lucindo Ormonde

/CS

DIRECÇÃO  
CLÍNICA

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt



## **APÊNDICE III**

Caracterização do Serviço de Consulta Externa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Caracterização do Serviço de Consulta Externa**

Realizado por:  
Justa Granjo

Lisboa  
Janeiro, 2014



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Caracterização do Serviço de Consulta Externa**

Docente Responsável:

- Maria de Lourdes Oliveira

Enfermeiro de Referência:

- Paula Batista

Realizado por:

- Justa Granjo

Lisboa  
Janeiro, 2014



## ÍNDICE

	Pág.
1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA.....	9
1.1. . Missão.....	10
1.2. Visão .....	10
1.3. Valores.....	10
1.4. Objetivos.....	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CONSULTA EXTERNA .....	12
2.1. Consulta de Preparação para a Cirurgia.....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	15



## **1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**

O Hospital Dona Estefânia, iniciado em 1860 e concluído em 1877, foi mandado construir pela rainha D. Estefânia, mulher de D. Pedro V.

Numa visita ao Hospital São José, impressionada com a promiscuidade com que na mesma enfermaria eram tratadas crianças e adultos, a rainha ofereceu o seu dote de casamento para que aí fosse criada uma enfermaria para aquelas, e manifestou o desejo de construir um hospital para crianças pobres e enfermas.

Inicialmente chamou-se Hospital da Bemposta mas em homenagem à rainha, que entretanto falecera, passou a designar-se de Hospital D. Estefânia.

A sua construção foi primorosamente planeada. Relacionado com as mais ilustres casas reais da Europa, D. Pedro V solicitou pareceres sobre projetos e plantas hospitalares, elaboradas por técnicos competentes e autorizados sobre o assunto e remetidas dos mais variados locais, nomeadamente Londres, Berlim e Paris.

Em 1969 passou a ter valência Materno Infantil com a construção de um edifício provisório para onde foi transferida de S. José, a Maternidade Magalhães Coutinho inaugurada em 1931.

Esta maternidade, a funcionar em edifício provisório, viria a ser desativada em 1996 e reinstalada num edifício do princípio do Sec XX, o pavilhão D. Pedro V, após obras de remodelação em 1998-2001.

O Hospital Dona Estefânia pertence ao CHLC, EPE, criado em 2007 pelo Dec. Lei nº 50/07 de 28 de Fevereiro que integra numa mesma organização seis unidades (H. S. José, H. Capuchos, H. Sta. Marta, Maternidade Alfredo da Costa e ).

O HDE tem vindo ao longo dos anos a ganhar diferenciação em todas as especialidades na sua componente pediátrica fruto de muitos pediatras que nele trabalharam permitindo assumir-se como um dos principais dos hospitais pediátricos nacionais.

### 1.1. . **Missão**

O CHLC, EPE tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A atividade do CHLC, EPE assegura a cada cliente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados através da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD).

### 1.2. **Visão**

O CHLC é um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência.

### 1.3. **Valores**

O CHLC pauta a sua atividade pelos seguintes valores:

Competência técnica;

Ética profissional;

Segurança e conforto para o doente;

Responsabilidade e transparência;

Cultura de serviço centrada no doente;

Melhoria contínua da qualidade;

Cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática;

Atividade orientada para resultados;

Trabalho em equipa/multidisciplinar e pluriprofissional;

Boas condições de trabalho.

#### 1.4. **Objetivos**

São objetivos do CHLC:

Prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado;

Intervir na prevenção da doença;

Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;

Constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados;

Promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como condição para uma prática de excelência;

Prosseguir a melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação clínica;

Promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito bem como, uma política de formação contínua;

Desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro.

## **2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CONSULTA EXTERNA**

As consultas externas de pediatria são constituídas por consultas médicas e consultas de enfermagem na área cirúrgica e na área médica.

Das intervenções de enfermagem na área médica salientam-se a participação na consulta de adolescentes, a consulta do viajante, a consulta de espinha bífida, consulta de diabetes, consulta de desenvolvimento, consulta de neurologia, consulta de pneumologia, consulta de reumatologia e estomatologia. Na área cirúrgica destacam-se o atendimento de enfermagem na preparação para a cirurgia em contexto de consulta de anestesia, o atendimento de enfermagem na sala de tratamentos da consulta de cirurgia (sala de pensos), nas imobilizações na consulta de ortopedia (sala de gessos) e na dilatação pupilar e cicloplegia em contexto de consulta de oftalmologia.

Durante o estágio tive oportunidade de observar o atendimento de enfermagem tanto na consulta de anestesia, onde é realizada a preparação para a cirurgia, como na sala de gessos e sala de pensos, onde se realizam os mais variados procedimentos da área cirúrgica como pensos de queimaduras, suturas e remoção de pontos, imobilizações, dilatações uretrais e anais, entre outros.

### **2.1. Consulta de Preparação para a Cirurgia**

A consulta de preparação para a cirurgia tem como objetivo uniformizar os procedimentos de enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados. Assim, a preparação para a cirurgia pretende facilitar a preparação da criança/ jovem e família para a intervenção cirúrgica e para o internamento. A metodologia utilizada é o brincar terapêutico e a modelagem. É sempre realizada por um EESCJ, mais habilitado para intervir em situações de maior complexidade.

A preparação para a cirurgia é essencialmente direcionada para os pais quando a criança tem idade <5 anos e para os pais e criança quando a mesma tem idade > 5 anos. Outros fatores como o desenvolvimento psicomotor da criança e experiências anteriores de cirurgia (da criança/jovem e família) devem ser considerados pelo enfermeiro ao realizar a preparação para a cirurgia.

Nesta consulta as intervenções de enfermagem incidem sobre:

- o acolhimento da criança e família ou pessoa significativa;
- avaliação de conhecimentos e compreensão face à situação;
- esclarecimento de dúvidas;
- clarificação de conceitos para permitir a tranquilidade da criança/jovem e família;
- aplicação do creme ou penso EMLA, no caso de a criança ir realizar análises pré-operatórias;
- fornecer informação sobre a permanência dos pais a importância de trazer objeto significativo, cuidados de higiene operatórios, roupas e adornos, necessidade de jejum pré-operatório, características físicas da enfermaria, circuito BO/UCPA/enfermaria, localização do serviço e BO, fardamento do BO, vantagens a pré-medicação, tipo de indução anestésica, reações prováveis no pós-operatório imediato, controlo dador: estratégias farmacológicas e não-farmacológicas, tempo provável de internamento;
- identificação dos hábitos relacionados de vida diária, para adequar o material lúdico a utilizar na preparação da criança para a cirurgia;
- identificação da história de dor, o que permite conhecer as palavras que a criança utiliza para descrever a dor, as experiências dolorosas anteriores, as reações, assim como as estratégias que utilizam para lidar com a dor;
- Treino da escala de dor (crianças com idade >5 anos), com objetivo de ajudar a criança a compreender a dor e a capacitá-la para a utilização eficaz da escala de avaliação da intensidade da dor;

- Manuseamento do material lúdico com o objetivo de promover a aproximação antecipatória à situação real, favorecer a adaptação ao ambiente hospitalar e dar a conhecer os tipos de indução anestésica;
- Explicação sobre as zonas do corpo que vão estar envolvidas, favorecendo a adaptação à alteração da imagem corporal no pós-operatório;
- Esclarecimento de dúvidas colocadas durante a manipulação do material de forma a eliminar falsos conceitos e reduzir fantasias;
- Avaliação do comportamento/reação da criança/jovem durante a entrevista;
- Validação das informações transmitidas;
- Entrega de folhetos informativos;
- Elaboração dos registos tendo de acordo com os dados colhidos, atividades de vida, intervenções de enfermagem, comportamento/reação do cliente e avaliação.

Na minha opinião este tipo de consultas de enfermagem permitem que o EEESCJ se sintam realizado enquanto profissional de saúde, agindo como promotor da saúde, prevenindo situações de risco aquando de uma intervenção cirúrgica. Esta consulta previne no adolescente e família muitas situações de ansiedade pré-operatória, desmistificando medos, mitos e conceitos errados.

## Referências Bibliográficas

Gomes, B. (1870). Exposição oral, feita perante a Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa, na sua sessão de 30 do mez de Maio de 1868. Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa. pp. 353-65 - Diário Ilustrado. Ed. de 25 de Julho de 1877 - Curry Cabral, José . O Hospital Real de S.José e Anexos. A Editora Limitada, Lisboa, 1915. Adaptado do artigo publicado no boletim dos HCL's nº 0 de Dezembro de 1996. Disponível em [www.chlc.pt](http://www.chlc.pt). Acedido a 08/01/2014.

Hockenberry & Wilson (2011). Wong's nursing care of infants and child. 9<sup>th</sup> ed. Mosby: USA. ISBN 978-0-323-06912-0.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.



## **APÊNDICE IV**

Caracterização da Unidade de Saúde Familiar



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Caracterização da Unidade de Saúde Familiar**

Realizado por:  
Justa Granjo

Lisboa  
Novembro, 2013



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Caracterização da Unidade de Saúde Familiar**

Docente Responsável:

- Maria de Lourdes Oliveira

Enfermeiro de Referência:

- Catarina Florêncio

Realizado por:

- Justa Granjo

Lisboa  
Novembro, 2013



## **A Unidade de Saúde Familiar Cruzeiro**

A Unidade de Saúde Familiar (USF) Cruzeiro insere-se no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Loures-Odivelas, abrangendo a população da zona central da cidade de Odivelas, que segundo o INE, e tendo em conta os últimos Censos (2011) possui 59 546 habitantes. Destes, a USF disponibiliza cuidados de saúde a cerca de 12775 clientes. Dos utentes da USF salienta-se a existência de variados grupos étnicos oriundos de vários cantos do mundo: paquistaneses, hindus, cabo-verdianos, brasileiros e de países do leste Europeu, constituindo um mosaico pluricultural a considerar no que diz respeito à necessidade de cuidados de saúde.

A equipa de saúde é constituída por sete médicos, cinco enfermeiros, cinco técnicas administrativas, uma assistente operacional e um segurança. A equipa multiprofissional é motivada a atingir os indicadores institucionais que contribuem, por sua vez, para a atribuição de incentivos financeiros.

Os indicadores institucionais delineados para esta USF são: taxa global de consultas médicas, taxa de visita domiciliária médica e de enfermagem, taxa de primeiras consultas de saúde infantil, percentagem de crianças com o Plano Nacional de Vacinação (PNV) atualizado até aos 2 e 7 anos, percentagem de citologias e mamografias realizadas em cada triénio, percentagem de HbA1C realizadas a todos os diabéticos em cada semestre, taxa de primeiras consultas no primeiro trimestre de gravidez e taxa de avaliação de pressão arterial a todos os hipertensos em cada semestre.

Os clientes da USF estão distribuídos pelos diferentes programas de saúde que esta implementa: vacinação, saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar, rastreio oncológico: cancro do colo do útero, rastreio oncológico: cancro do cólon, rastreio oncológico: cancro da mama, saúde do adulto: hipertensão, saúde do adulto: diabetes e saúde do idoso. Estes programas desenvolvem-se em regime de consulta médica, consulta sem a presença do doente ou consulta ao domicílio.

O trabalho em equipa é desenvolvido nesta USF, por isso, apesar de equipa de enfermagem ser distribuída semanalmente pelas atividades a desenvolver, cada enfermeiro acompanha sempre a sua família, isto é, se a criança de 6 anos da família X está doente e recorre à consulta médica e trás consigo um irmão de 2 anos, que não tem o PNV atualizado, a enfermeira aproveita o contato com a USF para, após

avaliação da situação, propor a atualização do PNV no momento. Do mesmo modo, se numa outra ocasião a família Y recorre à USF para realizar o diagnóstico precoce do recém-nascido, a enfermeira aproveita a oportunidade para agendar uma visita domiciliária para promover a adaptação da família ao novo membro e desenvolver competências parentais. . A parceria entre médico e enfermeiro de família são a mais-valia desta estrutura organizacional facilitando o acompanhamento da família ao longo do ciclo de vida, o que permite detetar precocemente desvios na promoção da saúde e no controlo da doença.

## **Funções do Enfermeiro Especialista na USF**

Partindo das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), o Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) é responsável por prestar cuidados de qualidade, baseado numa filosofia que tem como premissas o **cuidado centrado na família, a parceria de cuidados e o método de trabalho por enfermeiro responsável** essencial aos cuidados continuados coordenados. Deve ter em atenção situações de especial **vulnerabilidade e complexidade**, acompanhando a criança/jovem e família ao longo do ciclo de vida, atendendo ao **crescimento e desenvolvimento**. Deve atuar pois, numa perspetiva de **promoção da saúde**, adoção e manutenção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, bem como na **prevenção da doença** aos três níveis: primário, secundário e terciário.

Na USF, o EEESCJ desenvolve também funções de coordenação nomeadamente na gestão de recursos humanos e materiais e no apoio à coordenação da unidade.

## **APÊNDICE V**

Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica**

Realizado por:  
Justa Granjo

Lisboa  
Outubro, 2013



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica**

Docente Responsável:

- Maria de Lourdes Oliveira

Enfermeiro de Referência:

- Joaquina Antunes

Realizado por:

- Justa Granjo

Lisboa  
Outubro, 2013



## O SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HSM

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Hospital de Santa Maria iniciou funções no ano de 1961, em instalações provisórias. Fica situado no Piso 2 do HSM, desde 1979, admitindo crianças e adolescentes até aos 18 anos menos um dia.

Serve as freguesias do Lumiar, Alvalade, Bucelas, Caneças, Famões, Fanhões, Frielas, Loures, Lousã, Odivelas, Olival de Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião, Póvoa de São Julião do Tojal, Santo Antão do Tojal e Santo António dos Cavaleiros. Dá também apoio a hospitais da Zona Centro-Sul, nomeadamente, Caldas da Rainha, Santarém, Torres Novas, Setúbal, Beja, Évora, Faro e Portimão.

Em 2000 realizaram-se obras de remodelação e beneficiação do SUP passando a existir dentro do mesmo 2 Unidades distintas compostas pelo Balcão de Urgência (Triagem e Sala de Tratamentos) e Serviço de Observação de Pediatria (SOPed); e pela Unidade de Técnicas de Pediatria (UTP).

O **Balcão de Urgência** é uma unidade ambulatoria destinada ao atendimento da criança/adolescente, em situação de urgência/emergência, proveniente do domicílio ou de outra instituição.

Assim, ao Balcão ocorrem utentes por três situações: criança em situação de extrema urgência (com perigo para a vida ou função), crianças em situação de alguma gravidade (com sintomatologia de aparecimento súbito ou agravamento recente) e crianças em situação não urgente (em situação que poderia ser resolvida nos Cuidados de Saúde Primários).

As situações traumatológicas, com exceção de traumatismos cranianos, dão entrada pela Urgência de Adultos, de forma a beneficiarem do apoio da Ortopedia, Pequena Cirurgia e Exames Complementares de Diagnostico. A Cirurgia Pediátrica dá apoio ao SUPed em situações de trauma até às crianças com 6 anos.

Do Balcão de Urgência fazem parte a Sala de Triagem, Sala de Aerossóis, Sala de Reanimação, Sala de Tratamentos, Sala de Ortopedia e Sala de Pequena Cirurgia. Por falta de recursos humanos, tanto a Sala de Ortopedia como a Sala de Pequena Cirurgia funcionam como salas de observação e vigilância. Na Sala de Pequena Cirurgia são realizadas pequenas cirurgias a crianças até aos 6 anos, sendo que a partir dessa idade, as mesmas têm lugar na sala de pequena cirurgia do Serviço de Urgência Geral.

A Equipa de Enfermagem é constituída por 21 elementos, distribuídos em equipas de 4 a 5 elementos, sendo que um é responsável pela Triagem, outro pela Sala de Tratamentos e dois pelo SOPed.

Para além dos enfermeiros, no SUP existem equipas médicas, equipas de assistentes operacionais e uma secretária de unidade.

A **Sala de Triagem** funciona desde Maio de 1999, sendo aqui que se realiza o primeiro contacto entre técnicos de saúde e crianças/famílias após admissão no serviço. A triagem consiste na observação e avaliação rápida da criança/adolescente, determinação do grau de gravidade da situação, e estabelecimento de prioridades. É realizada por um enfermeiro, tendo como base os critérios de atendimento; após a triagem, seguem-se um conjunto de primeiras decisões terapêuticas, e posteriormente, é realizado o devido encaminhamento. As situações mais frequentemente detetadas são: Hipertermia, Vômitos e Diarreia, Odinofagia, Otalgia, Deglutição/Introdução de corpo estranho, Convulsões, RN com choro persistente, Erupções dermatológicas, Dificuldade Respiratória, Asma Brônquica, Cefaleias, Dor Abdominal e Traumatismo Craniano.

A **Sala de Aerossóis** é um pequeno espaço físico com rampas de oxigénio e de vácuo. É uma sala polivalente, especialmente destinada à administração de terapêutica inalatória, porém, também usada como sala de acompanhamento e vigilância de crianças, nomeadamente para controlo de hipertermia e de desidratações ligeiras.

Na **Sala de Tratamentos** é possível preparar e administrar terapêutica prescrita, colher produtos biológicos para análise, proceder à avaliação de sinais vitais, administrar oxigênio, preparar, encaminhar ou realizar exames complementares de diagnóstico, aspirar secreções, preparar o internamento, proceder a punções venosas, entre outros.

Na **Sala de Reanimação** dão entrada crianças em risco de vida, o que obriga à atuação imediata e adequada da equipa de saúde. Aqui é realizada a reanimação e estabilização da criança/adolescente, procedendo-se posteriormente ao encaminhamento para o SOPed ou para um serviço de internamento de pediatria. As situações mais frequentes são as Convulsões, Paragens Cardiorrespiratórias, Sépsis, Desidratação Graves, Choques hipovolémicos, Aspiração de Vômito e Intoxicações. Esta sala está equipada com três rampas de oxigênio e de vácuo, Dinamap, Monitor Cardiorrespiratório, Oxímetro, Ventilador de Transporte, Desfibrilhador, Carro de urgência, entre outros.

O **Serviço de Observação de Pediatria** (SOPed) tem capacidade para seis utentes, sendo que aqui permanecem as crianças/adolescentes para estabilização do quadro clínico ou esclarecimento de diagnóstico, em média entre 24 a 48 horas, sendo posteriormente transferidos para um serviço de internamento, se necessário ou tendo alta hospitalar. Os clientes que aqui acedem provêm da Sala de Reanimação, da Sala de Tratamentos, ou diretamente de outros serviços ou instituições. Caso o quadro clínico se agudize, a criança/adolescente é transferida para a UCIPed. As situações clínicas mais frequentes são os politraumatismos, os traumatismos cranioencefálicos, pós operatórios de pequenas cirurgias, intoxicações, bronquiolites, dificuldades respiratórias, gastroenterites, vômitos incoercíveis, desidratação moderada a graves, convulsões, e vigilância pós exames complementares de diagnóstico. O método de trabalho é o de Enfermeiro Responsável, sendo este encarregue da globalidade dos cuidados prestados à criança/família.

A **Unidade de Técnicas de Pediatria** (UTP) é constituída pelas especialidades de gastroenterologia, cardiologia, pneumologia e neurologia. Apenas na especialidade de gastroenterologia existe a colaboração de enfermagem na realização dos

seguintes exames: Endoscopia com anestesia, Colonoscopia com anestesia, Phmetria e Teste de intolerância à lactose. Semanalmente é realizada uma consulta de enfermagem para preparação da criança/família para os exames que se efetuam com anestesia.

## **Funções do Enfermeiro Especialista no SUPed**

Atendendo às Competências Específicas do EEESCJ, e pelas particularidades que definem a **Triagem** do SUP, este será o local onde é mais pertinente a permanência de um enfermeiro especialista em Pediatria. Na triagem as funções do enfermeiro são:

- Acolher a criança/família em situação de urgência/emergência;
- Observar rapidamente a criança;
- Avaliar as queixas e presença de sinais e sintomas para determinar os cuidados, estabelecendo prioridades de atendimento;
- Colher dados para identificar as necessidades em cuidados de enfermagem à criança/família em situação de urgência/emergência, quando possível;
- Identificar as situações de acordo com o protocolo de serviço e promover o encaminhamento:
  - a. **Situações de emergência** são: paragem cardiorrespiratória, sépsis, choque, convulsão, intoxicação por organofosforados; estas situações têm o seguinte encaminhamento: Sala de Reanimação ou SOPed.
  - b. **Situações de urgência** são: dificuldade respiratória, intoxicação, crianças até 6 meses de idade, mau estado geral, politraumatizados/traumatismos cranianos, desidratação, reação alérgica, suspeita de abdómen agudo, febre (se crianças com idade inferior a 3 meses), rush cutâneo, abuso sexual e maus-tratos, referenciados, situações de risco, crianças com doença crónica, crianças deficientes; estas situações têm o seguinte encaminhamento: Médico ou Enfermagem.

c. **Situações não urgentes** são: todos os outros casos; que têm o seguinte encaminhamento: Sala de espera.

- Iniciar medidas de tratamento urgentes, tais como terapêutica;
- Planejar, executar, e avaliar cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis;
- Implicar a família no planeamento/execução e avaliação dos cuidados, através de ensino integrando um processo educativo que promova o autocuidado;
- Estabelecer linhas de comunicação para recursos na comunidade, se família com necessidade de intervenção;
- Fazer ensino sobre medidas a tomar face à situação e que recursos utilizar, tais como, medidas a ter em casa se surgir situação idêntica, orientação de recursos de saúde, entre outras;
- Efetuar registos precisos e concisos;

No SUP, o Enfermeiro Especialista em Pediatria presta também **funções de coordenação nomeadamente:**

- **Gestão de recursos humanos** (distribuir enfermeiros pelos setores do serviço, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, quando o enfermeiro chefe de equipa está ausente; adequar os enfermeiros às necessidades existentes; saber lidar com as diferenças individuais; incentivar a criatividade; elaborar o plano de distribuição de assistentes operacionais; cooperar para a resolução de conflitos; envolver o grupo de profissionais na tomada de decisão e divulgar informação de interesse para os profissionais);
- **Gestão de recursos materiais** (adquirir produtos e materiais; armazenar produtos e materiais; controlo de stocks de materiais e medicamentos no serviço; receção de materiais e medicamentos e conferir em impresso próprio; estar atento à qualidade do material entregue; verificar condições do material e equipamento; promover reparação de equipamentos e material danificados, em impresso próprio; zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos; verificar a limpeza dos materiais e equipamentos; elaboração de stock de material e equipamento existente na sala de reanimação; promover a requisição de

terapêutica; verificar prazos de validade dos medicamentos nos postos de trabalho, carros de urgência, frigorífico; verificar prazos de validade de leites e papas; verificar prazos de validade de material esterilizado; verificar reposição de roupa; requisitar dietas especiais; requisitar leites, papas e outros alimentos quando não for fornecido; orientar os enfermeiros e auxiliares para a correta utilização de materiais e equipamentos; elaboração da folha de registo de utilização do carro de urgência e registo no livro de ocorrências significativas);

- **Gestão dos cuidados de enfermagem** (estar presente nas reuniões de passagem de turno, para ter perspetiva do planeamento, execução e avaliação dos cuidados; observar o tipo de comunicação utilizada; observar os registos de enfermagem; verificar se a folha de distribuição diária está preenchida; colaborar na prestação de cuidados; promover a autoformação e a formação dos pares de acordo com as necessidades manifestadas e os cuidados prestados e realização de formação em serviço partindo das necessidades sentidas);
  
- **Prestar funções de apoio à gestão** (colaborar com a Enf.<sup>a</sup> Chefe na gestão de recursos humanos; colaborar com a Enf.<sup>a</sup> Chefe na gestão de recursos materiais; colaborar com a Enf.<sup>a</sup> Chefe na seleção para compra de materiais/equipamentos específicos; emitir pareceres sobre a organização do serviço e emitir pareceres sobre a instalação de equipamentos).

## **APÊNDICE VI**

### **Cronograma de Estágio**



2013												2014									
Out.				Nov.				Dez.				Jan.			Fev.				Mar.		
7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	20	6	13	20	27	3	10	17	24	3	
11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	19	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	
								Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do CHLN - HSM			Férias de Natal		Consulta Externa de Pediatria do Hospital Dona Estefânia			Serviço de Cirurgia Pediátrica do CHLN - HSM					Redação do Relatório



## **APÊNDICE VII**

Diário de Campo - Inserido no Estágio da Consulta  
Externa





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Diário de Campo**

Inserido no Estágio da Consulta Externa

Realizado por:  
Justa Granjo

Lisboa  
Janeiro, 2014



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Diário de Campo**

Inserido no Estágio da Consulta Externa

Docente Responsável:

- Maria de Lourdes Oliveira

Enfermeiro de Referência:

- Paula Batista

Realizado por:

- Justa Granjo

Lisboa  
Janeiro, 2014



06/01/2014

### Descrição das Observações

Hoje foi o primeiro dia na Consulta Externa do Hospital Dona Estefânia. Apresentei-me à sr<sup>a</sup> enf<sup>a</sup> chefe, enf<sup>a</sup> Luisa Bandola que me recebeu prontamente. Conversámos sobre a organização do serviço, no que diz respeito ao número de elementos, consultas existentes e atividades de enfermagem desenvolvidas no serviço de consulta externa.

A prática de enfermagem fundamenta-se no Modelo teórico de Nancy Roper (atividades de vida), numa lógica de promoção do bem-estar da criança e família, em busca da excelência dos cuidados e da segurança do doente (CHLC, 2011).

Em seguida fui apresentada à enf<sup>a</sup> Paula Batista que será a minha enfermeira de referência ao longo deste período de estágio. Apresentei-me igualmente aos outros elementos da equipa e quando oportuno apresentei os meus objetivos de estágio à sra enf<sup>a</sup> Paula. Tive a oportunidade de consultar os manuais de procedimentos para a prática de enfermagem, bem como os protocolos instituídos como, por exemplo, o protocolo de administração de sucrose oral ao utente pediátrico e o protocolo de aplicação tópica de anestésico local- EMLA.

Observei a remoção de pontos da mão a uma criança de dois anos, sob sedação vigil.

Colaborei com a enf<sup>a</sup> Paula na realização de dilatação pupilar e cicloplegia a uma criança de sete anos. Foi realizado o acolhimento e a criança estava acompanhada pela mãe. Foram explicados os objetivos e efeitos pretendidos à mãe e à criança, utilizando uma linguagem adequada à faixa etária e ao grau de compreensão da criança. Foram utilizadas técnicas não farmacológicas do alívio da dor como o diálogo, o toque da mãe. E foi dado reforço positivo pelo comportamento da criança.

Assisti a uma tentativa de dilatação uretral a um adolescente de 11 anos que teve muita dificuldade em colaborar dada a sua longa história de internamentos e

cirurgias por estenose da uretra pós correção de hipospádias. Após o acolhimento, foram utilizadas diferentes técnicas não farmacológicas para o alívio da dor como o diálogo, a massagem, e o relaxamento, com o intuito de diminuir a ansiedade e o medo do procedimento e obter a sua colaboração. A técnica foi realizada pelo médico com a colaboração da enfermeira sem sucesso. No final a enfermeira deixou-o confortável e validou com o adolescente a dor, utilizando o método de autoavaliação, recorrendo à escala numérica de avaliação da dor.

07/01/2014

### Descrição das Observações

Estive presente na sessão de Acolhimento a Estudantes de Enfermagem no Hospital D. Estefânia onde foram abordados os seguintes pontos: resenha histórica, missão e organização interna do HDE, articulação com os ACES, projeto global da qualidade, regras básicas no acolhimento à criança e família, fardamento e localização dos diferentes serviços e estruturas de apoio e logística.

Realizei o tratamento de uma ferida ao L., adolescente de 12 anos, que apresentava no coto do m. inf. dto uma ferida resultante de deiscência de sutura operatória, essa ferida apresentava tecido necrosado e desvitalizado, com dimensão de 3,5cmx3,5cm, com mínimo exsudado e bordos a epitelizar, rosados e com boa evolução cicatricial. Foi realizado desbridamento mecânico com lâmina de bisturi, ficando ainda com tecido amarelado. Foi feita lavagem com SF e aplicado hidrogel+ ulcerase+ mepilex AG+ penso seco e ligadura de proteção. Antes, durante e após o procedimento foi avaliada a dor e utilizada terapêutica não farmacológica para o alívio da dor (diálogo). É de notar que o adolescente e a mãe tinham sido orientados pelo enfermeiro, no tratamento anterior, para realizar analgésico Per Os uma hora antes do procedimento. Realizei os respetivos registos que incidiram sobre: acolhimento à criança e acompanhante, ensinios sobre terapêutica analgésica a realizar no próximo tratamento, alimentação hiperproteica, cuidados com o penso e periodicidade da realização do tratamento no centro de saúde (cujo contacto já havia sido estabelecido no tratamento anterior pela enfermeira); avaliação da ferida aberta, tratamento realizado e encaminhamento para novo tratamento em sala de pensos.

Realizei a dilatação ocular da A., adolescente de 16 anos, que veio para consulta de oftalmologia, necessitou de aplicar terapêutica ocular. Foi realizado o acolhimento à sala de pensos pela enf<sup>a</sup> Paula que explicou o que ía fazer, os efeitos secundários e como poderia colaborar, dando espaço para colocar questões. Procedeu à primeira aplicação de colírios, sendo que as seguintes realizei eu, sem dificuldades. Foi explicado como e onde aguardar nova chamada pelo médico para avaliação ocular.

Na sala de gessos assisti à remoção de um gesso pélvico por luxação congénita da anca, a uma criança de dois anos de idade (L.), que se apresentava com maus cuidados de higiene (apresentando o gesso completamente sujo de urina e alimentos em decomposição sob gesso), para além de apresentar uma úlcera por pressão a nível lombar onde aparentemente o gesso não pressionava. Foi realizado o penso à loca sangrante com lavagem com SF e aplicação de mepilex AG+ película transparente. Foi referenciado para o médico ortopedista assistente que após observação da criança decidiu internar a criança para avaliação do caso e despiste de negligência parental. Durante o tratamento a criança não se acalmou com a presença da mãe, apenas na presença da avó (que não é a cuidadora principal), notando-se algum distanciamento por parte da mãe.

Uma outra situação que assisti foi a de uma adolescente (R., de 17 anos), que tinha sido operada há uma semana pela ortopedia para excisão de osteossarcoma de D1 do pé dto e apresentava uma sutura operatória, que foi avaliada pela ortopedista e realizado o penso pela enf<sup>a</sup> com lavagem com SF+ aplicação de SF e inadine+ penso seco e ligadura. Feito ensino sobre cuidados com o penso, mobilização e analgesia prévia ao próximo tratamento, bem como a marcação e encaminhamento para nova sessão de enfermagem em sala de penso para remoção dos pontos de sutura.

08/01/2014

### Descrição das Observações

Observei a A.L., adolescente de 16 anos com o diagnóstico de excisão de sinus pilonidalis com método aberto; apresentava uma loca com tecido de granulação ligeiramente sangrante, com 5cmx5cmx5cm, foi realizado o penso pela médica com

betadine, inadine e aplicação de compressa seca. Adolescente comunicativa, disponível e interessada. Acompanhada pela mãe.

O J.P. é um adolescente de 17 anos que recorreu à sala de pensos para remoção de pontos de sutura alternados, foi realizado penso com gase gorda e penso seco+ ligadura. Adolescente com história de múltiplas cirurgias por onicocriptose, participativo e colaborante. Acompanhado pela mãe.

O I., adolescente de 16 anos, etnia cigana, que veio à sala de pensos para realizar penso por excisão de *sinus pilonidalis*. Apresenta loca com 4cmx2cmx1,5cm, tecido de granulação no leito e bordos a epitelizar. Feita lavagem com SF morno e aplicação de inadine e penso seco.

O D. de 15 anos, que veio para remoção de pontos do joelho dto pós- excisão de EMOS. Realizou-se o acolhimento, e explicação do procedimento para obter a sua colaboração e a remoção dos pontos do joelho sem intercorrências e aplicado steristrip. Foram observados pensos da região mamária bilateral pois havia feito uma mastectomia de redução por ginecomastia e feitos ensinios sobre os cuidados a ter em casa com o penso e cuidados à cicatriz. Foi encaminhado para novo penso.

09/01/2014

### Descrição das Observações

A B. é uma menina de 2 anos de idade, que sofreu queimadura no dia 05 de Janeiro em ambos os pés com água a ferver (rebetamento de botija de água quente). Os pais acionaram o 112, que encaminhou para o H. de Abrantes, tendo sido reencaminhada para SUHDE, onde realizou penso com mepilex AG.

1- Saudável, desconhece alergias, seguida no centro de saúde de Mação e pediatra particular, PNV atualizado.

2- Vocabulário adequado á idade. Constrói pequenas frases.

4- Alimenta-se adequadamente á idade e mãe refere que desde a queimadura tem-se alimentado em menor quantidade. Gosta de sumo de laranja e gelatina.

6- Apresenta queimadura de segundo grau do dorso de ambos os pés e à dta em D1, 2 e 3 e a esquerda D1 e 2. No pé dto a queimadura mais profunda. Sem exsudado ou cheiro. Dimensões 5cmx4cm.

7- Mãe nega febre, faz habitualmente Paracetamol alternado com Brufen para hipertermia/ dor.

9- Usa fralda para conforto e chucha. Frequenta a creche. Foi incentivado a trazer objeto significativo aquando da realização do penso.

11- Mãe refere que apresenta sono menos tranquilo desde a queimadura.

História de dor: No momento da queimadura a mãe refere que a Beatriz gritou e chorou muito, tendo a mãe colocado nos pés um pano húmido. Não fez analgesia em casa.

Mãe refere que ficou assustada não conseguindo pensar no que fazer.

Realizado acolhimento a criança e aos pais. Explicação dos procedimentos. Utilização de estratégias não farmacológicas (diálogo, distração com quinta pedagógica, música e toque dos pais) que surtiram efeito. Permaneceu um pouco ansiosa e colaborante.

Lavagem e desinfeção com água destilada. Feito desbridamento mecânico do tecido desvitalizado. Aplicado mepilex AG+ penso seco. Informações:

- Cuidados com o penso
- Alimentação hipercalórica e hiperproteica, sumo de laranja, gelatina e Reforço hídrico
- Importância de trazer objeto significativo
- Controle da dor no domicílio e antes do penso.

Volta para penso dia 14/01 e consulta a 16/01.

O J., menino de 2 anos, com queimadura da região supramamária à esq com banha de porco.

Acolhimento. Veio acompanhado da mãe.

- Explicação dos procedimentos e esclarecimento de dúvidas.
- Utilização de estratégias não farmacológicas: quinta pedagógica, com efeito, manteve-se calmo durante todo o procedimento.
- Removido penso, apresenta lesão com ligeiro exsudado amarelado e ligeiramente sangrante ao toque
- Foi observado por Dr Alexandr.

Realizada lavagem com água destilada e aplicado penso Mepilex ag + penso secundário.

Reforçados ensinios sobre cuidados com o penso.

Verbalizou compreender.

Volta para penso a 14/01 e consulta a 16/01.

O B. é uma criança de 7 anos que apresenta quisto sinovial do dorso do punho direito desde há 2 meses.

Realizado o acolhimento.

Acompanhado pela mãe.

Explicação do procedimento.

Esclarecimento de dúvidas.

Utilização de técnicas não farmacológicas (diálogo, utilização de humor com nariz vermelho).

Foi observada uma punção de quisto sinovial e aspiração de conteúdo gelatinoso ligeiramente hemático, sem intercorrências. Ficou com penso compressivo e ligadura externamente limpa e seca. Extremidades sem sinais de compromisso neuro circulatório.

Feitos ensinamentos sobre elevação e suspensão do membro.

Na sala de gessos tive a oportunidade de observar as intervenções de enfermagem à criança com pé boto e família.

Observei a enfermeira a acolher os pais e RN, começou por realizar uma apresentação de power-point que incidiu sobre os seguintes pontos: definição de pé boto, método utilizado (método de Ponseti), tratamento (manipulação do pé, realização de 5 a 6 gessos, tenotomia e manutenção de gesso pós- tenotomia durante 3 semanas, utilização de BAP: nos primeiros 3 meses- colocar o BAP no seu filho durante 23h, retirar só para o banho; dos 3 meses aos 2/4 anos- colocar a BAP sempre que a criança estiver a dormir (+/- 12 a 18h), utilizar sapatos quando estiver acordado) e cuidados a ter (usar meias de algodão, atar bem os sapatos-pé justo ao sapato, manter o posicionamento correto do pé, vigiar a coloração da pele, não abandonar o tratamento antes do recomendado); promoção da vinculação (brinque com o seu filho com a BAP, proteja a BAP para a criança não se magoar) e objetivo final (fica com o pé bem e pode fazer desporto).

Após esta exposição a enfermeira disponibilizou-se a esclarecer dúvidas, despiu e pesou o bebé, registou o peso no boletim de saúde infantil e juvenil, informou os pais semanalmente após a remoção do gesso, iria pesar o bebé e que os pais poderiam trazer os produtos de higiene pessoal do bebé pois lhe iria dar banho sempre que viesse à substituição do gesso. Foi chamar a médica. Enquanto isso fiquei sozinha na sala com os pais e tentei explorar como se sentiam relativamente a este

procedimento. A mãe começou imediatamente a chorar e o pai verbalizou que não estava preparado para que se colocasse o aparelho gessado naquele momento pois pensava que a consulta era só para expor o caso à médica e que só noutra fase é que se iniciaria o tratamento. Já na presença da médica, a enfermeira preparou o material a utilizar para aplicar os aparelhos gessados, colaborou a médica a colocar os mesmos, incentivou os pais a tocar no bebé e a consolar o bebé sempre que chorava, foi explicando as reações do bebé, o que esperar e cuidados a ter em casa com o gesso, no banho e na mudança da fralda, necessidade de vigilância das extremidades e se dúvidas ligar para a consulta externa ou dirigir-se ao SU Ped do HDE. No final facultou um panfleto informativo e disponibilizou-se para esclarecer dúvidas.

10/01/2014

### Descrição das Observações

Neste dia fui assistir à consulta de preparação para a cirurgia realizada pela enfermeira em contexto de consulta de anestesia. A criança com proposta para cirurgia é convocada para a consulta de anestesia, cerca de 4 a 5 dias, antes da cirurgia e é associada à consulta de anestesia a preparação para a cirurgia realizada pela enfermeira. Neste dia a consulta de anestesia era direcionada à cirurgia ortopédica e por isso as crianças/jovens e famílias que foram atendidos iriam ser intervencionados pela ortopedia.

A consulta de preparação para a cirurgia tem como objetivo uniformizar os procedimentos de enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados. Assim, a preparação para a cirurgia pretende facilitar a preparação da criança/ jovem e família para a intervenção cirúrgica e para o internamento. A metodologia utilizada é o brincar terapêutico e a modelagem.

A preparação para a cirurgia é essencialmente direcionada para os pais quando a criança tem idade <5 anos e para os pais e criança quando a mesma tem idade > 5 anos. Outros fatores como o desenvolvimento psicomotor da criança e experiências anteriores de cirurgia (da criança/jovem e família) devem ser considerados pelo enfermeiro ao realizar a preparação para a cirurgia.

Nesta consulta as intervenções de enfermagem incidem sobre:

- o acolhimento da criança e família ou pessoa significativa;

- avaliação de conhecimentos e compreensão face à situação;
- esclarecimento de dúvidas;
- clarificação de conceitos para permitir a tranquilidade da criança/jovem e família;
- aplicação do creme ou penso EMLA, no caso de a criança ir realizar análises pré-operatórias;
- fornecer informação sobre a permanência dos pais a importância de trazer objeto significativo, cuidados de higiene operatórios, roupas e adornos, necessidade de jejum pré-operatório, características físicas da enfermaria, circuito BO/UCPA/enfermaria, localização do serviço e BO, fardamento do BO, vantagens a pré-medicação, tipo de indução anestésica, reações prováveis no pós-operatório imediato, controlo dador: estratégias farmacológicas e não-farmacológicas, tempo provável de internamento;
- identificação dos hábitos relacionados de vida diária, para adequar o material lúdico a utilizar na preparação da criança para a cirurgia;
- identificação da história de dor, o que permite conhecer as palavras que a criança utiliza para descrever a dor, as experiências dolorosas anteriores, as reações, assim como as estratégias que utilizam para lidar com a dor;
- Treino da escala de dor (crianças com idade >5 anos), com objetivo de ajudar a criança a compreender a dor e a capacitá-la para a utilização eficaz da escala de avaliação da intensidade da dor;
- Manuseamento do material lúdico com o objetivo de promover a aproximação antecipatória à situação real, favorecer a adaptação ao ambiente hospitalar e dar a conhecer os tipos de indução anestésica;
- Explicação sobre as zonas do corpo que vão estar envolvidas, favorecendo a adaptação à alteração da imagem corporal no pós-operatório;
- Esclarecimento de dúvidas colocadas durante a manipulação do material de forma a eliminar falsos conceitos e reduzir fantasias;
- Avaliação do comportamento/reacção da criança/jovem durante a entrevista;
- Validação das informações transmitidas;
- Entrega de folhetos informativos;

- Elaboração dos registos tendo de acordo com os dados colhidos, atividades de vida, intervenções de enfermagem, comportamento/reação do cliente e avaliação.

14/01/2014

### Descrição das Observações

Hoje tive a oportunidade de observar um penso de queimadura onde a adolescente (11 anos) se encontra em fase de exaustão e já não suporta a dor da realização do penso. A adolescente verbalizava que tinha medo e referia uma dor de intensidade 10. Este último penso foi extremamente difícil de realizar uma vez que a l. passou todo o tempo a gritar. Foi exclusivamente através do uso de técnicas não farmacológicas (diálogo, distração) que se conseguiu realizar o penso. Apresenta duas feridas, a zona dadora na face anterior da coxa e na região anterior da perna esquerda. Como a equipa está muito sensibilizada para o controlo da dor, foi proposta nova realização do penso com sedação vigil a 16/01. Foi explicado o procedimento à l. e ao pai, cuidados prévios como o jejum, cuidados durante o procedimento e efeitos esperados.

Um outro procedimento que observei foi a remoção de fios de Kirhsner de D2 da mão direita de uma criança de 2 anos que havia sido submetida a correção de sindactilia. A mãe tinha sido alertada para realizar analgesia à criança antes do procedimento, no entanto, não o fez. O procedimento foi muito rápido e aparentemente indolor pois a criança quase não chorou durante o mesmo. Nesta situação foi utilizada a técnica não farmacológica da distração com quinta pedagógica. Tive também a oportunidade de observar, na sala de gessos, a remoção de uma tala e de fios K do braço a uma criança de 3 anos que se manteve calmo e colaborante pois estava a ser usada a mesma técnica não farmacológica descrita anteriormente.

15/01/2014

### Descrição das Observações

Hoje tive a oportunidade de observar a reunião de equipa multidisciplinar da unidade de queimados. A equipa é composta por assistente social, psicóloga, dietista, enfermeira do internamento e da consulta externa, cirurgião, médico fisiatra e fisioterapeuta. Nesta reunião são discutidos os casos das crianças e jovens que sofreram queimadura, encaminhamento e rede de suporte. A enfermeira da consulta apresenta os casos das crianças que são seguidos no seu serviço e apresenta-se à criança e pais dos que vão ter alta, fazendo a articulação entre o internamento e a consulta. Nesta reunião discutiram-se igualmente novas abordagens ao tratamento da queimadura através da discussão relativa à introdução de novos apósitos na região dadora, por exemplo, como o uso de mepitel®.

O mepitel® é um apósito de silicone que tem como função servir de interface diminuindo a aderência ao leito da ferida sendo simultaneamente um epitelizante pois mantém a humidade no leito da ferida ideal à cicatrização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2011). **Estratégia de Enfermagem.** Manual de Qualidade do CHLC. Disponível na intranet do CHLC. Acedido a 06/01/2014.

Direção Geral de Saúde (2003). *Plano Nacional de Luta contra a Dor.* Circular Normativa nº9/DGCG 2003. Acedido a 19/01/2013. Disponível em [www.dgsaúde.pt](http://www.dgsaúde.pt).

Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.* Lisboa: DGS.

European Wound Management Association (EWMA) (2005). *Position Document: Identifying criteria for wound infection.* London: MEP Ltd.



## **APÊNDICE VIII**

Panfleto: “Cuidados Gerais à Pele pós UPP – Orientações Gerais”



## Serviço de Cirurgia Pediátrica



Se necessário contacte a Equipe de Saúde  
do Serviço de Cirurgia Pediátrica através do  
telefone: 217805221

Cuidados Gerais à Pele pós  
UPP

Orientações Gerais

## Úlcera por Pressão (UPP)

Uma úlcera por pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção (EPUAP, 2009).

### Cuidados Gerais à Pele pós-UPP

- ✓ Inspeção diária ou bidiária da pele: ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para UPP, como as regiões anatómicas sagrada, calcâneo, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão de dispositivos médicos;
- ✓ Manter a pele limpa e seca;
- ✓ Usar agente de limpeza suave: limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário.
- ✓ É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e desidratação da pele.

- ✓ Use hidratantes na pele seca e em áreas secas, principalmente após o banho, pelo menos 1 vez ao dia.
- ✓ Evitar água quente e fricção;
- ✓ Não massajar a pele sobre proeminências ósseas;
- ✓ Controlo da eliminação vesical/ intestinal: mudar imediatamente a fralda e realizar a limpeza da pele após evacuar;
- ✓ Usar hidratante com função barreira;
- ✓ Manter uma alimentação rica em proteínas (carne e peixe- 2 a 3 porções/dia), vitaminas (A e C- cogumelos, tomates, citirinos, legumes) e água (1,5L/dia).
- ✓ Minimizar a pressão fazendo redistribuição da mesma para manter a circulação nas áreas do corpo afetadas;
- ✓ Mudar de posição com frequência;
- ✓ O processo de cicatrização da pele pode demorar entre um a dois anos. Por isso, a pele deve ser reavaliada por profissional de saúde antes de retomar atividade física.

## **APÊNDICE IX**

Reflexão Crítica “ Comunicação com o Adolescente num  
Serviço de Urgência”





**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

**Reflexão Crítica**

Comunicação com o Adolescente num Serviço de Urgência

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa

Outubro, 2013





**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

### **Reflexão Crítica**

Comunicação com o Adolescente num Serviço de Urgência

Realizado por:

Justa Granjo

Professor Orientador:

Maria de Lourdes Oliveira

Lisboa

Outubro, 2013



A situação que passo a descrever diz respeito ao atendimento de uma jovem de 14 anos que recorreu ao serviço de urgência, trazida pelos bombeiros, por queda na via pública, com perda de conhecimento de acordo com relatos da população. À chegada dos bombeiros a jovem já se encontrava consciente, com amnésia para o acontecimento e com discurso incoerente, pelo que foi trazida ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUPed).

Na triagem, ao responder à pergunta porque recorreu ao SUPed, a jovem, ainda ligeiramente nervosa respondeu que estava ali porque tinha tido uma queda na rua e que não se lembrava do sucedido. À pergunta sobre o que tinha acontecido que pudesse provocar a queda a jovem referiu que durante todo o dia tinha andado nervosa por causa do tio. Foi então que relatou uma situação de grande preocupação com o tio, com quem vive, por conflitos com a polícia e pela possibilidade de prisão do mesmo. Nesse momento apareceu a tia dizendo que era a representante legal da adolescente. O fácies da jovem modificou-se no momento em que foi abordada pela tia e o seu olhar demonstrou apreensão. Para esclarecer a situação, pediu-se que a colega que realizava triagem na unidade ao lado suspende-se a chamada de novos utentes, esperou-se que o cliente que estava a ser triado nessa unidade saísse e pediu-se à tia e aos bombeiros para sair da sala, fechando a porta à saída. Na sala ficou a G., eu e enfermeira J., a enfermeira começou por explicar à G. que precisava de estar a sós com ela para poder perceber o contexto da situação, perguntando a sua idade, com quem vivia, alergias e patologias anteriores. Quando aproximou o termómetro auricular para avaliar a temperatura, a jovem retraiu-se e recuou, levantando o braço ao nível da cara, como que a defender-se. Nesse momento a enfermeira J. parou, explicou o que era e para que servia o aparelho, e numa atitude de abertura, esclarecendo à partida que poderia confiar, perguntou à G. se já tinha sido vítima de maus tratos, ao que a jovem respondeu positivamente. À pergunta se tinha sido abusada sexualmente, a G. referiu que tinha sido violentada pelo pai que vivia na Guiné e que estava em Portugal desde há 2 anos a viver com os tios que eram os seus representantes legais. Depois de questionada sobre como era a relação com os tios, a G. respondeu que gostava mais do tio porque a tia era muito “mandona”

mas que também gostava dela e que era melhor viver cá em Portugal do que lá na terra.

Após a entrevista à G. chamou-se a tia que estava a acompanhar e confirmaram-se os dados de saúde da G., motivo de vinda à urgência e pesou-se a G.. Atribuiu-se uma prioridade de urgente, identificando a jovem com uma pulseira laranja e a sua tia com a etiqueta de acompanhante. A enfermeira J. dirigiu-se ao médico para reportar a situação e a sua preocupação pela situação.

O tipo de triagem que os profissionais do Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria desenvolvem é uma Triagem Básica, executada por um profissional de enfermagem. Porém, “sempre que o enfermeiro tiver dificuldades em decidir sobre a prioridade do atendimento deve recorrer ao médico de apoio à triagem” (Hospital de Santa Maria, 1998, p.11). Segundo Murphy (1997) “triagem é um sistema de estabelecimento de prioridades, com o objetivo de avaliar o tipo de cuidados necessários e determinar a área de tratamento para onde devem ser enviados os utentes” (Hospital de Santa Maria, 1998, p. 6). Blynthin (1989) citado por Hospital de Santa Maria (1998) acrescenta ainda que a triagem envolve a avaliação do paciente pelo pessoal de enfermagem, que contribui para assegurar tanto os cuidados imediatos a um doente em estado crítico, como também os cuidados apropriados para as necessidades dos outros pacientes, reduzindo o tempo de espera.

Para além do acolhimento e da relação de ajuda ao jovem e família o enfermeiro na triagem desenvolve as seguintes funções:

1- Avaliação da situação de saúde do jovem (obtenção da história do utente (a) utilizando a técnica da entrevista e a sua observação);

(a) Motivo de recorrência ao SU; sinais e sintomas; início do problema e manifestações; evolução temporal do problema; medidas iniciadas em casa e seus resultados; se já recorreu a outro sistema de saúde; principal preocupação, alergias e outros problemas de saúde; avaliação de sinais vitais (TA, SatO<sub>2</sub>, peso e temperatura); observação física completa, observação de sinais de ansiedade dos pais; registo dos dados em ALERT

2- Estabelecimento de prioridades de atendimento (emergência, urgência, não urgência);

3- Encaminhamento do jovem e família para o local de atendimento: situações emergentes- sala de reanimação; situações urgentes- encaminhamento imediato para o médico; situações não urgentes- sala de espera;

4- Ensino ao jovem e família: apreciação das razões apontadas relativamente à escolha de um serviço desta natureza; ensino sobre medidas a tomar em casa em situação semelhante e sobre temas identificados pelo enfermeiro como oportunos; orientação sobre os recursos de saúde; validação do ensino com ao jovem e família e registo dos ensinios.

As atividades desenvolvidas na Triagem requerem que o enfermeiro desenvolva como competências de avaliação e eficiência em situações de tensão; atuação em situações de emergência; comunicação eficaz adaptada à etapa de desenvolvimento psicológico da criança/ adolescente; interpretação dos significados atribuídos pela jovem e família; antecipação, prevenção e resolução de situações provocadas por utentes com comportamentos inadequados e capacitação dos jovens e familiares na tomada de decisão, pois tal como refere Apolinário (2012, p. 84) o enfermeiro fornece “apoio profissional à Criança/ Família através do envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das Famílias e pela negociação”. Estas competências vão de encontro ao preconizado pela OE (2010, p. 3) para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) que descreve que o enfermeiro “diagnostica precocemente (...) e intervém em situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”.

Aliado a estas competências o enfermeiro realiza um acolhimento humanizado e personalizado, numa visão holística da criança, jovem e família. A filosofia dos cuidados de enfermagem prestados nesta Triagem é a dos Cuidados Centrados na Família (CCF) que concebe o cuidar em enfermagem partindo do “pressuposto que de que a Família é também alvo dos cuidados, procurando-se manter e reforçar os papéis e laços da Família com a Criança e ajudar a manter a normalidade das rotinas familiares” (Apolinário, 2012, p. 84).

Na Triagem o enfermeiro desenvolve a competência de comunicação assertiva com o adolescente e família no sentido em que adota uma atitude confiante, demonstrando atenção, positivismo e abstendo-se de julgamentos. Pois como Riley

(2012) afirma “assertividade é a chave para o sucesso nas relações com o cliente, com a família, com a enfermeira e com outros colegas. É a habilidade de expressar as tuas ideias, pensamentos e os teus sentimentos sem induzir ansiedade ou desgaste nos outros”. Assim, a capacidade de observação e a competência de comunicação assertiva desenvolvida pela Enf<sup>a</sup> J. permitiram avaliar na adolescente um comportamento exagerado, como proteger-se do termómetro com o braço, que suscitou dúvidas e despoletou a exploração da situação de um modo mais privado, podendo perceber alguns medos e os significados atribuídos pela G. à situação familiar atual.

Nesta situação específica foi deveras interessante explorar, mesmo na Triage onde se preconiza um atendimento rápido e eficaz, os mecanismos de proteção que a G. possuía no sentido de se tornar mais resiliente. A resiliência é definida por Assis, Pesce e Avanci (2006, p. 63) como “o resultado final de processos de proteção que não eliminam os riscos experimentados, mas que encorajam o indivíduo a lidar efetivamente com a situação e a sair fortalecido da mesma.” Segundo os mesmos autores os fatores de proteção que a jovem dispõe internamente e aqueles que capta do meio em que vive são fundamentais para potencializar a resiliência (Assis, Pesce e Avanci, 2006). Neste caso conseguiu-se apurar que a autoestima positiva e o autocontrole da G. constituem fatores de proteção intrínsecos. Só foi possível, no entanto, perceber no contexto de Triage, um dos fatores de proteção que a G. dispõe relativamente aos relacionamentos com os amigos, professores ou pessoas significativas (fatores extrínsecos), uma vez que ela considera a presença do tio, no seio da família, a pessoa significativa que a apoia e suporta. Segundo os autores Assis, Pesce e Avanci (2006, p.63) os fatores de proteção são “influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta de uma pessoa a algum evento de vida que lhe desencadeou sofrimento”.

A situação descrita demonstra a importância do desenvolvimento de competências na área da comunicação assertiva, por parte do enfermeiro. O EESCJ deve treinar o discurso no sentido de conseguir confrontar assertivamente o adolescente com as suas atitudes e comportamentos, obtendo informação, clarificando-a e promovendo a responsabilidade e envolvimento no processo saúde-doença, quer com o adolescente, quer com a sua família.

Considero que esta situação foi bem explorada pela enfermeira da Triagem que conseguiu, apesar das condições adversas próprias do contexto, criar condições para uma comunicação eficaz (promover a privacidade), identificar o problema, decodificar os significados atribuídos pela G. à situação, explorar os fatores protetores que contribuem para a resiliência e clarificar com a G. a situação que a trouxe ao SUPed., registrando em ALERT e comunicando com o médico as informações obtidas de forma clara e sucinta.

Neste contexto de Serviço de Urgência penso que a postura da enfermeira foi eficiente e assertiva o que levou ao estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na confiança e na verdade. A comunicação verbal foi simples e adaptada ao grau de compreensão da G., clara, breve e concisa, apropriada às circunstâncias e adaptada às reações da adolescente. Segundo Phaneuf (2005) a comunicação verbal deve ser abster-se do uso de termos que não sejam compreendidos pelo adolescente que escuta, deve excluir abreviaturas, siglas, termos específicos e médicos, com construções de frases demasiado complicadas; devem utilizar-se conceitos que não levem a várias interpretações, bem como utilizar discurso adaptável às reações do adolescente, modificando o curso da interação, sempre que necessário.

De futuro, como EEESCJ considero premente desenvolver competências na área da comunicação assertiva, utilizando algumas técnicas de comunicação terapêutica como a orientação, comentários abertos, recapitulação, reflexão, clarificação, síntese e planificação (Riley, 2012), na abordagem ao adolescente, em qualquer contexto de cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apolinário, Marta Isabel Correia Gaio. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência IIIª Série, Edição N.º 7*.

Assis; Pesce; Avanci (2006). *Resiliência, Enfatizando a Proteção dos Adolescentes*. Artmed Editora. São Paulo.

*Manual de Triagem (1998)*. Hospital de Santa Maria- Serviço de Urgência de Pediatria.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. III Volume. “Cadernos da OE”. Número 2, Série 1.

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

Riley (2012). *Communication in Nursing*. Elsevier, Mosby. 7<sup>th</sup> ed. ISBN: 978-0-323-083.

## **APÊNDICE X**

Reflexão Crítica Inserida no Estágio do Serviço de  
Cirurgia Pediátrica





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

### **Reflexão Crítica**

Inserida no Estágio do Serviço de Cirurgia Pediátrica

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa

Fevereiro, 2014





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

### **Reflexão Crítica**

Inserida no Estágio do Serviço de Cirurgia Pediátrica

Realizado por:

Justa Granjo, n. 4891

Professora Orientadora:

Maria de Lourdes Oliveira

Lisboa

Fevereiro, 2014



A situação que passo a descrever diz respeito ao atendimento de um jovem de 16 anos que foi submetido há 4 meses a excisão de sinus pilonidalis por método aberto, que esteve encerrado durante duas semanas e que há duas semanas atrás, apresentou deiscência da cicatriz.

A ferida que observei apresentava exsudado esverdeado, cheiro fétido, tinha cerca de 5cm por 5cm, com profundidade de 3cm e tinha, no seu interior, pilosidade, os bordos da ferida apresentavam tecido de epitelação embora com ligeiro rubor, o que sugere novo processo inflamatório, e o leito da ferida apresentava tecido de hipergranulação, sangrante e friável, sugestivo de presença bacteriana.

Inicialmente, e porque já tinha estabelecido com o jovem uma relação de confiança, tentei perceber o que tinha sido mal interpretado/ percebido relativamente aos ensinamentos realizados sobre os cuidados a ter em casa diariamente. É de notar que os ensinamentos realizados diziam respeito à necessidade de inspecionar diariamente a cicatriz, lavar com água e sabão e secá-la convenientemente, uma vez que se encontra numa região que facilmente fica húmida, aumentando a possibilidade de abrir gretas ou fissuras. Relativamente aos posicionamentos foi orientado para apenas se sentar de lado, evitando a pressão sobre a cicatriz, por períodos inferiores a 20 min.

Na abordagem inicial utilizei o humor para “quebrar o gelo” pois o D. estava pouco comunicativo, apreensivo e expectante relativamente à minha reação. Evitou o olhar direto e quando me coloquei no seu campo de visão desviou o olhar, nesse momento confrontei-o com a necessidade de me olhar nos olhos; como ele estava deitado na marquesa, baixei-me por forma a ficar ao mesmo nível dele e olhando-o frontalmente, perguntei se tinha pedido a colaboração dos pais na inspeção da cicatriz ao que me respondeu que sim, quando questionado sobre se tomava banho diariamente e se lavava a cicatriz, hesitou na resposta e, por fim, respondeu que não porque esteve cerca de 3 dias sem tomar banho.

Percebi nesse momento que a causa da deiscência da cicatriz tinha sido a ausência de autocuidado e deficiência na realização dos cuidados de higiene diários.

O autocuidado deve ser um dos focos de enfermagem no atendimento ao adolescente pois segundo a CIPE (OE, 2011, p.41), o autocuidado diz respeito à “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”; atividades como o lavar-se, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, virar-se, transferir-se e divertir-se, são atividades de autocuidado. Neste período do desenvolvimento, o adolescente procura a autonomia e a independência relativamente ao seu autocuidado, assim, evita constantemente a participação dos pais ou cuidadores para realizar uma tarefa de cuidado ao seu corpo. O enfermeiro EESCJ deve atender a este pressuposto para, por um lado, diminuir a recidiva e promover o aumento da elasticidade e resistência da pele cicatrizada e, por outro, minorar os sentimentos do adolescente relativamente à dependência do cuidador, principalmente na adolescência média (entre os 15-17 anos), pois tal como nos refere Hockenberry & Wilson (2011), esta etapa é marcada por importantes conflitos com os pais sobre o controle e a independência.

Relativamente ao tratamento da ferida, comecei por avaliar o exsudado (quantidade, cheiro e cor), os bordos da ferida (maceração, rubor) e o leito da ferida (tipo de tecido, presença de corpos estranhos). Procedi, com técnica asséptica, à lavagem da ferida por irrigação, por forma a remover o exsudado e resíduos do leito da ferida. No tratamento de feridas a limpeza é um componente vital. A preparação do leito da ferida é fundamental para a criação de um ambiente promotor da cicatrização, favorecendo uma melhor vascularização, com menor exsudado, controlando a carga bacteriana (Rodrigues e Silva, 2012). Apesar de já existirem diversos estudos na área do tratamento de feridas, a técnica de limpeza mais apropriada é ainda um ponto de discussão. Encontram-se descritas na literatura diversas técnicas de limpeza, sendo as mais conhecidas: a limpeza com compressa; a irrigação (baixa e alta pressão); a imersão e o chuveiro.

Segundo Rodrigues e Silva (2012, p. 30),

a irrigação parece ser a técnica de limpeza mais indicada no tratamento de feridas, no entanto não existe consenso relativamente à pressão indicada, aos equipamentos e à quantidade de irrigante a ser utilizados. A imersão e o chuveiro surgem-nos como outras opções de limpeza de feridas que segundo alguns estudos demonstram também ser eficazes, enquanto que a limpeza tradicional com compressa parece não estar

fundamentada, apesar de atualmente ainda ser uma prática corrente, sendo cada vez mais desencorajada a sua utilização

Uma vez que a ferida descrita apresentava sinais de infeção com exsudado fétido, de cor esverdeado e em grande quantidade, recorri ao médico assistente no sentido de prescrever antibioterapia pois o tratamento local não iria ser suficiente. Segundo a EWMA (2013, p. 27)

a escolha entre o tratamento local ou sistémico depende da perceção dos sinais e sintomas da infeção e do regime adotado previamente na gestão do regime terapêutico. Em casos de infeção disseminada os antibióticos sistémicos são normalmente selecionados de forma empírica no tratamento da ferida. Caso contrário, são escolhidas estratégias locais de tratamento de feridas e/ou são iniciadas medidas profiláticas

Segundo a EWMA (2010), a infeção da ferida caracteriza-se pela presença de sinais inflamatórios (como calor, rubor, dor e limitação funcional) acrescida da produção de excesso de exsudado, tecido de granulação friável, mudança de odor, estagnação no processo de cura e sinais serológicos como leucocitose e aumento da proteína C-reativa (PCR), por exemplo.

Relativamente à escolha do apósito adequado ao tratamento da ferida descrita, Baranoski, S. e Ayello, E. (2010) defendem que para escolher corretamente o tipo de penso a utilizar, o enfermeiro deve proceder a uma avaliação completa da ferida que pode ser baseada no acrónimo MEASURES:

**M**inimizar o trauma no leito da ferida;

**E**liminar o espaço morto;

**A**valiar e tratar a quantidade de exsudado;

**S**uportar o sistema de defesa tecidual corporal;

**U**sar agentes de limpeza de feridas não tóxicas;

**R**emover a infeção, detritos e tecido necrosado;

**M**anutenção do ambiente, incluindo isolamento térmico e leito da ferida húmido;

**M**anter as lesões protegidas da invasão bacteriana na pele circundante

Ao realizar o tratamento o enfermeiro deve ter como objetivos promover a cicatrização, proteger a pele e tecidos adjacentes, prevenir a infeção, drenar o conteúdo da ferida e manter o conforto e bem-estar do utente (DGS, 2008).

Acredito que os enfermeiros que se encontram numa posição privilegiada, devem aplicar os conhecimentos e competências desenvolvidas, no que diz respeito à gestão do tratamento de feridas, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e assim obter ganhos em saúde. Simultaneamente, devem aproveitar qualquer motivo de proximidade do adolescente aos serviços de saúde para promover o desenvolvimento saudável e a adoção de comportamentos de busca de saúde, reduzindo a adoção de comportamentos de risco.

Neste sentido, o enfermeiro deve providenciar cuidados ao adolescentes promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de estratégias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência científica para fundamentar a tomada de decisão (OE, 2010).

Penso que a minha postura de constante procura e atualização de conhecimentos na área da gestão do tratamento de feridas e nas estratégias de comunicação com o adolescente, são fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem personalizados e de qualidade. Pretendo, no futuro, continuar a investir nesta área por forma a aumentar a adesão dos adolescentes ao regime terapêutico, diminuir o tempo de cicatrização da ferida e, por conseguinte, obter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e simultaneamente ganhos em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (2009). *Prevenção de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápido* (European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, Trad.). Lisboa: Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. (Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide, 2009).
- Baranoski, Sharon (2006). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas: Princípios Práticos*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-03-8.
- Costa (2005). *Dicionário de Termos Médicos*. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-05281-3.
- China, Maria do Carmo Alves (2011). *Atividade física, desporto e lazer na adolescência*. Faculdade de Educação Física e Desporto. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Tese de Mestrado. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2008). *Manual de Normas de Enfermagem*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Acedido a 17/12/2013. Disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)
- Elias, C. et al (2009). *Material de Penso com Ação Terapêutica- Penso: Ato de pensar uma ferida*. Tipografia Lousanense, Lda. ISBN 978-20-1596-5
- European Wound Management Association (EWMA) (2005). *Position Document: Identifying criteria for wound infection*. London: MEP Ltd.
- European Wound Management Association (EWMA) (2010). *Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the*

quality of evidence in wound management. London: *Journal of Wound Care*. vol 19. n.º 6.

European Wound Management Association (EWMA) (2013). Antimicrobials and Non-healing Wounds: Evidence, controversies and suggestions. London: *Journal of Wound Care*. vol. 22 . n.º 5.

Hockenberry & Wilson (2011). Wong's nursing care of infants and child. 9<sup>th</sup> ed. Mosby: USA. ISBN 978-0-323-06912-0.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 978-92-95094-35-2.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. I Volume. "Cadernos da OE". Número 3, Série 1.

Ordem dos Farmacêuticos (2012). Manual de Material de Penso com Ação Terapêutica. Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. Cadavalgráfica- Artes Gráficas, Lda. ISBN 978-989-98069-1-7.

Rocha, M.J. (2006). Feridas- Uma Arte Secular- Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas. Minerva, Coimbra.

Rodrigues e Silva (2012). Limpeza de Feridas: Técnicas e Soluções. *Journal of Tissue Regeneration & Healing*. 25-31. Lisboa. APTFeridas.

World Health Organization (2003). Adherence to long term therapies: Evidence for action. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

Wounds International (2012). *International consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review*. London: Wounds International.  
Disponível em: <http://www.woundsinternational.com>.



## **APÊNDICE XI**

Reflexão Crítica Inserida no Estágio da Consulta  
Externa





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

### **Reflexão Crítica**

Inserida no Estágio da Consulta Externa

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa

Janeiro, 2014





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

### **Reflexão Crítica**

Inserida no Estágio da Consulta Externa

Realizado por:

Justa Granjo

Professora Orientadora:

Maria de Lourdes Oliveira

Lisboa

Janeiro, 2014



A situação que passo a descrever ocorreu no dia 06 de Janeiro de 2014, cerca das 11h30' quando foi realizada a remoção de pontos da mão a uma criança de dois anos, sob sedação vígil. A enfermeira que realiza o atendimento à criança/jovem e família na sala de pensos, tinha detetado que a criança poderia não colaborar na remoção dos pontos da mão e, como tal, esclareceu os pais sobre os benefícios de controlar a dor e ansiedade da criança recorrendo à sedação vígil, disponibilizando também o folheto informativo e esclarecendo dúvidas acerca do procedimento e cuidados a ter.

Assim, programou nova vinda ao hospital para, com o apoio da anestesia, realizar a remoção de pontos. Quando cheguei junto da criança ela já estava sob o efeito da terapêutica e tive a oportunidade de observar que os seus pais utilizavam o toque como estratégia não farmacológica do alívio da dor ao mesmo tempo que o tentavam tranquilizar e adormecer. A enfermeira preparou o material necessário e tinha providenciado previamente um ambiente escurecido e calmo para que o procedimento fosse realizado de uma forma não traumática.

Avaliou TA, FC e sat O2 antes e após o procedimento, colaborando com o cirurgião na remoção dos pontos. Avaliou o estado de consciência da criança e após bem acordado, deu indicação para os pais lhe iniciarem líquidos. Realizou ensinamentos aos pais sobre sinais de alarme, cuidados com o penso e encaminhou-os para nova consulta. Após a tolerância alimentar a criança pôde sair da consulta na companhia dos pais.

Após a observação do procedimento fiquei deslumbrada com a capacidade de articulação dos diferentes elementos da equipa de saúde (anestésista, enfermeiro, cirurgião) que trabalham em conjunto com o objetivo de promover o conforto e bem-estar à criança e família.

Senti que neste local se prestam cuidados de qualidade e que o modelo conceptual dos cuidados centrados na família é mobilizado na prática.

Nesta situação a enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem baseou-se no modelo conceptual dos cuidados centrados na família, utilizando a parceria e os cuidados não traumáticos como ferramenta no sentido de promover o saudável crescimento e desenvolvimento da criança, gerindo o bem-estar,

detetando precocemente situações que possam afetar a qualidade de vida da criança/jovem e família (OE, 2010).

No intuito de humanizar cada vez mais o cuidar em enfermagem (Apolinário, 2012), a filosofia de **cuidados centrados na família**, considera a família como o foco dos cuidados apoiando-se nas seguintes premissas: a criança é parte integrante do sistema familiar e a família é constante na vida da criança, enquanto os sistemas de suporte flutuam espaço-temporalmente dentro do sistema familiar (Hockenberry & Wilson, 2011).

Neste sentido o enfermeiro deve conhecer a família e suas capacidades para fazer face às adversidades, respeitar a diversidade cultural da família e reconhecer diferentes métodos de empoderamento, partilhando a informação de acordo com o tipo de família e grau de compreensão (Hockenberry & Wilson, 2011). Para tal o enfermeiro utiliza, na sua avaliação inicial, um guião disponibilizado pelo HDE que tem por base no modelo teórico de Nancy Roper, Logan e Tierney, e que estrutura a colheita e dados relativamente a vários pontos: conservação de ambiente seguro, comunicação, respiração, ingestão de alimentos e bebidas, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controlo da temperatura corporal, atividades e exercícios, ocupação dos tempos livres, expressão da sexualidade, hábitos de sono e repouso e circunstâncias que rodeiam a morte.

O reconhecimento por parte do enfermeiro das competências familiares permite que este apoie e fomente a aquisição de novas competências ou pura e simplesmente refine as previamente adquiridas. A **parceria de cuidados** pressupõe que os elementos envolvidos (família-enfermeiro) acreditem na partilha de conhecimentos, práticas e recursos que os beneficiam mutuamente (Hockenberry & Wilson, 2011). É dever do enfermeiro especialista potencializar as competências parentais no sentido de responder às necessidades da família, trabalhando com a mesma em parceria (OE, 2010). Nesta situação a enfermeira fazia o constante reforço da necessidade da criança em se sentir tocada e apoiada pelos pais com verbalização de reforços positivos e elogios ao seu comportamento.

Os **cuidados não traumáticos** são os cuidados terapêuticos prestados à criança/jovem e família de forma a minimizar ou eliminar o desconforto físico ou psicológico experienciado pela criança/jovem e família. Desta forma o enfermeiro deve ter como objetivo não causar qualquer tipo de dano tendo em atenção três princípios:

minimizar a separação da criança da família, promover o sentimento de controlo sobre a situação e minimizar a dor ou lesão corporal (Hockenberry & Wilson, 2011).

Como tal, importa desenvolver capacidades de relação que aumentem o bem-estar do utente/ família e ao mesmo tempo competências técnico- científicas que reduzam a dor ou o desconforto do utente, pois como defende Oliveira (2008), “uma enfermeira competente a nível relacional saberá utilizar da melhor forma técnicas de comunicação que facilitarão a interação”, pois, “para os enfermeiros é o alívio do sofrimento que constitui a referência fundamental para qualquer teoria, modelo ou prática de cuidados.”.

A dor é definida segundo a International Association for the Study of Pain (1999) como uma experiência sensorial e desagradável associada a uma lesão tecidular real ou potencial. Nesta ordem de ideias, a Direção Geral de Saúde (2003) elaborou o Plano Nacional de Luta Contra a Dor considerando-a como o quinto sinal vital e propondo a avaliação da mesma através de escalas, de modo a torná-la mensurável.

Neste procedimento o controle da dor foi realizado recorrendo a estratégias não farmacológicas e farmacológicas. As estratégias não farmacológicas usadas com esta criança foram o toque dos pais e a massagem e como estratégias farmacológicas foram usadas a associação de paracetamol (analgésico) e de droperidol, midazolam e xarope comum (mistura E)(**sedação vígil**).

Segundo Faleiro e Gamboa (2010, p. 9) citando Nóbrega (2004), “a definição de **sedação vígil** é equivalente à de sedação mínima com efeito ansiolítico e analgésico preventivo. Neste tipo de técnica, os fármacos utilizados, a via de administração e a dose utilizada devem oferecer uma margem de segurança suficientemente grande, de modo a tornar a perda de consciência improvável”. A sedação vígil provoca na criança obnubilação do estado de consciência que reduz a recordação do procedimento, aumenta a colaboração no procedimento e reduz o medo, ansiedade e dor. O envolvimento dos pais neste procedimento é imprescindível pois exige que estes compreendam o objetivo, a necessidade de jejum, a via de administração e as reações possíveis à terapêutica. Nesta situação a dor foi avaliada e sistematicamente registada, utilizando a escala de heteroavaliação FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), bem como os restantes sinais vitais.

Os registos de enfermagem são elaborados em sistema informático Medsoft que permite registar sistematicamente a dor da criança em termos de intensidade, localização e escala utilizada, os procedimentos realizados (ex: acolhimento, ensinamentos, remoção de pontos/agrafos e sedação vigil), bem como as intervenções e avaliação de enfermagem. Considero muito positiva a utilização dos registos informatizados uma vez que promovem a continuidade dos cuidados e podem facilitar o levantamento dos dados em caso de auditoria ou tratamento estatístico para programas de melhoria da qualidade dos cuidados.

Futuramente, como enfermeira ESCJ, em situações semelhantes, poderei diminuir a ansiedade e medo da criança e pais, planeando e antecipando o procedimento doloroso. No acolhimento, o enfermeiro deve atender a aspetos como a apresentação e a utilização da linguagem e tom de voz adequada, promovendo ensino sobre conceitos e reações da criança à técnica, papel dos pais antes, durante e após o procedimento, bem como cuidados a ter em casa e sinais de alarme.

Uma boa aposta nos cuidados antecipatórios proporcionam-nos resultados mais satisfatórios pois os pais da criança envolvem-se no procedimento, já sabendo o que é esperado que aconteça, o que diminui a ansiedade, aumenta a sua colaboração e confiança na equipa de saúde (Faleiro e Gamboa, 2010).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde (2003). Plano nacional de luta contra a dor. *Circular Normativa nº9/DGCG 2003*. Acedido a 19/01/2013. Disponível em [www.dgsaúde.pt](http://www.dgsaúde.pt).
- Faleiro, S., Gamboa, S. (2010). O alívio da dor, na realização dos pensos de queimaduras, em pediatria- intervenções de enfermagem. *Folha dos Queimados*. nº 22. Janeiro/Junho.
- Hockenberry & Wilson (2011). *Wong's nursing care of infants and child*. 9<sup>th</sup> ed. Mosby: USA. ISBN 978-0-323-06912-0.
- Jasper, M (2003). *Beginning Reflective Practice*. United Kingdom.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Oliveira, C. (2008). *Procedimentos de Enfermagem Dolorosos: Respostas de Mães e Enfermeiras numa Unidade Pediátrica*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.



## **APÊNDICE XII**

Relatório Síntese da Implementação do Projeto de  
Intervenção em Enfermagem



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Relatório Síntese da Implementação do Projeto de Intervenção em Enfermagem**

Inserido no Estágio no Serviço de Cirurgia Pediátrica

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa

Maio, 2014



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Relatório Síntese da Implementação do Projeto de Intervenção em Enfermagem**

Inserido no Estágio no Serviço de Cirurgia Pediátrica

Docente Responsável:

Maria de Lourdes Oliveira

Enfermeiro de Referência:

Maria Helena Parreira

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa

Maio, 2014



## ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	7
1- PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	8
2- AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	10

### APÊNDICES

**Apêndice I-** Análise Estatística da Percentagem de Adolescentes com Ferida a quem foi Aplicado o Projeto

**Apêndice II-** Apresentação dos Resultados do Questionário para a Avaliação da Satisfação relativamente aos Cuidados de Enfermagem no Atendimento ao Adolescente com Ferida



## **NOTA INTRODUTÓRIA**

No domínio da gestão da qualidade, a criação de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados prestados é uma competência importante do enfermeiro especialista (OE, 2010), neste sentido desenvolveu-se um projeto de atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família, com a finalidade obtenção de ganhos em saúde.

A metodologia utilizada assentou no processo de enfermagem, fundamentada na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003).

Desta forma, desenvolveu-se um procedimento de enfermagem relativamente ao atendimento ao adolescente com ferida com a finalidade de melhorar o atendimento de enfermagem ao adolescente com ferida e sua família, partindo da relação terapêutica estabelecida com o enfermeiro, o que permitiu uma intervenção de enfermagem holística e personalizada, minorando os efeitos negativos que pudessem decorrer da situação, com o objetivo de obter maior conforto e bem-estar.

## **1. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM: “Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida- Contributo do Cuidador”**

O Projeto de Intervenção em Enfermagem: Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente com Ferida- Contributo do Cuidador, foi apresentado e discutido em equipa, nas passagens de turno. A metodologia utilizada permitiu esclarecer todos os elementos da equipa relativamente à implementação e avaliação dos resultados do mesmo.

Considerámos que, dada a carência de enfermeiros no serviço e sabendo muitos deles trabalham por turnos, poderiam não ter conhecimento deste projeto, apesar do mesmo ter sido deixado em suporte de papel no serviço para que pudesse ser consultado sempre que necessário.

Assim, de acordo com o procedimento, o enfermeiro que desempenha funções no Hospital de Dia do Serviço de Cirurgia Pediátrica, desenvolveu as atividades descritas nas várias fases do processo de cuidados de enfermagem, utilizando os instrumentos desenvolvidos para o efeito.

Ao contrário do que havia sido planeado inicialmente, este projeto iniciou a sua implementação na primeira semana de maio de 2014, sendo que os resultados apresentados dizem apenas respeito aos dados colhidos durante as primeiras duas semanas desse mês, uma vez que, no contexto de acreditação do Serviço de Cirurgia Pediátrica, era imperativo a apresentação de programas de melhoria da qualidade. A segunda avaliação externa por parte da ACSA/DGS realizou-se a 2 de Junho de 2014.

## **2. AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Com o objetivo de obter indicadores de resultado relativos à percentagem de adolescentes com ferida a quem foi aplicado o projeto, registou-se em folha de Excel que existe no Ambiente de Trabalho da Sala de Tratamentos, os dados necessários: nome, idade, diagnóstico, tipo de ferida, data de início do tratamento e data de término do mesmo. Assim, os resultados foram tratados estatisticamente recorrendo ao Microsoft Office. No apêndice I podemos observar os mesmos de modo mais pormenorizado.

Outro indicador de resultado prendeu-se com a entrega de um questionário de avaliação da satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem prestados no momento da alta do Hospital de Dia, que foi preenchido anonimamente pelos adolescentes e colocado na caixa de sugestões que existe no serviço para o efeito. O questionário incluía duas questões que diziam respeito à caracterização da população, onze questões onde se utilizou uma escala de satisfação, desde “Totalmente Satisfeito” até “Nada Satisfeito” e uma questão aberta de “Sugestões”. Este questionário foi trabalhado quantitativamente e a questão aberta foi sujeita à análise temática de conteúdo (Apêndice II).

Os resultados ainda não foram apresentados à equipa de enfermagem envolvida dado que dizem respeito apenas a um curto período de tempo. É nossa intenção continuar a implementar o projeto por forma a obter resultados sensíveis à prática de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amado, João da Silva (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. Revista Referência. Nº5. 53- 63p.

Bardin, Laurence (2004). Análise de Conteúdo. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70.

Hockenberry & Wilson (2011). Wong's nursing care of infants and child. 9<sup>th</sup> ed. Mosby: USA. ISBN 978-0-323-06912-0.

Polit, Denise; Beck, Cheryl; Hungler, Bernadette (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-984-3.

Phaneuf, Margot (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.

Riley (2012). *Communication in Nursing*. Elsevier, Mosby. 7<sup>th</sup> ed. ISBN: 978-0-323-083.

Serpa & Raposo (2012). Desvendar para Compreender e Cuidar- Grau de Satisfação do Adolescente Face à Consulta de Enfermagem Que Lhe é Dirigida. *Sinais Vitais*, Ciência & Técnica, Janeiro.





**APÊNDICE I - Análise Estatística da Percentagem de Adolescentes com  
Ferida a Quem Foi Aplicado o Projeto**



No curto período de tempo (duas semanas) em que foi implementado o projeto de intervenção em enfermagem foram incluído 8 adolescentes, cuja média de idades foi 15,125, sendo 87,5% do sexo masculino e 12,5% feminino, como podemos avaliar no quadro abaixo.

Quadro 1- Lista de Adolescentes com Ferida a quem foi aplicado o Projeto de Intervenção em Enfermagem

Nome	Idade (anos)	Sexo	Diagnóstico	Tipo de Ferida	Tratamento	
					Data de Início	Data de término
D. R.	17	M	sinus pilonidalis	deiscência de ferida	d-m-a	d-m-a
R. F.	15	M	sinus pilonidalis	método aberto	d-m-a	d-m-a
J. S.	12	M	doença de cronh	desiscência de sutura	d-m-a	d-m-a
R. S.	15	M	sinus pilonidalis	drenagem de abcessc	d-m-a	d-m-a
M. F.	16	M	sinus pilonidalis	método aberto	d-m-a	d-m-a
R. B.	15	F	sinus pilonidalis	método aberto	d-m-a	d-m-a
P. R.	15	M	sinus pilonidalis	método fechado	d-m-a	d-m-a
T. G.	16	M	apendicite	deiscência de sutura	d-m-a	d-m-a

Fonte: Folha de Excel criada no projeto como instrumento a utilizar pelo enfermeiro e que se encontra em formato digital no computador da sala de tratamentos

Nota: Para manter a confidencialidade dos dados, o nome e data de início e término do tratamento foram ocultados



**APÊNDICE II - Apresentação dos Resultados do Questionário para a Avaliação da Satisfação relativamente aos Cuidados de Enfermagem no Atendimento ao Adolescente com Ferida**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

**Resultados do Questionário para a Avaliação dos Cuidados de Enfermagem no  
Atendimento ao Adolescente com Ferida**

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa

Maio, 2014



---

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

**Resultados do Questionário para a Avaliação dos Cuidados de Enfermagem no  
Atendimento ao Adolescente com Ferida**

Realizado por:

Justa Granjo

Professora Orientadora:

Maria de Lourdes Oliveira

Lisboa

Maio, 2014



## ÍNDICE

	Pág.
1. Caracterização da População .....	7
1.1. Idade .....	7
1.2. Género .....	7
2. Acessibilidade aos Cuidados de Enfermagem .....	8
3. Aspeto Físico do Hospital de Dia .....	9
4. Apresentação do/a enfermeiro/a .....	9
5. Clareza da informação transmitida sobre os cuidados de enfermagem.....	10
6. Facilidade na comunicação com o enfermeiro .....	11
7. Relação de confiança com o/a enfermeiro/a .....	11
8. Sentir preservada a sua privacidade .....	12
9. Alívio dos Sintomas.....	12
10. Envolvimento e participação na tomada de decisão terapêutica.....	13
11. Facilidade em verbalizar sentimentos e emoções.....	13
12. Satisfação geral com os cuidados prestados .....	14
13. Sugestões .....	14
14. Principais Conclusões .....	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	16

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

	Pág.
Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos relativamente à percentagem <i>versus</i> idade .....	7
Gráfico 2- Distribuição dos sujeitos relativamente ao género .....	8
Gráfico 3 - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente ao aspeto físico do Hospital de Dia .....	9
Gráfico n. 4 - Grau de satisfação relativamente à facilidade na comunicação com o enfermeiro.....	11
Gráfico n. 5 - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente ao alívio dos sintomas	12
Gráfico n. 6 - Grau de satisfação relativamente ao envolvimento e participação na tomada de decisão .....	13

**ÍNDICE DE TABELAS**

	Pág.
Tabela n. 1 - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente à acessibilidade aos cuidados de enfermagem .....	8
Tabela n. 2 - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente à apresentação do/a enfermeiro/a.....	10
Tabela n. 3 - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente à clareza da informação transmitida sobre os cuidados de enfermagem .....	10
Tabela n. 4 - Grau de satisfação relativamente à relação de confiança com o/a enfermeiro/a.....	11
Tabela n. 5 - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente a sentir preservada a sua privacidade .....	12
Tabela n. 6 - Grau de satisfação relativamente à facilidade em verbalizar sentimentos e emoções.....	13
Tabela n. 7 – Grau de satisfação geral com os cuidados prestados .....	14

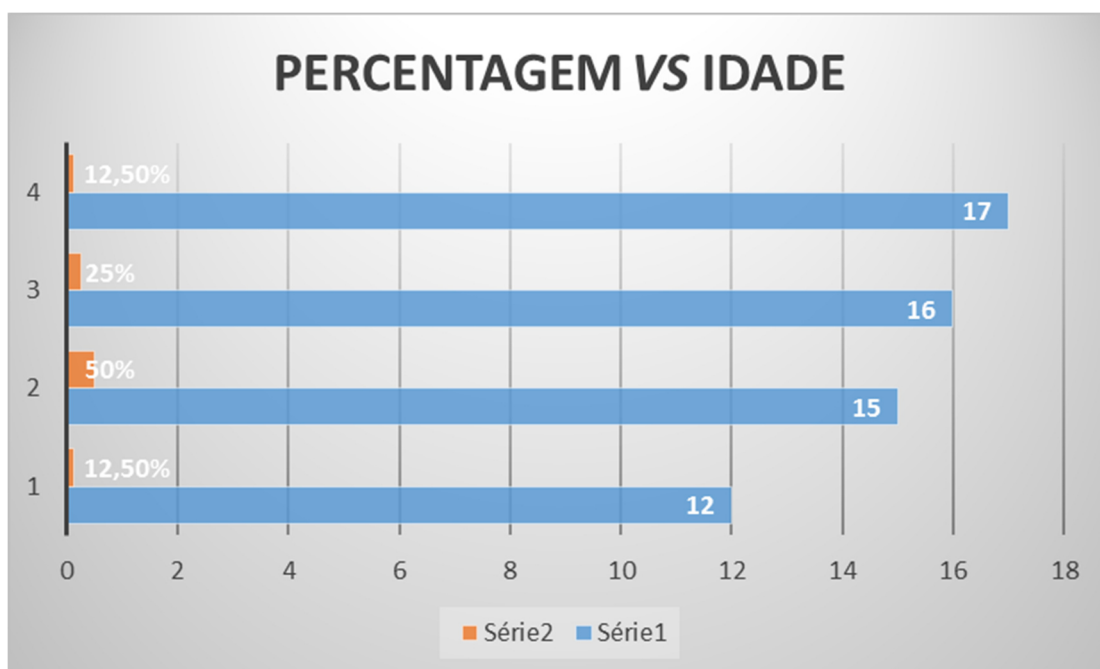
Os questionários de avaliação da satisfação dos cuidados de Enfermagem no atendimento ao adolescente com ferida foram aplicados aos sujeitos incluídos no projeto, obtendo-se os seguintes resultados:

### 1. Caracterização da População

#### 1.1. Idade

Como podemos observar no gráfico 1 relativamente à idade, 50% dos sujeitos tem cerca de 15 anos, sendo que a população varia entre o início da adolescência e o final da mesma.

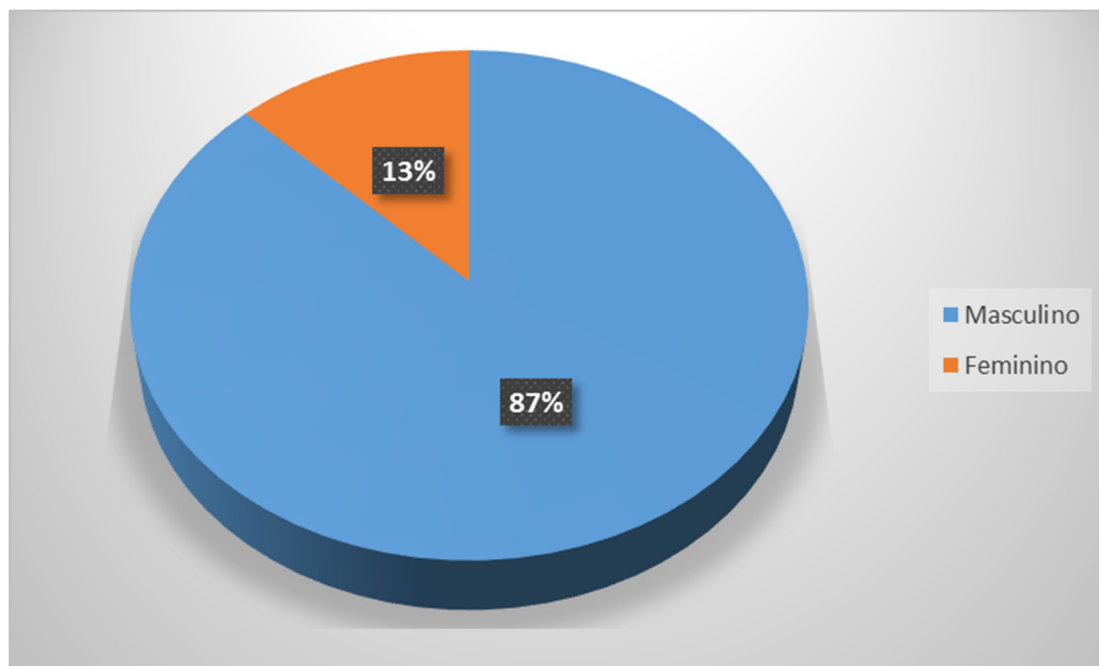
**Gráfico 1** - Distribuição dos sujeitos relativamente à percentagem *versus* idade



#### 1.2. Género

No que diz respeito ao género podemos constatar, de acordo com o gráfico 2, que 87,5% são do sexo masculino e 12,5% são do sexo feminino.

**Gráfico 2-** Distribuição dos sujeitos relativamente ao género



## 2. Acessibilidade aos Cuidados de Enfermagem

Como podemos verificar na tabela nº 1 cerca de 62,5% dos sujeitos considera-se “Totalmente Satisfeito” relativamente à acessibilidade aos cuidados de enfermagem, sendo que 37,5% refere estar “Muito Satisfeito”.

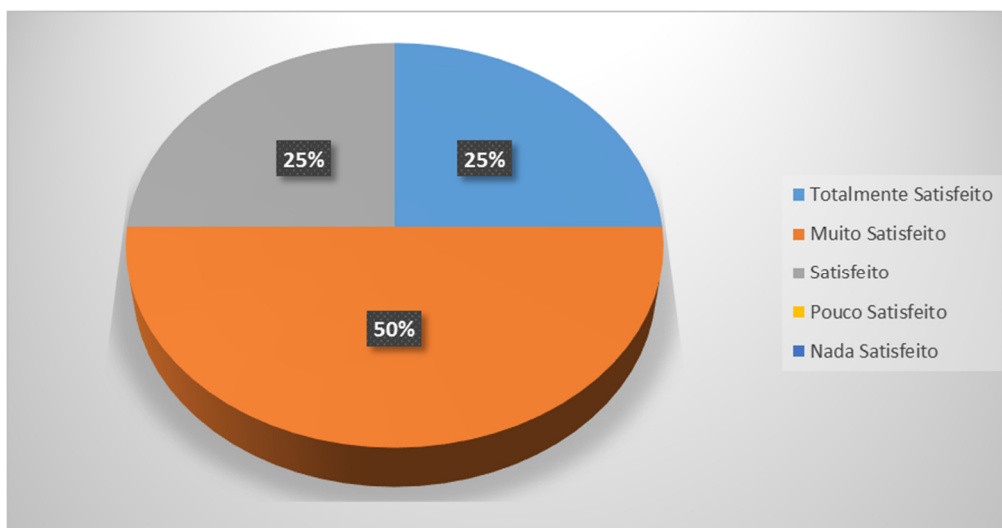
**Tabela n. 1** - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente à acessibilidade aos cuidados de enfermagem

<b>Grau de Satisfação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Totalmente Satisfeito	5	62,5
Muito Satisfeito	3	37,5
Satisfeito	0	0
Pouco Satisfeito	0	0
Nada Satisfeito	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

### 3. Aspeto Físico do Hospital de Dia

No que diz respeito ao aspeto físico do Hospital de Dia (por exemplo: conforto, luz, temperatura) 50% dos sujeitos classificaram-no em “Muito Satisfeito”, sendo que 25% se sentiam “Totalmente Satisfeito”, contrapondo outros 25% que consideram “Satisfeito”.

**Gráfico 3** - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente ao aspeto físico do Hospital de Dia



### 4. Apresentação do/a enfermeiro/a

Conforme podemos observar na tabela n. 2 e, no que diz respeito à apresentação do/a enfermeiro/a, 75% dos sujeitos mostram-se “Totalmente Satisfeito”, 12,5% dizem-se “Muito Satisfeito” e 12,5% “Satisfeito”.

**Tabela n. 2** - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente à apresentação do/a enfermeiro/a

<b>Grau de Satisfação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Totalmente Satisfeito	6	75
Muito Satisfeito	1	12,5
Satisfeito	1	12,5
Pouco Satisfeito	0	0
Nada Satisfeito	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

### 5. Clareza da informação transmitida sobre os cuidados de enfermagem

Relativamente à clareza da informação transmitida acerca dos cuidados de enfermagem 87,5% consideram “Totalmente Satisfeito” e 12,5% “Satisfeito”, como podemos averiguar na tabela n. 3.

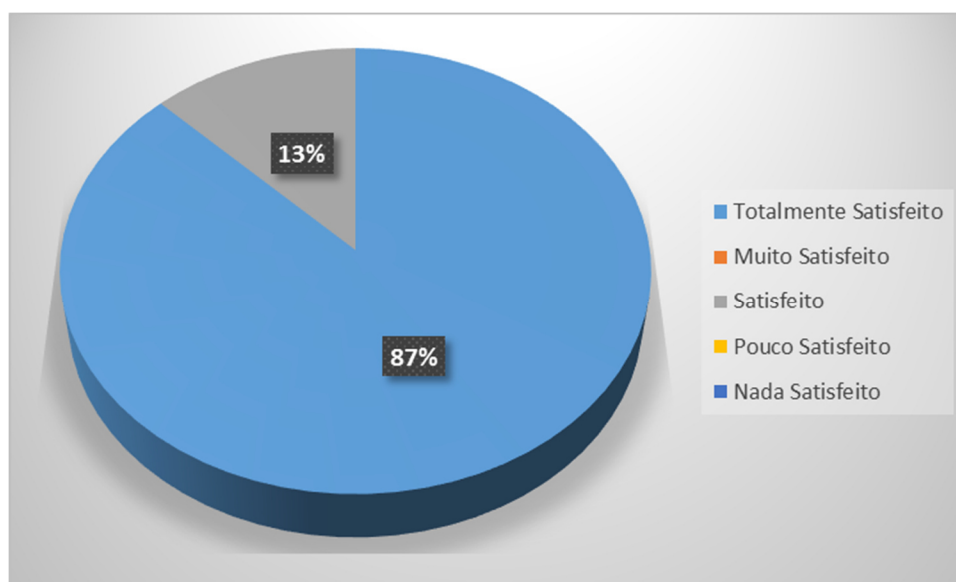
**Tabela n. 3** - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente à clareza da informação transmitida sobre os cuidados de enfermagem

<b>Grau de Satisfação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Totalmente Satisfeito	7	87,5
Muito Satisfeito	0	0
Satisfeito	1	12,5
Pouco Satisfeito	0	0
Nada Satisfeito	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

## 6. Facilidade na comunicação com o enfermeiro

Na avaliação do grau de satisfação dos sujeitos relativamente à facilidade na comunicação com o enfermeiro e tal como podemos verificar no gráfico n. 4, 87% dos sujeitos referem estar “Totalmente Satisfeito” e 13% “Satisfeito”.

**Gráfico n. 4** - Grau de satisfação relativamente à facilidade na comunicação com o enfermeiro



## 7. Relação de confiança com o/a enfermeiro/a

Tal como se verifica na tabela n. 4, 87,5% dos sujeitos referem “Totalmente Satisfeito” e 12,5% apenas “Satisfeito”.

**Tabela n. 4** - Grau de satisfação relativamente à relação de confiança com o/a enfermeiro/a

Grau de Satisfação	n	%
Totalmente Satisfeito	7	87,5
Muito Satisfeito	0	0
Satisfeito	1	12,5
Pouco Satisfeito	0	0
Nada Satisfeito	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

## 8. Sentir preservada a sua privacidade

Tal como podemos observar na tabela n. 5, 75% dos sujeitos referem-se “Totalmente Satisfeito” relativamente a sentir preservada a sua privacidade, 12,5%, correspondente a um sujeito, refere-se “Muito Satisfeito” e outro (12,5%) refere “Satisfeito”.

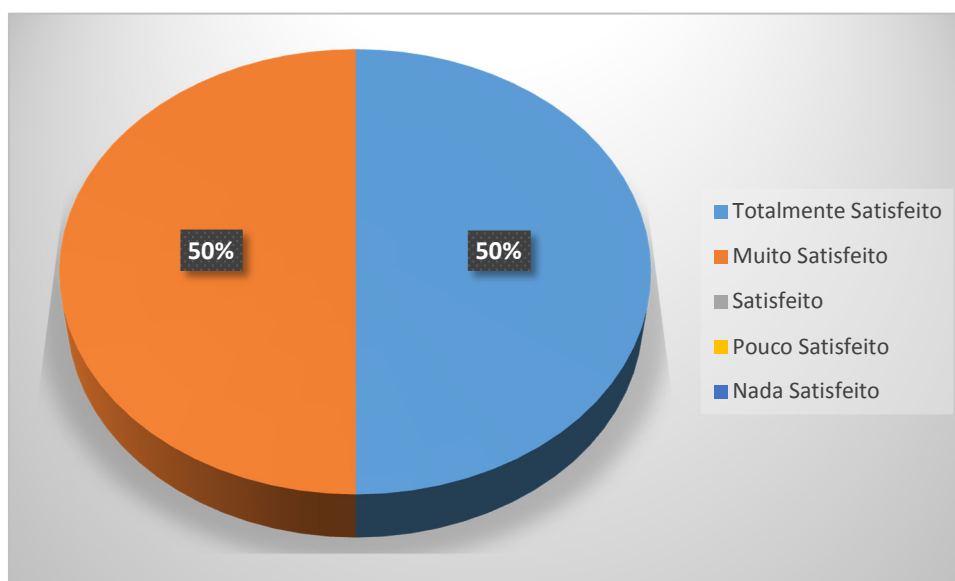
**Tabela n. 5** - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente a sentir preservada a sua privacidade

<b>Grau de Satisfação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Totalmente Satisfeito	6	75
Muito Satisfeito	1	12,5
Satisfeito	1	12,5
Pouco Satisfeito	0	0
Nada Satisfeito	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

## 9. Alívio dos Sintomas

Consultando o gráfico n. 5, podemos verificar que os sujeitos se distribuem uniformemente, com 50%, entre o “Totalmente Satisfeito” e o “Muito Satisfeito”.

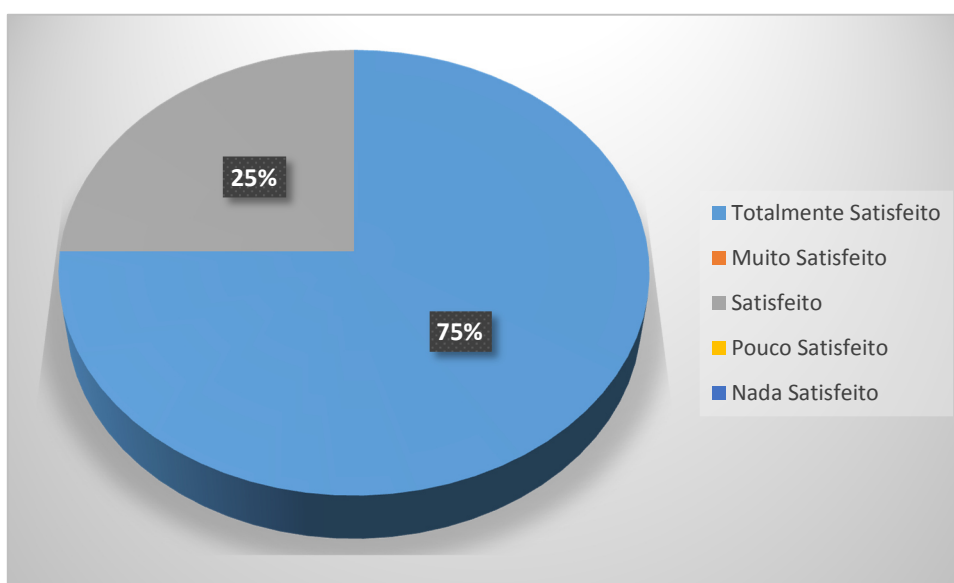
**Gráfico n. 5** - Grau de satisfação dos sujeitos relativamente ao alívio dos sintomas



### 10. Envolvimento e participação na tomada de decisão terapêutica

Relativamente ao gráfico n. 6, constata-se que 75% dos sujeitos se posicionam no “Totalmente Satisfeito” e 25% dos mesmos se declaram “Satisfeitos”.

**Gráfico n. 6** - Grau de satisfação relativamente ao envolvimento e participação na tomada de decisão



### 11. Facilidade em verbalizar sentimentos e emoções

Atendendo à tabela n. 6, podemos constatar que 75% dos sujeitos referem “Totalmente Satisfeito”, bem como 12,5% se consideram “Muito Satisfeito”, porém podemos igualmente observar que 12,5% se sente “Pouco Satisfeito”.

**Tabela n. 6** - Grau de satisfação relativamente à facilidade em verbalizar sentimentos e emoções

<b>Grau de Satisfação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Totalmente Satisfeito	6	75
Muito Satisfeito	1	12,5
Satisfeito	0	0
Pouco Satisfeito	1	12,5
Nada Satisfeito	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

## 12. Satisfação geral com os cuidados prestados

De acordo com a tabela n. 7, 87,5% dos sujeitos consideram-se “Totalmente Satisfeito” e apenas 12,5% “Satisfeito”.

**Tabela n. 7** – Grau de satisfação geral com os cuidados prestados

<b>Grau de Satisfação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Totalmente Satisfeito	7	87,5
Muito Satisfeito	0	0
Satisfeito	1	12,5
Pouco Satisfeito	0	0
Nada Satisfeito	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

## 13. Sugestões

No campo relativo às sugestões apenas um sujeito escreveu “ligar o ar condicionado”, sendo que esta questão ficou por responder em 87,5%.

## 14. Principais Conclusões

Da análise dos questionários emergiram as seguintes conclusões:

- ✓ 50% dos sujeitos tem cerca de 15 anos, sendo que a população varia entre o início da adolescência e o final da mesma;
- ✓ 87,5% dos sujeitos são do sexo masculino e 12,5% são do sexo feminino;
- ✓ 62,5% dos sujeitos considera-se “Totalmente Satisfeito” relativamente à acessibilidade aos cuidados de enfermagem, sendo que 37,5% refere estar “Muito Satisfeito”;
- ✓ No que diz respeito ao aspeto físico do Hospital de Dia, 50% dos sujeitos classificaram-no em “Muito Satisfeito”;
- ✓ Relativamente à apresentação do/a enfermeiro/a, 75% dos sujeitos mostram-se “Totalmente Satisfeito”, 12,5% dizem-se “Muito Satisfeito” e 12,5% “Satisfeito”;

- 
- ✓ No ponto, clareza da informação transmitida acerca dos cuidados de enfermagem, 87,5% consideram “Totalmente Satisfeito” e 12,5% “Satisfeito”;
  - ✓ Na avaliação do grau de satisfação dos sujeitos relativamente à facilidade na comunicação com o enfermeiro 87% dos sujeitos referem estar “Totalmente Satisfeito” e 13% “Satisfeito”;
  - ✓ 87,5% dos sujeitos referem “Totalmente Satisfeito” e 12,5% apenas “Satisfeito”, no que se refere à relação de confiança com o/a enfermeiro/a;
  - ✓ 75% dos sujeitos referem-se “Totalmente Satisfeito” relativamente a sentir preservada a sua privacidade;
  - ✓ Relativamente ao alívio dos sintomas, 50% dos sujeitos situam-se entre o “Totalmente Satisfeito” e o “Muito Satisfeito”
  - ✓ No que respeita ao grau de satisfação relativamente ao envolvimento e participação na tomada de decisão, 75% dos sujeitos se posicionam no “Totalmente Satisfeito”;
  - ✓ Na facilidade em verbalizar sentimentos e emoções, podemos constatar que 75% dos sujeitos referem “Totalmente Satisfeito”;
  - ✓ No ponto relativo à satisfação geral com os cuidados prestados, 87,5% dos sujeitos consideram-se “Totalmente Satisfeito”.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Amado, João da Silva (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. Revista Referência. N°5. 53- 63p.

Bardin, Laurence (2004). Análise de Conteúdo. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70.

Polit, Denise; Beck, Cheryl; Hungler, Bernadette (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-984-3.

## **APÊNDICE XIII**

Relatório Síntese da Sessão de Formação (SUPED)



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Relatório Síntese da Sessão de Formação**

Inserido no Estágio no Serviço de Urgência Pediátrica

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa

Outubro, 2013



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Relatório Síntese da Sessão de Formação**

Inserido no Estágio no Serviço de Urgência Pediátrica

Docente Responsável:

Maria de Lourdes Oliveira

Enfermeiro de Referência:

Joaquina Antunes

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa

Outubro, 2013



## ÍNDICE

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA.....	7
1. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	8
2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	11
APÊNDICES	
APÊNDICE I -Questionário para Levantamento das Necessidades Formativas da Equipa de Enfermagem	
APÊNDICE II - Compromisso Formalmente Assumido	
APÊNDICE III - Documento “Cuidar do Adolescente: Estratégias de Comunicação”	
APÊNDICE IV - Diapositivos “Estratégias de Comunicação no Cuidar do Adolescente”	
APÊNDICE V - Diapositivos “Levantamento das Necessidades Formativas da Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência de Pediatria”	
APÊNDICE VI - Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação	
APÊNDICE VII - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação	
ANEXOS	
ANEXO I - Declaração da Sessão de Formação em Serviço	



## **NOTA INTRODUTÓRIA**

Para o estágio em serviço de urgência pediátrica desenvolveu-se um plano de formação. O diagnóstico de situação realizou-se através da entrevista informal à enfermeira responsável pela unidade e à enfermeira de referência. Aplicou-se aos enfermeiros, após devida autorização da Direção de Enfermagem e da Direção do Departamento de Pediatria do CHLN-HSM (Centro Hospitalar Lisboa Norte- Hospital de Santa Maria), um questionário relativo às necessidades de formação da equipa de enfermagem dentro da área temática que escolhemos desenvolver (Apêndice I). Foi entregue em anexo ao questionário uma declaração onde nos comprometemos a manter a confidencialidade (Apêndice II) Dos 24 enfermeiros pertencentes ao serviço, apenas foram inquiridos 19 enfermeiros (por ausência de férias e outros por baixa médica), obtendo resposta de 13 elementos.

Definiu-se como objetivo de estágio “Desenvolver competências relativamente à Comunicação com o Adolescente”. Para atingir este objetivo desenvolveu-se um trabalho escrito: “Cuidar do Adolescente: Estratégias de Comunicação” (Apêndice III) e realizou-se uma reflexão crítica. No final do estágio, foram apresentados os resultados do questionário aos enfermeiros (Apêndice V) e feita uma sessão de formação sobre a temática que gostariam de ver tratada (Apêndices IV e VI).

## **1. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

Tema: “Estratégias de Comunicação no Cuidar do Adolescente”

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência de Pediatria do CHLN- HSM

Objetivo Geral:

- ✓ Identificar estratégias comunicacionais utilizadas pelo enfermeiro no atendimento ao adolescente no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar características do desenvolvimento do adolescente;
- ✓ Esclarecer conceitos inerentes à comunicação;
- ✓ Refletir sobre situações da prática.

	MÉTODOS	MAE	TEMPO	FORMADOR
<b>INTRODUÇÃO</b> - Apresentação pessoal - Apresentação do tema/justificação - Metodologia	Expositivo	Cartaz Computador	5'	Justa Granjo
<b>DESENVOLVIMENTO</b> - Apresentação dos resultados do questionário aplicado aos enfermeiros do serviço; - Características do desenvolvimento do adolescente; - Princípios básicos da comunicação; - Estratégias de comunicação no cuidar do adolescente.	Expositivo e Participativo	“	25'	
<b>CONCLUSÃO</b> - Discussão de casos práticos; - Síntese das ideias principais / relevantes.	Expositivo e Participativo	“	15'	
<b>AValiação</b> - Aplicação de inquérito de avaliação da sessão.	Participativo	“	10'	

## 2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Para proceder à avaliação desta sessão de formação, optou-se por realizar um questionário (Apêndice VII) com quatro questões, sendo que as 3 iniciais incluíam resposta fechada, com recurso a uma escala ordinal (Fortin, 1999), e uma última questão para comentários ou sugestões que considerassem pertinentes mencionar e que não estivessem contemplados na avaliação através da escala.

Os resultados das primeiras 3 questões foram trabalhados estatisticamente, utilizando o programa Excel da Microsoft Office e no que diz respeito ao tratamento da questão aberta utilizei a análise temática de conteúdo de Bardin, segundo Amado (2000, p.53) que consiste na “ (...) técnica que procura “arrumar” num conjunto de categorias de significação o “conteúdo manifesto” dos mais diversos tipos de comunicações (...)”.

Assim, dos 19 enfermeiros do serviço, estiveram presentes 7 (36,84%), destes, 100% avaliaram a pertinência do tema abordado em *Muito Pertinente*. No que concerne aos conteúdos da sessão classificaram-nos em *Muito Bons* e 14,29% em *Bons*.

Finalmente, no que respeita à metodologia utilizada 85,71% dos enfermeiros consideraram-na como *Muito Adequada* e 14,29% como *Adequada*.

No espaço reservado aos comentários ou sugestões, obtivemos 5 asserções na categoria Muito Bom. Assim, os sujeitos referiram: “*Formação muito sintetizada mas bastante adequada ao espaço e às necessidades pedidas*”; “*Apresentação pertinente de forma apropriada. Conteúdos muito adequados. BOA INTERAÇÃO COM A EQUIPA.*”; “*Necessidade de mais tempo para “discussão” mas foi deveras interessante.*”; “*Muito pertinente e adequado. Gostaria de mais exemplos e discuti-los em equipa.*” e “*Continua o bom trabalho!*”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amado, João da Silva (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. Revista Referência. N°5. 53- 63p.

Bardin, Laurence (2004). Análise de Conteúdo. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70.

Hockenberry & Wilson (2011). Wong's nursing care of infants and child. 9<sup>th</sup> ed. Mosby: USA. ISBN 978-0-323-06912-0.

Polit, Denise; Beck, Cheryl; Hungler, Bernadette (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-984-3.

Phaneuf, Margot (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.

Riley (2012). *Communication in Nursing*. Elsevier, Mosby. 7<sup>th</sup> ed. ISBN: 978-0-323-083.

Serpa & Raposo (2012). Desvendar para Compreender e Cuidar- Grau de Satisfação do Adolescente Face à Consulta de Enfermagem Que Lhe é Dirigida. *Sinais Vitais*, Ciência & Técnica, Janeiro.







**APÊNDICE I - Questionário para Levantamento das Necessidades Formativas da  
Equipa de Enfermagem**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**QUESTIONÁRIO**

**MARIA JUSTA PINTO GRANJO**

**LISBOA**

**2013**



Caro(a) colega,

Sou estudante do 4º Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e estou interessada em realizar o diagnóstico de interesses e necessidades de formação relativas ao atendimento de enfermagem ao adolescente.

Muito agradecia a sua colaboração no preenchimento de um questionário. A informação fornecida será absolutamente confidencial, razão pela qual não deverá assinar o questionário.

Por favor, leia atentamente as questões e dê-me a sua opinião, justificando-a sempre que possível.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Justa Granjo



### QUESTIONÁRIO

1. Idade: \_\_\_\_ (anos completos)
2. Sexo: F  M
3. Anos de Profissão: \_\_\_\_\_ (anos completos)
4. Formação Académica: \_\_\_\_\_
5. Necessidades de formação relativo ao atendimento do adolescente: (pode colocar mais do que uma cruz)
  - Estratégias de comunicação com o adolescente
  - Entrevista ao adolescente
  - Outras  Quais? \_\_\_\_\_
6. Estratégias utilizadas no cuidado ao adolescente: (pode colocar mais do que uma cruz)
  - Utiliza linguagem adequada à idade
  - Explica previamente os procedimentos
  - Questiona o adolescente relativamente à presença dos pais
  - Promove a privacidade
  - Escuta ativamente
  - Evita juízos de valor
  - Permite a escolha do acompanhante pelo adolescente
  - Outras  Quais? \_\_\_\_\_
7. Dificuldades no atendimento do adolescente: (pode colocar mais do que uma cruz)
  - Abordagem e comunicação
  - Tempo disponível
  - Presença dos pais
  - Obtenção de informação relevante
  - Estabelecimento de relação de confiança
  - Ausência de espaço físico adequado
  - Outras  Quais? \_\_\_\_\_
8. Necessidades de formação: Sim  Não 
  - a) Se respondeu Sim, refira em que área \_\_\_\_\_



**APÊNDICE II - Compromisso Formalmente Assumido**



## COMPROMISSO FORMALMENTE ASSUMIDO

### DECLARAÇÃO

Eu, Maria Justa Pinto Granjo, enfermeira do CHLN – HSM, a desenvolver um programa de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no atendimento ao adolescente com ferida e sua família, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, declaro garantir a confidencialidade em relação à informação disponibilizada.

Lisboa, ..... de ....., de 20...

.....  
(Assinatura)



**APÊNDICE III - Documento “Cuidar do Adolescente: Estratégias de  
Comunicação”**



---

# **Cuidar do Adolescente:**

## **Estratégias de Comunicação**



Justa Granjo

Lisboa  
Outubro, 2013



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

4º Curso de Mestrado de Enfermagem Área de Especialização em  
Saúde Infantil e Pediatria

**Cuidar do Adolescente:  
Estratégias de Comunicação**

Justa Granjo

Lisboa

Outubro, 2013



*“The most effective, adolescent health promotion efforts  
must actively involve teenagers at all stages.”*

(Hockenberry & Wilson (2011, p. 772)

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

OE: Ordem dos Enfermeiros

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

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE .....</b>	<b>10</b>
<b>2. COMUNICAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>3. CUIDAR DO ADOLESCENTE: ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>4. CONCLUSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>18</b>



## INTRODUÇÃO

Este trabalho partiu de um problema detetado na prática de cuidados relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros no atendimento ao adolescente. Decorrente desta problemática surgiu a seguinte questão: que estratégias de comunicação deverá o enfermeiro utilizar no atendimento ao adolescente?

O interesse pela problemática partiu dos enfermeiros no atendimento do adolescente no Serviço Urgência Pediátrica, decorrente da análise dos resultados obtidos da aplicação de um questionário. O objetivo era identificar as estratégias de comunicação implementadas pelo enfermeiro no atendimento ao adolescente. Para responder a este objetivo foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os conceitos centrais à problemática;
- Planear intervenção de enfermagem no atendimento ao adolescente.

A metodologia utilizada foi descritiva e reflexiva, baseada na revisão sistemática da literatura sobre a temática e estruturámos o trabalho de acordo com a apresentação dos principais conceitos e fundamentação relativa às intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento saudável do adolescente. Conceptualizámos a problemática de acordo com a investigação, planeando estratégias de mudança na prática.

## 1. CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

A adolescência é uma etapa entre a infância e a idade adulta que se inicia com as alterações da puberdade e caracteriza-se por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais, muitas delas geradoras de crises, conflitos e contradições (OMS, 1986, citado por China, 2011).

Hockenberry & Wilson (2011) referem que as mudanças na adolescência ocorrem em diferentes níveis e esta envolve três diferentes subestádios: o início da adolescência (11-14 anos), a adolescência média (15-17 anos) e o final da adolescência (18-20 anos).

Segundo Erickson, a adolescência é caracterizada também por uma crise de identidade de grupo *versus* alienação, período no qual procura a autonomia e desenvolvimento de uma identidade de grupo seguida de uma identidade pessoal, distanciando-se e rejeitando a identidade da geração dos seus pais (Hockenberry & Wilson, 2011).

De acordo com Piaget, os adolescentes possuem a capacidade de pensamento abstrato, manipulando mentalmente mais de duas categorias de variáveis ao mesmo tempo, podendo pensar sobre o seu próprio pensamento e o dos outros, embora ainda se centrem muito no presente (Hockenberry & Wilson, 2011).

Kohlberg defende que é neste período que o adolescente procura um código moral que mantenha a sua integridade pessoal e orientem os seus comportamentos. Na fase final da adolescência, assiste-se a um questionamento intenso dos valores morais vigentes e da sua importância para a sociedade e para o próprio, baseando-se essencialmente na observação do que os adultos atribuem como um código moral, embora não o pratiquem (Hockenberry & Wilson, 2011).

Para Hockenberry & Wilson (2011, p.748), a autonomia inclui “as componentes: emocional, cognitiva e comportamental”. A autonomia emocional refere-se ao desenvolvimento da independência decorrente dos relacionamentos; a autonomia cognitiva diz respeito ao desenvolvimento de capacidades de pensamento sobre os seus próprios pensamentos e emoções; a autonomia comportamental relaciona-se com a capacidade de tomar decisões e colocá-las em prática.

O estilo de vida do adolescente, ativo ou sedentário, é também influenciado pelos determinantes de saúde, sejam eles fatores de risco ou protetores, de ordem individual, familiar, emocional, sociocognitivo ou cultural (Simões et al, 2010).

Os problemas que surgem nesta etapa são provenientes da adaptação do adolescente aos novos desafios: transformações do corpo, conquista de autonomia, construção de novas relações interpessoais, progressão acadêmica, pertença a um grupo de pares, necessidade de se sentir útil para os outros e de se sentir valorizado perante a sociedade (Simões, 2007).

## 2. COMUNICAÇÃO

Comunicar não é algo que acontece pura e simplesmente, requer atenção ao conteúdo da mensagem, bem como à forma como é apresentada, de modo a que possa chegar a ser corretamente recebida e compreendida.

Nem sempre se é capaz de transmitir uma mensagem de forma eficaz e, por vezes, a comunicação é bloqueada, distorcida ou filtrada. As **barreiras à comunicação** podem ser por má dicção, erros de escuta, má escolha das palavras, cansaço, preocupações, má relação com o interlocutor, sobrecarga de informação, diferenças interculturais, vocabulário elaborado, entre outras (Phaneuf, 2005).

A relação com os outros implica, entre outras características, a vontade e a capacidade de escuta, compreendê-lo na sua diferença e especificidade. Deste modo, devemos na prática, **evitar obstáculos à escuta** como interrupções sistemáticas, juízos de valor, escutar só apenas o que queremos, indiferença, impaciência, insegurança, falta de empatia ou falta de tempo (pressão).

Para que a comunicação seja eficaz é essencial que se tenha presente não só o significado que atribuímos às palavras, gestos e expressões, mas também aos possíveis significados que as outras pessoas com quem comunicamos lhes possam dar. Assim como a **atitude comunicacional** (interpretação, avaliação, exploração, orientação, apoio e compreensão empática), o **estilo de comunicação** adotados (agressivo, passivo, manipulador ou assertivo), produzem no outro sentimentos que podem bloquear (sensação de agressão psicológica, agressividade, humilhação, indignação) ou facilitar a comunicação (apoio, afetividade, confiança, suporte emocional, aceitação) e o enfermeiro deverá estar atento as todas estas situações.

A **linguagem corporal** é igualmente um fator a considerar uma vez que os gestos, o olhar, a expressão facial, as posturas e o movimento do corpo, confirmam as palavras ou pelo contrário desmentem-nas.

### 3. CUIDAR DO ADOLESCENTE: ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

Na comunicação com o adolescente e, partindo do conhecimento prévio das suas características de desenvolvimento, o enfermeiro pode adotar estratégias promotoras de uma comunicação eficaz.

Segundo Phaneuf (2005), a comunicação verbal deve ser **simples** (uso de termos que sejam compreendidos pelo adolescente que escuta, excluindo abreviaturas, siglas, termos específicos e médicos, com construções de frases demasiado complicadas); **clara** (utilização de conceitos que não levem a várias interpretações; devem ser dadas as explicações necessárias); **breve, concisa e em ligação com o tema principal a desenvolver** (para que o adolescente não se perca nas explicações de uma comunicação que toca em vários assuntos ao mesmo tempo); **apropriada ao tempo e às circunstâncias** (escolher o momento mais conveniente para recolher ou comunicar informações relevantes); **adaptável às reações do adolescente** (o enfermeiro deve ter a capacidade de adaptar o seu discurso de acordo com a reação do adolescente, modificando o curso da interação).

Com efeito, o primeiro passo para uma comunicação eficaz é a escuta. Para recorrer à **escuta ativa** (Riley, 2004) o enfermeiro deve:

- a) Parar de falar; Ouvir como gostaria que o ouvissem;
- b) Renunciar e assumir uma atitude voluntária e consciente;
- c) Ativar sentimentos de aproximação;
- d) Dar feedback gestual; Observar os gestos e as expressões gestuais;
- e) Evitar preconceitos; Não pode escutar uma mensagem se estiver a avaliá-la ou a julgá-la;

- f) Observar a linguagem corporal para ver se é coerente com a não verbal;
- g) Procurar identificar o objetivo principal do adolescente;
- h) Estabelecer empatia;
- i) Orientar o diálogo com perguntas e/ou reformulações;
- j) Não julgar o adolescente pela sua aparência;
- k) Distinguir o real do imaginário, os fatos das opiniões;
- l) Atentar ao que não é dito.

Relativamente à **atitude comunicacional**, o enfermeiro deve privilegiar a atitude de **apoio** e de **compreensão empática**, de modo a obter, por parte do adolescente, sentimentos de afetividade, confiança, suporte emocional e aceitação. Assim, deve recorrer a frases/ palavras como: *“Concordo”*; *“Parabéns”*; *“Se bem compreendi o que sentes é...?”*; *“Pelos tuas palavras depreendo que...”*.

A adoção do **estilo assertivo** pelo enfermeiro no cuidar o adolescente é igualmente uma estratégia a implementar uma vez que permite colocar as situações de forma clara, defendendo os seus direitos sem violar ou desrespeitar os direitos dos outros, recorre à negociação com o adolescente com base em interesses mútuos, estabelece uma relação fundada na confiança e é verdadeiro consigo mesmo e com o adolescente.

A linguagem corporal adotada pelo técnico de saúde pode transmitir ao adolescente mensagens negativas e positivas; a **linguagem corporal** que o enfermeiro deve desenvolver na sua prática para transmitir mensagens positivas, deve privilegiar uma **postura** direita, mas descontraída, com ombros direitos, recorrendo a poucos movimentos, confortável, de cabeça erguida ou levemente inclinada; os **gestos** devem caracterizar-se por movimentos casuais com as mãos, mãos descontraídas, mãos abertas com as palmas para fora, inclinações da cabeça ocasionais; a **expressão facial** deve transmitir ar descontraído, interessado e atencioso, sorriso

genuíno, boca descontráida; a **voz** deve ser sonora, firme, agradável, suave e fluente, com fácil eloquência e risos só associados a humor.

De acordo com Riley (2004), algumas técnicas de comunicação terapêutica que o enfermeiro pode desenvolver na relação com o adolescente são:

- a. o **silêncio** (capacidade do enfermeiro comunicar com o adolescente, recorrendo à linguagem não verbal, aceitando-o);
- b. a **orientação/ preparação** (fornecer informações ao adolescente com o intuito deste saber o que se espera dele);
- c. os **comentários abertos** (realizar observações de âmbito geral capazes de direcionar a interação e encorajar o adolescente a prosseguir);
- d. **consideração** (reconhecer a importância do adolescente na interação);
- e. **recapitulação** (validação da interpretação da mensagem por parte do enfermeiro ao adolescente);
- f. **reflexão** (remeter ao adolescente as suas próprias ideias, sentimentos, questões e conteúdo, com o intuito deste reconhecer a importância das mesmas);
- g. **clarificação** (pede input ao adolescente para compreender a mensagem recebida);
- h. **validação consensual** (o enfermeiro demonstra o desejo de compreender o significado de sinais ou conotação de palavras específicas emitidas pelo adolescente);
- i. **focalização** (realizar questões ou afirmações com o intuito de ajudar o adolescente a desenvolver uma ideia);
- j. **síntese** (revisão dos principais temas discutidos durante a interação) e
- k. **planificação** (decisão mútua relativamente à finalidade e direção das interações futuras).

A gestão de conflitos é uma realidade no cuidar do adolescente. A maioria deles dizem respeito à tomada de decisão; o enfermeiro deve considerar os princípios éticos como o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo (OE, 2010), na sua prática.

Assim, o enfermeiro deve atender a três princípios fundamentais no atendimento ao adolescente:

1. **Prevenir ou minimizar a separação da família:** nos primeiros subestádios da adolescência os pais têm um papel bastante ativo na tomada de decisão relativamente aos cuidados de saúde. No entanto, à medida que se vai avançando na etapa do desenvolvimento, o adolescente exercerá maior responsabilidade neste âmbito. Através do recurso a técnicas de comunicação como a entrevista, o enfermeiro conhece o adolescente, respeitando a sua autonomia e privacidade, promovendo a tomada de decisão relativa à presença de família ou pessoas significativas (OE, 2010);

2. **Promover o sentimento de controlo sobre a situação,** o enfermeiro deve, antes de mais, estabelecer uma relação terapêutica adequada, fornecendo a informação que o adolescente manifesta ter vontade de conhecer. Deve procurar que o adolescente aponte os problemas e reflita sobre eles, sendo apoiado e motivado pelo enfermeiro para fazer as suas próprias escolhas e mudanças de atitude (OE, 2010). Nesta mesma linha de pensamento, o adolescente deve, igualmente, ser motivado a expressar os seus valores e ser reforçado quando a adoção do comportamento vai de encontro com a manutenção da sua saúde (OE, 2010);

3. **Minimizar a dor ou lesão corporal,** o enfermeiro deve possuir conhecimentos de avaliação, controlo e implementação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2011).

O enfermeiro deve proceder a uma avaliação inicial personalizada de cada adolescente para identificar diagnósticos de enfermagem, planeando objetivos e atividades a executar. Deve avaliar à *posteriori* as intervenções desenvolvidas, no sentido de obter maior eficiência e eficácia relativamente aos resultados sensíveis à Enfermagem.

#### **4. CONCLUSÃO**

Consideramos que a comunicação é um processo complexo, multidirecional e sujeito a alterações sistemáticas em função das necessidades do adolescente e família. Acreditamos que os enfermeiros que se encontram numa posição privilegiada comparativamente com outros profissionais de saúde, devem aproveitar qualquer motivo de proximidade do adolescente aos serviços de saúde para promover o desenvolvimento saudável e a adoção de comportamentos de busca de saúde, reduzindo a adoção de comportamentos de risco.

O enfermeiro deve criar um clima de confiança na relação terapêutica, favorecendo a expressão das necessidades e emoções, com o intuito de melhorar a adaptação à situação que estão a vivenciar. Cabe ao enfermeiro adequar as estratégias de comunicação, respeitando as decisões e ritmo de cada adolescente, reconhecendo os seus mecanismos de adaptação; envolver o adolescente no planeamento e dar suporte sempre que necessário são os aspetos fundamentais numa comunicação eficaz.

Neste sentido, o enfermeiro deve providenciar cuidados aos adolescentes promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de estratégias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência científica para fundamentar a tomada de decisão (OE, 2010).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde (2003). Plano nacional de luta contra a dor. *Circular Normativa nº9/DGCG 2003*. Acedido a 19/01/2013. Disponível em [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt).

Hockenberry & Wilson (2011). *Wong's nursing care of infants and child*. 9th ed. Mosby: USA. ISBN 978-0-323-06912-0.

Vala, J. (2009). A Análise de Conteúdo. In S.A. Silva & M.J. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 102 - 128). Porto: Edições Afrontamento.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company. New York.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. III Volume. "Cadernos da OE". Número 2, Série 1*.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. II Volume. "Cadernos da OE". Número 3, Série 1*.

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

Riley, J.B. (2004). Comunicação em enfermagem. (4<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.

Serpa & Raposo (2012). Desvendar para Compreender e Cuidar- Grau de Satisfação do Adolescente Face à Consulta de Enfermagem Que Lhe é Dirigida. *Sinais Vitais*, Ciência & Técnica, Janeiro.

Simões, C. (2007). Comportamentos de Risco na Adolescência. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sorensen & Luckman (1998). Enfermagem Fundamental- Abordagem Psicofisiológica. Lusodidacta, Lisboa.



**APÊNDICE IV - Diapositivos “Estratégias de Comunicação no Cuidar do Adolescente”**



# ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDAR DO ADOLESCENTE

JUSTA GRANJO  
4º MESTRADO DE ENFERMAGEM  
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

- ## OBJETIVO GERAL
- Identificar estratégias comunicacionais a implementar pelo enfermeiro no atendimento ao adolescente no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria
- ## OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- Identificar características do desenvolvimento do adolescente;
  - Esclarecer conceitos inerentes à comunicação,
  - Refletir sobre situações da prática.

## CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

Fonte: Wong, Donna L. (1999). *Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A. (Tradução do original em inglês Whaley & Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 4th ed., 1997).

INÍCIO DA ADOLESCÊNCIA (11-14 ANOS)	ADOLESCÊNCIA MÉDIA (15-17 ANOS)	FINAL DA ADOLESCÊNCIA (18-20 ANOS)
<p><b>Crescimento</b> Crescimento rapidamente acelerado Alcança velocidade máxima Surtem os caracteres sexuais secundários</p> <p><b>Capacidade</b> Expansão da capacidade intelectual Passa o pensamento abstrato Heteraxia: Procura, de forma desajeitada, por novos valores e atitudes Comparação da "normalidade" com os colegas do mesmo sexo</p> <p><b>Identidade</b> Preocupa-se com as próprias alterações corporais Identifica-se através de grupos Muita da atração por acitação ou rejeição por parte dos colegas Conscientização sobre os valores do grupo</p> <p><b>Relacionamento com os Pais</b> Definição os limites entre independência e dependência Pode deixar de permanecer dependente dos pais, engajando-se em atividades que não tenham conexão imediata com o controle parental</p> <p><b>Relacionamento com os Colegas</b> Presta atenção aos seus colegas para estabelecer a estabilidade pessoal Excitação da intimidade, amizades Identidade com membros do mesmo sexo A distância pelo afeto ocorre dentro do grupo de amigos</p> <p><b>Sensibilidade</b> Auto-exploração e avaliação Encontros limitados, geralmente em grupos limitados limitados</p> <p><b>Atitude Psicológica</b> Ansiosa oscilação do humor Reativa objetivamente expone com suas ideias, muitas de seu e tentos verbais</p>	<p>Crescimento desacelerado em muitos A estatura atinge 95% da altura do adulto Caracteres sexuais secundários bem desenvolvidos</p> <p>Desenvolvendo a capacidade para o pensamento abstrato Aprecia a força intelectual, desenvolvimento em termos identitários Preocupação com problemas filosóficos, políticos e sociais</p> <p>Modifica a imagem corporal Muito centrado em si mesmo; Relacionamento amoroso Tendência ao sentido de experiência Intimidade e da auto-identificação Aprecia uma vida rica em fantasia Identidade Capaz de pensar as implicações futuras do comportamento e das decisões Intimidade; aplicação variável</p> <p>Conflitos importantes sobre independência e controle Busca total na relação pai-filho Grande impulso para a emancipação; Desligamento emocional final e irreversível dos pais; Intimidade</p> <p>Forte necessidade de identidade para afirmar a auto-imagem Pulsões corporais e psicológicas estabelecidas pelo grupo de amigos Atração pelo grupo de colegas extremamente importante — objeto de rejeição Exploração da capacidade de sentir o sexo oposto</p> <p>Relacionamentos pessoais múltiplos Vida diretiva no sentido da busca de identidade (segundo heterossexual, sub-identidade em outros dois períodos) Exploração do "auto-ajuda" Sensação de "estar apaixonado" Tentativa de estabelecer relacionamentos</p> <p>Tendência ao sentido de experiência Intimidade, mais introspectiva Tendência para retirar-se quando controlado Validação das atitudes no tempo e na experiência Sensibilidade de incoerência excessiva; dificuldade em pedir ajuda</p>	<p>Filicamente maduro Crescimento da autonomia e reprodução quase completos</p> <p>Desenvolvimento abstrato-embodido Pode perceber opções de longo alcance e agir sobre elas Capaz de ver problemas de forma abrangente Identidades intelectuais e funcionais estabelecidas</p> <p>Definição da imagem corporal e do papel sexual que os garantem Identidade sexual madura Passa de identificação da identidade Estabilidade da auto-estima Conformidade com o crescimento físico Funções sociais definidas e internalizadas</p> <p>Separação física e emocional dos pais completada Independência da família com menos participação quase garantida</p> <p>O grupo de amigos distinto de independência em favor da amizade individual Tentativa de relações heterossexuais Capacidade de estabelecer relações pessoais Relações estabelecidas por dar e compartilhar</p> <p>Forma relacionamentos ativos com seus colegas Capacidade crescente para intimidade e reciprocidade Encontro com um par romântico A intimidade envolve compromisso, em vez de exploração e romantismo</p> <p>Maior consciência da emoção Muito mais progressos e ser controlada</p>

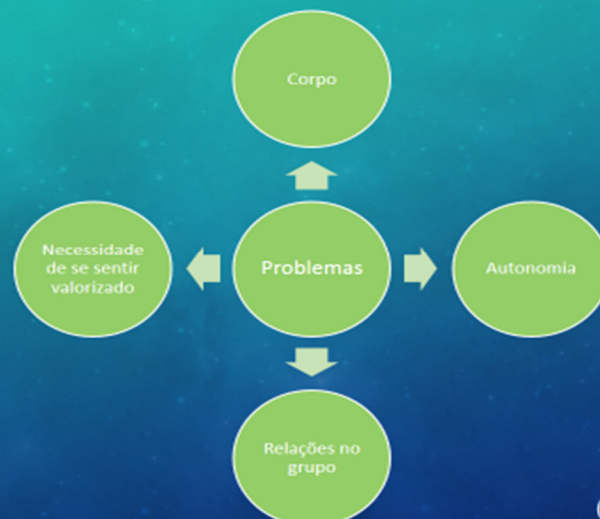
## CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

- A adolescência é caracterizada também por uma crise de identidade de grupo versus alienação, período no qual procura a autonomia e desenvolvimento de uma identidade de grupo seguida de uma identidade pessoal, distanciando-se e rejeitando a identidade da geração dos seus pais- Erickson
- Os adolescentes possuem a capacidade de pensamento abstrato, manipulando mentalmente mais de duas categorias de variáveis ao mesmo tempo, podendo pensar sobre o seu próprio pensamento e o dos outros, embora ainda se centrem muito no presente- Piaget
- O adolescente procura um código moral que mantenha a sua integridade pessoal e orientem os seus comportamentos. Na fase final da adolescência, assiste-se a um questionamento intenso dos valores morais vigentes e da sua importância para a sociedade e para o próprio, baseando-se essencialmente na observação do que os adultos atribuem como um código moral, embora não o pratiquem- Kohlberg

## CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

- A autonomia emocional- desenvolvimento da independência decorrente dos relacionamentos;
- A autonomia cognitiva- desenvolvimento de capacidades de pensamento sobre os seus próprios pensamentos e emoções;
- A autonomia comportamental- capacidade de tomar decisões e colocá-las em prática.

Hockenberry & Wilson, 2011



(Simões, 2007).

## PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO

### Barreiras à comunicação

- má dicção
- erros de escuta
- má escolha das palavras
- cansaço
- preocupações
- má relação com o adolescente
- sobrecarga de informação
- diferenças interculturais
- vocabulário elaborado

## PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO

### Evitar obstáculos à escuta

- interrupções sistemáticas
- juízos de valor
- ouvir só apenas o que queremos
- indiferença
- impaciência
- insegurança
- falta de empatia
- falta de tempo (pressão)

## COMUNICAÇÃO

### Atitude comunicacional

- interpretação
- avaliação
- exploração
- orientação
- apoio
- compreensão empática

## COMUNICAÇÃO

**Estilo de comunicação**

**agressivo**

**passivo**

**manipulador**

**assertivo**

## COMUNICAÇÃO

**Linguagem corporal**

**gestos**

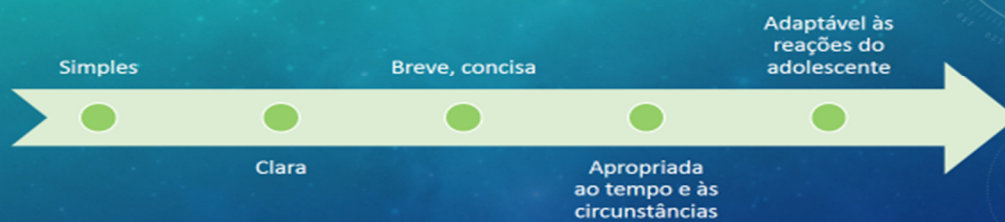
**o olhar**

**expressão facial**

**postura**

**movimento do corpo**

## COMUNICAÇÃO VERBAL (PHANEUF, 2005)



## COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA (RILEY, 2004)

### Escuta

- Parar de falar; Ouvir como gostaria que o ouvissem
- Renunciar e assumir uma atitude voluntária e consciente
- Ativar sentimentos de aproximação
- Dar feedback gestual
- Atentar ao que não é dito

### Ativa

- Evitar preconceitos
- Observar a linguagem corporal para ver se é coerente com a não verbal
- Estabelecer empatia
- Orientar o diálogo com perguntas e/ou reformulações
- Não julgar o adolescente pela sua aparência

## COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA (RILEY, 2004)

- ✓ o silêncio
- ✓ a orientação/ preparação
- ✓ os comentários abertos
- ✓ consideração
- ✓ recapitulação
- ✓ reflexão
- ✓ clarificação
- ✓ validação consensual
- ✓ focalização
- ✓ negociação
- ✓ síntese
- ✓ planificação

## REFLEXÃO ÉTICA

- Respeito pela autonomia
- Privacidade
- Confidencialidade
- Sigilo

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

## EM SUMA

O enfermeiro deve:

- Criar um clima de confiança na relação terapêutica; Favorecendo a expressão das necessidades e emoções, com o intuito de melhorar a adaptação à situação que estão a vivenciar.
- Adequar as estratégias de comunicação, respeitando as decisões e ritmo de cada adolescente, reconhecendo os seus mecanismos de adaptação.
- Envolver o adolescente no planeamento e dar suporte sempre que necessário.

# ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDAR DO ADOLESCENTE

JUSTA GRANJO

4º MESTRADO DE ENFERMAGEM

SAÚDE INFANTILE PEDIATRIA

**APÊNDICE V - Diapositivos “Levantamento das Necessidades Formativas da  
Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência de Pediatria”**



# LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA

JUSTA GRANJO  
4º Mestrado de Enfermagem  
Saúde Infantil e Pediatria  
31/10/2013

## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

- Duma população-alvo de 24 enfermeiros, seleccionei como amostra 19 enfermeiros, obtendo resposta de 13 (68,4%);
- A média de idades é de 36 anos, correspondente a uma média de 12 anos de profissão.

## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### Necessidades de Atendimento do Adolescente



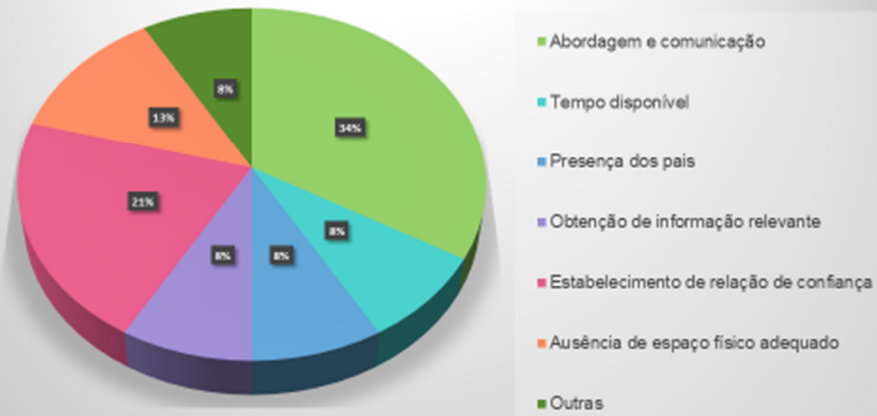
## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### Estratégias Utilizadas no Cuidado ao Adolescente



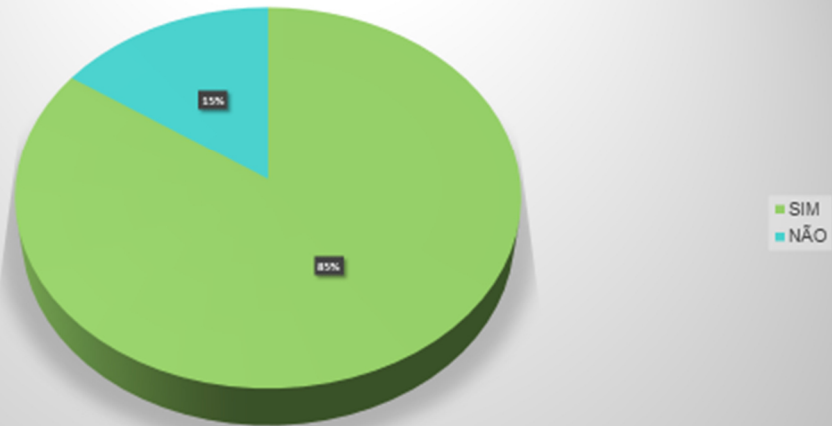
## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### Dificuldades no Atendimento do Adolescente



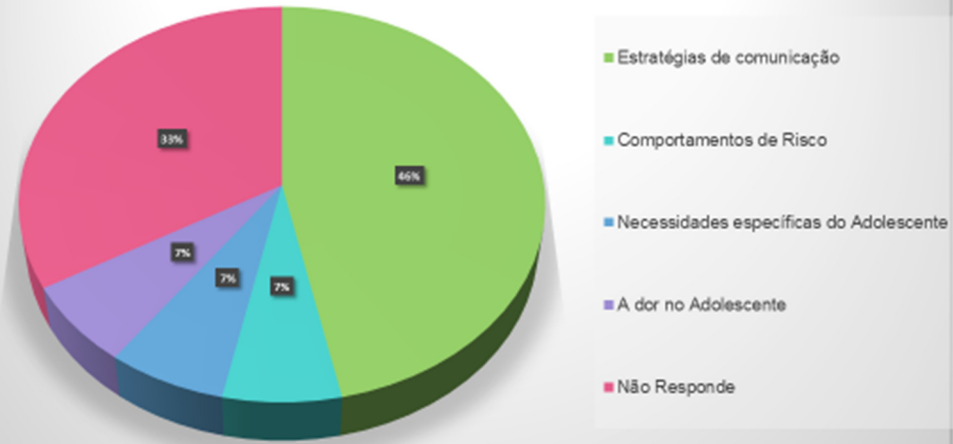
## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### Necessidades de Formação



## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### Temática da Formação



**APÊNDICE VI - Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação**



---

Sessão de Formação

# **Cuidar do Adolescente: Estratégias de Comunicação**



Data: 31 de Outubro de 2013

Hora: 15 Horas

Local: Sala de Trabalho de Enfermagem- SO

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do CLHN-HSM



**APÊNDICE VII - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação**



## Centro Hospitalar Lisboa Norte- Hospital de Santa Maria

### Serviço de Urgência de Pediatria

#### Sessão de Formação “Cuidar do Adolescente: Estratégias de Comunicação”

Este questionário é anónimo e tem como objetivo avaliar a sessão a que acabou de assistir. Deste modo, como classifica:

1. A pertinência do tema abordado:

Pouco Pertinente                       Pertinente                       Muito Pertinente

2. Os conteúdos abordados:

Insuficientes                       Bons                       Muito Bons

3. A metodologia utilizada:

Pouco Adequada                       Adequada                       Muito Adequada

4. Comentários / Sugestões:

---

---

Muito obrigada pela sua colaboração,

Justa Granjo



**ANEXOS**



**ANEXO I - Declaração da Sessão de Formação em Serviço**



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

## DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Para os devidos efeitos, declara-se que o(a) Sr(a). Enfermeiro(a) abaixo identificado(a) participou na qualidade de formador(a)/formando(a) na ação de Formação em Serviço especificada.

**MARIA JUSTA PINTO GRANJO**

Enfermeira Graduada

N.º Mec.º. 16566

A exercer funções no Serviço: Pediatria 8

Tipo de Participação: Formador

Tema	Serviço	Data	Duração
“Estratégias de Comunicação no Cuidar do Adolescente”	Urgência Pediatria	31-10-2013	1 H

**Sumário** Apresentação dos resultados do questionário sobre atendimento ao adolescente; Abordagem sobre estratégias de comunicação no cuidar do adolescente; Discussão de casos práticos.

Lisboa, 07 de Novembro de 2013

A Enfermeira Adjunta

  
LOURDES MOURA  
N.º Mec.º 35073  
Enfermeira Adjunta

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647

www.chln.pt  
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt



## **APÊNDICE XIV**

Relatório Síntese da Sessão de Formação (UCIPED)



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Relatório Síntese da Sessão de Formação**

Inserido no Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Realizado por:  
Justa Granjo

Lisboa  
Dezembro, 2013



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Relatório da Sessão de Formação**

Inserido no Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Docente Responsável:

Maria de Lourdes Oliveira

Enfermeiro de Referência:

Pedro Evangelista

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa

Dezembro, 2013



# ÍNDICE

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA .....	7
1. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	8
2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	11

## APÊNDICES

**Apêndice I-** Questionário para Levantamento das Necessidades Formativas da Equipa de Enfermagem

**Apêndice II-** Documento “Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda: Processo de Cicatrização e Material de Penso”

**Apêndice III-** Declaração "Compromisso Formalmente Assumido"

**Apêndice IV-** Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação “Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda: Processo de Cicatrização e Material de Penso”

**Apêndice V-** Diapositivos da Sessão de Formação “Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda: Processo de Cicatrização e Material de Penso”

**Apêndice VI-** Levantamento das Necessidades Formativas da Equipa de Enfermagem da UCIPED: Apresentação dos Resultados

**Apêndice VII-** Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

## ANEXOS

**Anexo I-** Folha de Presença na Sessão de Formação

**Anexo II-** Declaração da Sessão de Formação em Serviço



## **NOTA INTRODUTÓRIA**

Para o estágio em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos realizou-se o diagnóstico de situação através da entrevista informal à enfermeira chefe da unidade e ao enfermeiro de referência. Assim, e como a unidade já tinha um grupo de trabalho a desenvolver uma norma de serviço relativa à prevenção das úlceras por pressão, os responsáveis atrás mencionados, sugeriram que o meu contributo para o serviço tomasse a direção da ferida aguda e não da ferida crónica.

Como tal, no plano de aprendizagem para o estágio definiu-se como objetivo “Desenvolver competências na prevenção e tratamento de ferida aguda”. Para o atingir aplicou-se, aos enfermeiros do serviço, um questionário de avaliação das necessidades de formação (Apêndice I) resultando daí um documento relativo à Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda: Processo de Cicatrização e Material de Penso (Apêndice II). É de salientar, que foi entregue em anexo ao questionário uma declaração onde nos comprometemos a manter a confidencialidade (Apêndice III)

No final do estágio, realizou-se uma sessão de formação, com o mesmo título do documento de suporte, “Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda: Processo de Cicatrização e Material de Penso” (Apêndices IV e V), onde foram apresentados os resultados do questionário aplicado (Apêndice VI), abordada a temática com os enfermeiros e discutidos casos práticos.

## **1. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

Tema: “Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda: Processo de Cicatrização e Material de Penso”

Destinatários: Enfermeiros da UCIPED do CHLN-HSM

Objetivo Geral:

- ✓ Identificar estratégias promotoras do conforto e bem-estar do adolescente com ferida;
- ✓ Conhecer as fases do processo de cicatrização da ferida aguda;
- ✓ Expor as indicações e características do material de penso no tratamento de feridas agudas.

Objetivos Específicos:

- ✓ Enumerar os princípios a considerar no tratamento do adolescente com ferida;
- ✓ Descrever a fisiologia da cicatrização de feridas;
- ✓ Apresentar as indicações e mecanismos de ação do material de penso.

	MÉTODOS	MAE	TEMPO	FORMADOR
<b>INTRODUÇÃO</b> - Apresentação pessoal - Apresentação do tema/justificação - Metodologia	Expositivo	Cartaz Computador	2'	Justa Granjo
<b>DESENVOLVIMENTO</b> - Apresentação dos resultados do questionário aplicado aos enfermeiros do serviço; - Enumerar os princípios a considerar no tratamento do adolescente com ferida; - Descrever a fisiologia da cicatrização de feridas; - Apresentar as indicações e mecanismos de ação do material de penso.	Expositivo e Participativo	“	20'	“
<b>CONCLUSÃO</b> - Síntese das ideias relevantes.	Expositivo e Participativo	“	5'	“
<b>AValiação</b> - Aplicação de inquérito de avaliação da sessão.	Participativo	“	3'	“

## 2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Para proceder à avaliação da sessão de formação, optou-se por realizar um questionário (Apêndice VII) com quatro questões, sendo que as 3 iniciais incluíam resposta fechada, com recurso à escala de likert, e uma última questão para comentários / sugestões que considerassem pertinentes mencionar e que não estivessem contemplados na avaliação através da escala.

Os resultados das primeiras 3 questões foram trabalhados estatisticamente, utilizando o programa Excel da Microsoft Office e analisou-se a questão aberta recorrendo à análise temática de conteúdo.

Dos 20 enfermeiros pertencentes a este serviço, estiveram presentes 7 (35% da totalidade dos enfermeiros), destes 100% avaliaram a pertinência do tema abordado em *Muito Pertinente*.

No que concerne aos conteúdos da sessão 71% classificaram-nos em *Muito Bons* e 29% em *Bons*.

Relativamente à metodologia utilizada a 85% dos enfermeiros consideraram-na como *Muito Adequada* e os restantes 15% como *Adequada*.

No espaço reservado aos comentários ou sugestões, houve apenas uma pessoa que quis manifestar-se referindo *“Foi pertinente ter feito o levantamento das necessidades formativas, ficando a formação mais fundamentada”*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (2009). *Prevenção de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápido* (European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, Trad.). Lisboa: Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. (Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide, 2009).
- Baranoski, Sharon (2006). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas: Princípios Práticos*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-03-8.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Fonseca *et al.* (2005). Requisitos para o Atendimento ao Adolescente. Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 4. Vol.36. 223-224.
- Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: IAC. 22 p. ISBN 972-8003-14-5.
- Trott (2009). *Feridas e Lacerações: Cuidados de emergência e encerramento*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-17-8.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. I Volume. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- Wounds International (2012). *International consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review*. London: Wounds International. Disponível em: <http://www.woundsinternational.com>.



**APÊNDICES**



**APÊNDICE I - Questionário para Levantamento das Necessidades Formativas  
da Equipa de Enfermagem**



# **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

## **QUESTIONÁRIO**

**MARIA JUSTA PINTO GRANJO**

**LISBOA**

**2013**



Caro(a) colega,

Sou estudante do 4º Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e estou interessada em realizar o diagnóstico de interesses e necessidades de formação relativas ao atendimento do adolescente com ferida aguda e ferida aguda com complicações.

Muito agradecia a sua colaboração no preenchimento de um questionário. A informação fornecida será absolutamente confidenciais, razão pela qual não deverá assinar o questionário.

Por favor, leia atentamente as questões e dê-me a sua opinião, justificando-a sempre que possível.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Justa Granjo

### QUESTIONÁRIO

1. Idade: \_\_\_\_ (anos completos)
2. Sexo: F  M
3. Anos de Profissão: \_\_\_\_\_ (anos completos)
4. Formação Académica: \_\_\_\_\_
5. Necessidades de formação relativo ao atendimento do adolescente com ferida aguda: (pode colocar mais do que uma cruz)
  - Estratégias de comunicação com o adolescente
  - Entrevista ao adolescente
  - Conhecimento sobre processo de cicatrização da ferida
  - Conhecimento sobre utilização de diferentes apósitos
  - Outras  Quais? \_\_\_\_\_
6. Estratégias utilizadas no cuidado ao adolescente: (pode colocar mais do que uma cruz)
  - Utiliza linguagem adequada à idade
  - Explica previamente os procedimentos
  - Questiona o adolescente relativamente à presença dos pais

Promove a privacidade

Escuta ativamente

Evita juízos de valor

Permite a escolha do acompanhante pelo adolescente

Outras  Quais? \_\_\_\_\_

7. Dificuldades no atendimento do adolescente: (pode colocar mais do que uma cruz)

Abordagem e comunicação

Tempo disponível

Presença dos pais

Obtenção de informação relevante

Estabelecimento de relação de confiança

Ausência de espaço físico adequado

Utilização adequada dos materiais de penso

Outras  Quais? \_\_\_\_\_

8. Necessidades de formação: Sim  Não

a) Se respondeu Sim, refira em que área \_\_\_\_\_

**APÊNDICE II - Documento “Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda:  
Processo de Cicatrização e Material de Penso”**



---

# **Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda:**

## **Processo de Cicatrização e Material de Penso**



Lisboa  
Dezembro, 2013



# **Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

4º Curso de Mestrado de Enfermagem Área de Especialização em  
Saúde Infantil e Pediatria

## **Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda: Processo de Cicatrização e Material de Penso**

Elaborado por:  
Justa Granjo

Lisboa  
Dezembro, 2013

*“The most effective, adolescent health promotion efforts  
must actively involve teenagers at all stages.”*

(Hockenberry & Wilson (2011, p. 772))



**ABREVIATURAS E SIGLAS**

OE: Ordem dos Enfermeiros

OF: Ordem dos Farmacêuticos

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

## ÍNDICE

	Pag.
INTRODUÇÃO .....	9
1. CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE.....	10
2. CONFORTO E BEM-ESTAR DO ADOLESCENTE COM FERIDA .....	12
3. O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DA FERIDA.....	14
3.1. ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE.....	14
3.2. FISIOLOGIA DA CICATRIZAÇÃO.....	16
3.3. FATORES QUE INTERFEREM NA CICATRIZAÇÃO.....	17
3.4. NATUREZA E ETIOLOGIA DA FERIDA.....	18
<b>3.4.1- Ferida Aguda.....</b>	<b>20</b>
<b>3.4.2- Ferida Aguda com Complicações.....</b>	<b>21</b>
4. INDICAÇÕES DO MATERIAL DE PENSO.....	23
5. CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	



## INTRODUÇÃO

Este trabalho partiu de um problema detetado na prática de cuidados relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros na abordagem ao adolescente com ferida aguda, nomeadamente no que se refere ao processo cicatricial e às indicações do material de penso.

O interesse pela problemática partiu da necessidade relatada pelos enfermeiros relativamente à abordagem ao adolescente com ferida aguda, decorrente da análise dos resultados obtidos da aplicação de um questionário. Assim, o objetivo geral deste trabalho é identificar as estratégias promotoras do conforto e bem-estar do adolescente com ferida aguda. Para responder a este objetivo foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Enumerar os princípios a considerar no tratamento do adolescente com ferida aguda;
- Descrever a fisiologia da cicatrização de feridas;
- Apresentar as indicações e mecanismos de ação do material de penso.

O trabalho está estruturado de acordo com a apresentação e fundamentação relativa às intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento saudável do adolescente, conceptualizando a problemática de acordo com as mais recente *guidlines* na gestão do tratamento de feridas, planeando estratégias de mudança na prática.

## 1. CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

A adolescência é uma etapa entre a infância e a idade adulta que se inicia com as alterações da puberdade e caracteriza-se por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais, muitas delas geradoras de crises, conflitos e contradições (OMS, 1986, citado por China, 2011).

Hockenberry & Wilson (2011) referem que as mudanças na adolescência ocorrem em diferentes níveis e esta envolve três diferentes subestádios: o início da adolescência (11-14 anos), a adolescência média (15-17 anos) e o final da adolescência (18-20 anos).

Segundo Erickson a adolescência é caracterizada também por uma crise de identidade de grupo *versus* alienação, período no qual procura a autonomia e desenvolvimento de uma identidade de grupo seguida de uma identidade pessoal, distanciando-se e rejeitando a identidade da geração dos seus pais (Hockenberry & Wilson, 2011).

De acordo com Piaget, os adolescentes possuem a capacidade de pensamento abstrato, manipulando mentalmente mais de duas categorias de variáveis ao mesmo tempo, podendo pensar sobre o seu próprio pensamento e o dos outros, embora ainda se centrem muito no presente (Hockenberry & Wilson, 2011).

Kohlberg defende que é neste período que o adolescente procura um código moral que mantenha a sua integridade pessoal e orientem os seus comportamentos. Na fase final da adolescência, assiste-se a um questionamento intenso dos valores morais vigentes e da sua importância para a sociedade e para o próprio, baseando-se essencialmente na observação do que os adultos atribuem como um código moral, embora não o pratiquem (Hockenberry & Wilson, 2011).

De acordo com Hockenberry & Wilson (2011, p.748), a autonomia inclui “as componentes: emocional, cognitiva e comportamental”. A autonomia emocional refere-se ao desenvolvimento da independência decorrente dos relacionamentos; a autonomia cognitiva diz respeito ao desenvolvimento de capacidades de pensamento

sobre os seus próprios pensamentos e emoções; a autonomia comportamental relaciona-se com a capacidade de tomar decisões e colocá-las em prática.

O estilo de vida do adolescente, ativo ou sedentário, é também influenciado pelos determinantes de saúde, sejam eles fatores de risco ou protetores, de ordem individual, familiar, emocional, sociocognitivo ou cultural (Simões et al, 2010).

Os problemas que surgem nesta etapa são provenientes da adaptação do adolescente aos novos desafios: transformações do corpo, conquista de autonomia, construção de novas relações interpessoais, progressão académica, pertença a um grupo de pares, necessidade de se sentir útil para os outros e de se sentir valorizado perante a sociedade (Simões, 2007).

## 2. CONFORTO E BEM-ESTAR DO ADOLESCENTE COM FERIDA

O conforto pode ser definido como bem-estar; atenuar/aliviar a angústia ou tristeza; como um estado de calma e livre de preocupações; a diminuição do infortúnio ou da dor, sendo calmante e inspirador (Webster, 1990 citado por Kolcaba e DiMarco, 2005). A origem da palavra conforto deriva do latim *confortare* que significa a restituição das forças físicas, o vigor e a energia, tornar forte, fortalecer, revigorar (Apóstolo, 2009). Segundo o mesmo autor, este conceito tem sido relevante no contexto dos cuidados de enfermagem estando diretamente relacionado com a sua origem e desenvolvimento.

A teoria do conforto de Kolcaba (teoria de médio alcance) responde de forma adequada à compreensão da problemática em estudo, uma vez que o conforto e bem-estar surgem como resultado positivo e mensurável das intervenções de enfermagem no tratamento de feridas. A Wounds International (2012, p.2) publicou um consenso cujos objetivos se prendiam com:

“aumentar a compreensão do impacto de viver com uma ferida no bem-estar dos indivíduos e seus cuidadores; melhorar a capacidade dos profissionais para compartilhar as decisões sobre o tratamento com os indivíduos e seus cuidadores, com o intuito de melhorar a concordância e reduzir as complicações; enfatizar a importância de desenvolver habilidades de escuta e as estratégias comunicacionais para promover o bem-estar e aumentar a capacidade das partes interessadas em implementar estratégias para a gestão custo-efetividade da ferida, otimizando o bem-estar e envolvimento de todos”.

É através das intervenções de enfermagem, minimizadoras dos desconfortos, que se prevê que haja eficácia e melhoria do conforto e, conseqüentemente ganhos nos comportamentos de procura de saúde (Kolcaba, 2003).

Tal como Kolcaba, a Wounds International (2012) aponta quatro domínios para o bem-estar: físico, mental, social e espírito/cultural, relacionando-o com a presença da ferida num indivíduo. Como tal, e partindo da investigação da Wounds International, foram enumerados pelo consenso, um conjunto de oito princípios sentidos pelos elementos envolvidos relativamente à gestão do tratamento de feridas:

- a) Empowerment - a necessidade sentida por uma pessoa para assumir o controlo físico, psicológico e emocional relativamente ao tratamento da ferida;
- b) A gestão do risco - adoção por parte do indivíduo de certos comportamentos que se relacionam com a gestão da sua ferida (por exemplo, a ponderação da realização de determinadas atividades *versus* o nível de risco associado);
- c) O quotidiano - o impacto do tratamento da ferida no quotidiano do cliente (24/7);
- d) Estigma - como as respostas de outras pessoas pode afetar as pessoas que vivem com uma ferida;
- e) O lado de fora - o aparecimento de curativos e produtos;
- f) Movimento - como as atividades de uma pessoa se relacionam com o tipo de penso usado;
- g) Limpeza - exigência da pessoa para a limpeza podem entrar em conflito com a necessidade de manter os pensos no local por até sete dias;
- h) Proteção - o papel dos pensos e produtos na gestão das feridas para proteger o corpo de danos físicos e da infeção.”.

Wounds International (2012, p. 4)

Assim, torna-se imperativo que o enfermeiro na sua prática fique atento ao cumprimento destes princípios com o objetivo major de obter conforto e bem-estar.

## 4. O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DA FERIDA

Nos cuidados à ferida, a pele e as estruturas adjacentes (fáscia superficial ou subcutânea e fáscia profunda), são o foco anatómico a considerar.

### 3.1. Anatomia e Fisiologia da Pele

A pele é um órgão complexo e que desempenha um papel fundamental para a sobrevivência humana, sendo as suas funções: manutenção da temperatura do corpo; barreira à perda de água por evaporação; atividade metabólica (produção de vitamina D); proteção contra o meio através da sensação do toque, pressão e dor e aparência cosmética global.

#### Estrutura da Pele

A fáscia é a base de suporte da pele (Trott, 2009). A pele e a fáscia incluem um complexo sistema de órgãos (Trott, 2009). A pele é constituída por duas camadas: a epiderme e a derme.

A camada mais externa é a epiderme, é constituída por células epiteliais escamosas que funcionam como barreira protetora contra o meio, evitando a entrada de bactérias por exemplo, ao mesmo tempo que evita a perda de água e eletrólitos (Trott, 2009). Do interior para a superfície podemos encontrar cinco camadas distintas na epiderme, que se denominam: estrato germinativo ou camada basal, estrato espinhoso, estrato granuloso, estrato lúcido e estrato córneo. O primeiro estrato é a camada de origem das novas células, enquanto o último é o que dá à pele a sua aparência final (Trott, 2009).

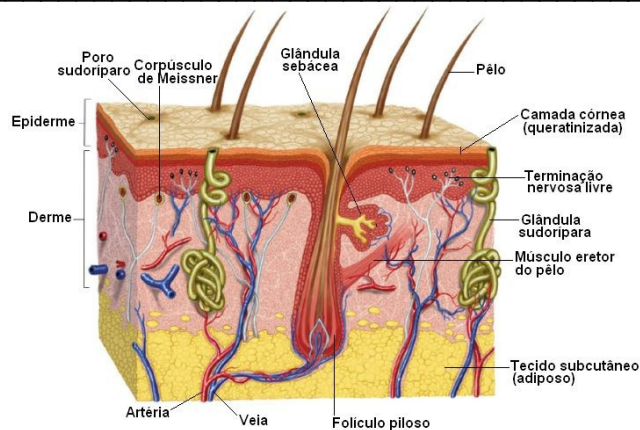


Fig. 1 – Camadas da Pele

Fonte: <http://www.afh.bio.br>

A derme é a camada mais interna e espessa da pele. Esta é composta por duas camadas: em contacto com a camada basal da epiderme temos a camada papilar e, seguidamente a camada reticular. A derme é formada essencialmente por tecido conjuntivo e feixes de fibras de colagénio, dando suporte nutricional à epiderme.

Na derme podemos encontrar ainda vasos sanguíneos, glândulas sebáceas e sudoríparas, folículos pilosos, nervos da pele e capilares, que alimentam a epiderme avascular, e as fibras sensoriais da dor, do toque e da temperatura. O tipo de célula principal da derme é o fibroblasto (que sintetiza o colagénio). Os macrófagos, mastócitos e linfócitos são também outras das células do tecido conjuntivo que desempenham as funções de fagocitose, produção de fibroblastos e secreção, respetivamente, e que são ativados durante a cicatrização de feridas (Trott, 2009). Para o autor (p. 14), “a derme é a camada-chave para conseguir o correto encerramento da ferida”.

Subjacente à derme situa-se a camada fáscia superficial constituída por tecido conjuntivo solto que inclui o tecido adiposo. Esta camada atua como isolante do calor, absorvente dos choques e depósito de nutrientes.

De acordo com Trott (2009), a fáscia profunda é uma camada constituída por tecido fibroso, espessa e densa e funciona como a base da fáscia superficial. O mesmo autor (2009, p. 15) refere que esta camada é facilmente “reconhecida como uma bainha branco-pérola” que reveste os músculos subjacentes. A sua principal função é de

suporte e proteção dos músculos e de outras estruturas, funcionando também como barreira à infecção a partir da pele e da fáscia superficial.

### 3.2. Fisiologia da Cicatrização

Numa situação de ferida e, independentemente, do mecanismo de lesão que a cause e, desde que não estejam presentes fatores inibidores da cicatrização, a cicatrização normal da ferida ocorre sem impedimentos através da ação de mediadores específicos como são o caso das plaquetas, macrófagos e linfócitos. Deste modo, tal com o refere Trott (2009, p. 22), a cicatrização de feridas “é um *continuum* de fases sobrepostas” que ocorrem desde o momento da lesão e se podem prolongar no tempo até 60 dias ou mais. O mesmo autor defende que estas fases são a hemostase, inflamação (reação vascular e inflamatória), angiogénese, epitelização, crescimento de fibroblastos (proliferação) e remodelação da cicatriz (maturação e remodelagem) (Trott, 2009).

É muito importante que o enfermeiro conheça a fisiologia da cicatrização, bem como os fatores que interferem nesse processo, por forma a adequar as intervenções a executar e promover a cicatrização.

#### *a) Reação vascular e inflamatória*

É a primeira fase do processo de cicatrização, constituída pela resposta inicial do organismo ao trauma. Nesta fase dá-se uma reação vascular e inflamatória que conduz à hemostasia e à remoção de microrganismos. Imediatamente após o trauma ocorre a vasoconstrição, o que leva à hemostase. Este processo envolve a presença de plaquetas e coágulos de fibrina que ativam a cascata da coagulação, resultando na libertação de substâncias que levam à formação da matriz extracelular provisória. Esta matriz constitui o suporte para a migração de células inflamatórias, seguida da ativação dos mecanismos de proteção e preparação dos tecidos para a cicatrização. A inflamação leva às conhecidas manifestações clínicas de calor, dor, edema e perda da função, sinais que podem ser mínimos, transitórios ou duradouros (Baranoski, S. Ayello, E., 2010).

*b) Proliferação*

É a segunda fase da cicatrização. Ocorre após a reação inflamatória inicial e compreende os seguintes estádios: granulação, epitelização e contração. A granulação é a formação de um tecido novo, composto por novos capilares (angiogénese), pela proliferação e migração dos fibroblastos responsáveis pela síntese de colagénio. Com a produção do colagénio, ocorre um aumento da força de tração que se caracteriza como a capacidade da ferida resistir às forças externas. No final desta fase ocorre a epitelização, através da multiplicação das células epiteliais dos bordos, caracterizando-se pela diminuição dos capilares e pelo aumento do colagénio. Neste ponto, pela ação dos fibroblastos, a contração reduz o tamanho das feridas (Baranoski, S. Ayello, E., 2010).

*c) Maturação e remodelagem*

É a terceira fase do processo de cicatrização. Trata-se de um processo lento, que se inicia com a formação do tecido de granulação e da reorganização das fibras de colagénio proliferado, estendendo-se por meses após a reepitelização. É responsável pelo aumento da força de tração. Durante a remodelagem ocorre a diminuição da atividade celular e do número de vasos sanguíneos e a perda do núcleo dos fibroblastos, levando à maturação da cicatriz.

Nesta fase ocorre a reorganização dos tecidos à custa do depósito de colagénio. Inicialmente, a cicatriz tem aspeto plano e posteriormente enrijece e eleva-se. Após algum tempo a cicatriz torna-se mais clara, menos rígida e mais plana (Baranoski, S. Ayello, E., 2010).

### 3.3. Fatores que Interferem na Cicatrização

Para além de reconhecer as diferentes fases do processo de cicatrização, é preciso que o enfermeiro seja capaz de identificar os fatores de risco que podem interferir nesse processo.

Como tal, entre os diversos fatores que dificultam a cicatrização destacam-se: a pressão, a presença de corpos estranhos e/ou tecidos desvitalizados, o edema, o uso de agentes tópicos inadequados, a técnica incorreta de realização do tratamento, a infecção, a idade, a desnutrição, o uso de medicamentos sistémicos, a quimioterapia, a radioterapia, o *stress*, a ansiedade e a depressão, o tabagismo e o alcoolismo (Trott, 2009).

### 3.4. Natureza e Etiologia da Ferida

Segundo Costa (2005, p. 483), Dicionário de Termos Médicos, a palavra ferida deriva do latim *ferire* que significa “agredir, ferir” e define-se como “lesão ou solução de continuidade dos tecidos provocada por um traumatismo externo direto”. Segundo Hockenberry & Wilson (2011, p. 686) ferida “é a ruptura estrutural ou fisiológica do tegumento que exige respostas normais ou anormais de reparação tecidual”.

As feridas podem ser classificadas de acordo com diferentes critérios: o tempo de evolução, o agente causal, o grau de contaminação e o comprometimento tecidual (Hockenberry & Wilson, 2011).

Deste modo, partindo do **tempo de evolução** da ferida, ela classifica-se em aguda, quando existe há menos de seis meses, e crónica, quando tem um tempo de evolução superior a seis meses. De acordo com Hockenberry & Wilson (2011) em Pediatria, os corretos cuidados de enfermagem às feridas agudas podem evitar que se transformem em feridas crónicas.

Tendo em **atenção o agente causal** a ferida pode ser cirúrgica ou traumática. Assim, uma ferida cirúrgica é aquela que é intencional, realizada sob condições assépticas com instrumentos esterilizados que minimizam a lesão da pele, enquanto uma ferida traumática é, normalmente, acidental e que depende da ação de mecanismos de lesão como a fricção, tensão e forças de compressão (Trott, 2009).

Para Hockenberry & Wilson (2011), a ferida traumática pode ainda classificar-se como ferida abrasiva (remoção das camadas superficiais da pele por fricção), ferida por avulsão (por arrancamento de tecido), laceração (ferida de contornos irregulares), ferida incisiva (ferida de contornos regulares resultante de corte), ferida puntiforme

(ferida com abertura relativamente pequena comparada com a profundidade), e ferida penetrante (ferida que se estende para o tecido subjacente ou cavidade do corpo). Assim, podemos encontrar feridas resultantes de acidentes de viação, quedas, tiros, facadas, hematomas graves, queimaduras e fraturas ósseas, por exemplo.

De acordo com o **grau de contaminação** a ferida pode ser limpa (feridas cirúrgicas realizada em meio asséptico), limpa-contaminada (feridas resultantes de cirurgia onde os tratos respiratório, digestivo ou urinário são atingidos, embora em condições controladas), contaminada (feridas acidentais, recentes e abertas ou resultantes de cirurgias em que a técnica asséptica não foi respeitada devidamente) e infetada (feridas nas quais os microrganismos já estavam presentes antes da lesão) (Hockenberry & Wilson, 2011).

Tendo por base o critério do **comprometimento tecidual**, a ferida pode ser classificada: categoria I, categoria II, categoria III ou categoria IV, dependendo dos tecidos que afeta em profundidade. Se a lesão da pele e/ou tecido subjacente tiver como agente causal a pressão e/ou forças de torção e for localizada sobre uma proeminência óssea passa a designar-se úlcera de pressão.

A EPUAP & NPUAP (2009) definem, que a úlcera de pressão pode ser de categoria I (com pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea); categoria II (perda parcial da espessura da derme e que se apresenta como uma ferida superficial com leito vermelho – rosa sem esfacelo, pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático); categoria III (perda total da espessura da pele, pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos); categoria IV (perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida e/ou tecido necrótico).

Dado que a maior percentagem de feridas documentadas e tratadas num Serviço de Cirurgia Pediátrica são feridas agudas de origem cirúrgica ou traumática, iremos, ao longo do projeto, direcionar a intervenção para a abordagem ao adolescente com **ferida aguda e ferida aguda com complicações**.

### **3.4.1. Ferida Aguda**

#### *3.4.1.1. Ferida Traumática*

Segundo Trott (2009), um fator determinante no tratamento da ferida traumática tem em conta o fator tempo, o nível de contaminação e o grau de desvitalização tecidual. Como tal, a estratégia de encerramento deste tipo de feridas deve atender aos critérios atrás definidos. Assim, segundo o mesmo autor (2009) a cicatrização pode ocorrer por:

Encerramento Primário ou Cicatrização por Primeira Intenção: quando a lesão é minimamente contaminada com mínima perda de tecido ou desvitalização e os bordos são aproximados por suturas, fitas ou agrafos.

Encerramento Secundário ou Cicatrização por Segunda Intenção: é o processo de cicatrização em feridas abertas com grande espessura ou perda tecidual. Não há aproximação dos bordos e como tal demoram mais tempo a cicatrizar. Além disso, necessitam de grande formação de tecido de granulação para preenchimento do espaço morto até que a contração e a epitelização aconteçam.

Encerramento Terciário ou Cicatrização por Terceira Intenção: é considerada cicatrização por encerramento primário tardio. A ferida é deixada aberta por um determinado período, funcionando como cicatrização por segunda intenção, sendo suturada posteriormente, como ferida de primeira intenção. Este procedimento é empregado geralmente nas feridas cirúrgicas com suspeita de infeção.

#### *3.4.1.2. Ferida Cirúrgica*

A ferida operatória é produzida cirurgicamente por um instrumento cortante. Para ocorrer o processo natural da cicatrização da ferida operatória, é necessário que os bordos dos tecidos lesados estejam aproximados por sutura. Faz-se a sutura recorrendo a fios cirúrgicos que podem ser absorvíveis, que desaparecem depois de alguns meses, após terem sido absorvidos pelo tecido; ou inabsorvíveis, que não são absorvidos pelos tecidos. A principal finalidade da cicatrização cirúrgica é a de reconstruir de maneira mais fiel possível, os tecidos lesados. Na ferida cirúrgica a

cicatrização pode dar-se por encerramento primário, secundário ou terciário, conforme descrito anteriormente.

Porém, Trott (2009) sublinha que o processo normal de cicatrização pode ser afetado por alguns fatores, como os descritos anteriormente e que podem ser: fatores técnicos (preparação inadequada da ferida, tensão excessiva de suturas, materiais de sutura reativos), fatores anatómicos (tensão estática ou dinâmica da pele, região do corpo), medicação (tratamento com corticoides, anticoagulantes, drogas imunossupressoras e irradiação) e doenças e condições associadas (diabetes, insuficiência renal aguda, presença de edemas).

### **3.4.2. Ferida Aguda com Complicações**

Tendo em conta a minha experiência e, uma vez que ainda não existem dados estatísticos relativos a esta matéria disponíveis no Serviço de Cirurgia Pediátrica, a maior percentagem de complicações da ferida aguda está diretamente relacionada com a hemorragia e a infeção.

A hemorragia é a perda sanguínea decorrente do rompimento de um ou mais vasos. Pode ser interna, quando o sangramento está oculto e observa-se pela presença de hematoma; e a externa na qual o sangramento é visível. O tratamento implica, no primeiro caso, a utilização de apósitos compressivos ou hemostáticos e, no segundo, a revisão da hemostase.

A EWMA (2005, p. 2) refere que “a infeção é o resultado das interações dinâmicas que ocorrem entre um hospedeiro, um agente patogénico potencial e o ambiente. Isto ocorre quando as defesas do hospedeiro são contornadas com sucesso por microrganismos, resultando daí nocivas alterações no hospedeiro”. Segundo a EWMA (2010), a infeção da ferida caracteriza-se pela presença de sinais inflamatórios (como calor, rubor, dor e limitação funcional) acrescida da produção de excesso de exsudado, tecido de granulação friável, mudança de odor, estagnação no processo de cura e sinais serológicos como leucocitose e aumento da proteína C-reativa (PCR), por exemplo.

O tratamento relaciona-se com o controlo da infeção, por meio de drenagem do pus, limpeza da ferida e associação de terapêutica antimicrobiana local e antibiótico sistémico. Segundo a EWMA (2013, p. 27)

“a escolha entre o tratamento local ou sistémico depende da perceção dos sinais e sintomas da infeção e do regime adotado previamente na gestão do regime terapêutico. Em casos de infeção disseminada os antibióticos sistémicos são normalmente selecionados de forma empírica no tratamento da ferida. Caso contrário, são escolhidas estratégias locais de tratamento de feridas e/ou são iniciadas medidas profiláticas.”

#### 4. INDICAÇÕES DO MATERIAL DE PENSO

O material utilizado para o tratamento de feridas é um grupo de produtos farmacêuticos que tem vindo a sofrer, nos últimos tempos, uma apreciável evolução técnica e científica.

A indústria tem investigado diferentes soluções ao produzir material de penso que otimizam a cicatrização, obtendo excelentes resultados. Atualmente, tanto os profissionais de saúde como os utentes podem contar com uma enorme variedade de novos materiais, mais eficazes e de manipulação mais cómoda.

Assim, é fundamental a constante atualização de conhecimentos na área, pois torna-se imperativo conhecer bem os produtos por forma a selecionar as melhores opções, comparando-as com aquelas já em uso (OF, 2012).

Para Turner, citado por Elias et al (2009), o penso ideal é aquele que é capaz de proporcionar um meio húmido, remover o excesso de exsudado, permitir as trocas gasosas, manter a temperatura ideal, proteger o leito da ferida dos microrganismos, partículas e contaminantes tóxicos, permitir a sua remoção sem trauma, de fácil utilização, que permita a manutenção da integridade da pele circundante, que seja ergonómico e que tenha uma excelente relação custo-efetividade.

Baranoski, S. e Ayello, E. (2010) defendem que para escolher corretamente o tipo de penso a utilizar, o enfermeiro deve proceder a uma avaliação completa da ferida que pode ser baseada no acrónimo MEASURES:

- M**inimizar o trauma no leito da ferida
- E**liminar o espaço morto
- A**valiar e tratar a quantidade de exsudado
- S**uportar o sistema de defesa tecidual corporal
- U**sar agentes de limpeza de feridas não tóxicas
- R**emover a infeção, detritos e tecido necrosado
- M**anutEnção do ambiente, incluindo isolamento térmico e leito da ferida húmido

Manter as lesões protegidas da invasão bacteriana na pele circundante”.

Além da avaliação das características da ferida, importa também conhecer os materiais de penso, suas principais características e indicações, para poder escolher qual aplicar. Os pensos que entram em contacto com o leito da ferida são designados pensos primários e os que cobrem ou os fixam ao local são os pensos secundários (Baranoski & Ayello, 2010).

Ao realizar o tratamento o enfermeiro deve ter como objetivos promover a cicatrização, proteger a pele e tecidos adjacentes, prevenir a infeção, drenar o conteúdo da ferida e manter o conforto e bem-estar do utente (DGS, 2008).

O quadro seguinte apresenta o material de penso que existe no mercado e descreve o seu mecanismo de ação.

Indicação Principal	Tipo de penso	Mecanismo Ação
Controlo de Odor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carvão</li> </ul>	Adsorção de odores resultantes da intensa atividade metabólica dos microrganismos.
Controlo de Exsudado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alginatos</li> <li>• Carboximetilcelulose</li> <li>• Espumas</li> </ul>	Absorver o excesso de exsudado no leito da ferida, mantendo a humidade ideal para cicatrização.
Controlo da Infeção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácidos Gordos Esterificados</li> <li>• Iodo</li> <li>• Mel</li> <li>• Polihexametileno biguanida</li> <li>• Prata</li> </ul>	Ação bactericida/bacteriostática em feridas infetadas.
Desbridamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colagenase</li> <li>• Hidrogel em gel</li> <li>• Poliacrilatos</li> </ul>	Degradação dos tecidos necrosados através de processos enzimáticos ou autolíticos.
Granulantes/Epitelizantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidrocolóides</li> <li>• Hidrogel em penso</li> <li>• Películas</li> </ul>	Manutenção da humidade no leito da ferida.
Interfaces	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gazes Impregnadas</li> </ul>	Diminuição da aderência à superfície do leito da ferida.

APÊNDICE XIV  
Relatório Síntese da Sessão de Formação (UCIPED)

Indicação Principal (cont.)	Tipo de penso (cont.)	Mecanismo Ação (cont.)
Promotores da Cicatrização	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acido Hialurônico</li><li>• Colagénio</li></ul>	Estimulação do processo de cicatrização por cedência de substâncias endógenas envolvidas na formação e maturação da matriz extracelular.
Protetores Cutâneos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Polímeros Acrílicos</li><li>• Películas</li></ul>	Proteção da pele contra agressões externas.

Fonte: Ordem dos Farmacêuticos, 2012. Manual de Material de Penso com Ação Terapêutica. Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. Cadavalgráfica- Artes Gráficas, Lda. ISBN 978-989-98069-1-7.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem e a gestão do tratamento de feridas tem sido uma temática bastante estudada e os resultados têm vindo a ser cada vez mais publicados pelos enfermeiros.

Consideramos que este trabalho expôs uma breve abordagem a esta problemática, embora tenha incidido especialmente na abordagem do adolescente com ferida (ferida aguda e ferida aguda com complicações).

Assim, apresentamos uma breve caracterização do desenvolvimento do adolescente, relacionamos a presença de uma ferida no adolescente com as possíveis alterações no seu conforto e bem-estar, seguida de uma síntese bibliográfica sobre as características da pele, suas funções e importância, o processo de cicatrização, fatores que interferem na cicatrização, abordando igualmente as especificidades da ferida aguda e ferida aguda com complicações. No quinto capítulo expusemos um resumo das indicações e mecanismos de ação do material de penso existente no sentido de promover a escolha mais adequada de acordo com a avaliação prévia da ferida.

Acreditamos que os enfermeiros que se encontram numa posição privilegiada, devem aplicar os conhecimentos e competências desenvolvidas, no que diz respeito à gestão do tratamento de feridas, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e assim obter ganhos em saúde. Simultaneamente, devem aproveitar qualquer motivo de proximidade do adolescente aos serviços de saúde para promover o desenvolvimento saudável e a adoção de comportamentos de busca de saúde, reduzindo a adoção de comportamentos de risco.

Neste sentido, o enfermeiro deve providenciar cuidados ao adolescentes promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de estratégias de

enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência científica para fundamentar a tomada de decisão (OE, 2010).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apóstolo, J.L.A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. II Série (9) 61-67.

Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (2009). *Prevenção de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápido* (European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, Trad.). Lisboa: Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. (Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide, 2009).

Baranoski, Sharon (2006). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas: Princípios Práticos*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-03-8.

Costa (2005). *Dicionário de Termos Médicos*. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-05281-3.

China, Maria do Carmo Alves (2011). *Atividade física, desporto e lazer na adolescência*. Faculdade de Educação Física e Desporto. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Tese de Mestrado. Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2008). *Manual de Normas de Enfermagem*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Acedido a 17/12/2013. Disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt).

Dowd, T. (2004). Teoria do conforto. In Boyle, M.K., Thornton, J.L. (editores). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (481-495). Loures: Lusociência.

- Elias, C. et al (2009). *Material de Penso com Ação Terapêutica- Penso: Ato de pensar uma ferida*. Tipografia Lousanense, Lda. ISBN 978-20-1596-5.
- European Wound Management Association (EWMA) (2005). *Position Document: Identifying criteria for wound infection*. London: MEP Ltd.
- European Wound Management Association (EWMA) (2010). Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. London: *Journal of Wound Care*. vol 19. n.º 6.
- European Wound Management Association (EWMA) (2013). Antimicrobials and Non-healing Wounds: Evidence, controversies and suggestions. London: *Journal of Wound Care*. vol. 22 . n.º 5.
- Hockenberry & Wilson (2011). *Wong's nursing care of infants and child*. 9<sup>th</sup> ed. Mosby: USA. ISBN 978-0-323-06912-0.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company. New York.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. (2005). Comfort theory and its application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. 31 (3) 187-194.
- Kolcaba, K. (2013). Comfort. In S. Peterson & T. Bredow (Coords). *Middle range theories: application to nursing research*. (pp.193-209). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ®)*. (Obra original publicada em 2008). ISBN: 978-989-96021-1-3.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978- 989-96021-9-9.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 978-92-95094-35-2.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. I Volume. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1.
- Ordem dos Farmacêuticos (2012). Manual de Material de Penso com Ação Terapêutica. Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. Cadavalgráfica- Artes Gráficas, Lda. ISBN 978-989-98069-1-7.
- Rocha, M.J. (2006). Feridas- Uma Arte Secular- Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas. Minerva, Coimbra.
- Simões, C. (2007). Comportamentos de Risco na Adolescência. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2003). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Trott (2009). Feridas e Lacerações: Cuidados de emergência e encerramento. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-17-8.
- Wong, Donna L. (1999). Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A.

(Tradução do original em inglês Whaley & Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 4th ed., 1997).

World Health Organization (2003). Adherence to long term therapies: Evidence for action. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

Wounds International (2012). *International consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review*. London: Wounds International. Disponível em: <http://www.woundsinternational.com>.



**APÊNDICE III - Declaração “Compromisso Formalmente Assumido”**



## COMPROMISSO FORMALMENTE ASSUMIDO

### DECLARAÇÃO

Eu, Maria Justa Pinto Granjo, enfermeira do CHLN – HSM, a desenvolver um programa de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no atendimento ao adolescente com ferida e sua família, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, declaro garantir a confidencialidade em relação à informação disponibilizada.

Lisboa, ..... de ....., de 20...

.....  
(Assinatura)



**APÊNDICE IV - Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação**



---

Sessão de Formação

# **Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda:**

## **Processo de Cicatrização**

**e**

## **Material de Penso**



Data: 19 de Dezembro de 2013

Hora: 15 Horas


Local: Sala de Trabalho de Enfermagem

Destinatários: Enfermeiros da UCIPED do CLHN-HSM



**APÊNDICE V - Diapositivos da Sessão de Formação**





## **Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda: Processo de Cicatrização e Material de Penso**

**Justa Granjo**

**Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**ESEL**



## **CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE**

A adolescência é caracterizada também por uma crise de identidade de grupo versus alienação, período no qual procura a autonomia e desenvolvimento de uma identidade de grupo seguida de uma identidade pessoal, distanciando-se e rejeitando a identidade da geração dos seus pais- Erickson

Os adolescentes possuem a capacidade de pensamento abstrato, manipulando mentalmente mais de duas categorias de variáveis ao mesmo tempo, podendo pensar sobre o seu próprio pensamento e o dos outros, embora ainda se centrem muito no presente- Piaget

## CONFORTO E BEM-ESTAR DO ADOLESCENTE COM FERIDA

Tanto Kolcaba (2005) como a Wounds International (2012) apontam quatro domínios para o bem-estar: físico, mental, social e espírito/cultural, relacionando-o com a presença da ferida num indivíduo.

- "a) Empowerment- a necessidade sentida por uma pessoa para assumir o controlo físico, psicológico e emocional relativamente ao tratamento da ferida:
  - b) A gestão do risco- adoção por parte do indivíduo de certos comportamentos que se relacionam com a gestão da sua ferida (por exemplo, a ponderação da realização de determinadas atividades *versus* o nível de risco associado):
  - c) O quotidiano- o impacto do tratamento da ferida no quotidiano do cliente (24/7):
  - d) Estigma- como as respostas de outras pessoas pode afetar as pessoas que vivem com uma ferida:
  - e) O lado de fora- o aparecimento de curativos e produtos:
  - f) Movimento- como as atividades de uma pessoa se relacionam com o tipo de penso usado:
  - g) Limpeza- exigência da pessoa para a limpeza podem entrar em conflito com a necessidade de manter os pensos no local por até sete dias:
  - h) Proteção- o papel dos pensos e produtos na gestão das feridas para proteger o corpo de danos físicos e da infeção."
- Wounds International (2012, p. 4)

## O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DA FERIDA

- Ferida "*é uma solução de continuidade dos tecidos moles que ocorre quando é exercida sobre eles uma força externa superior a que podem suportar*".
- A cicatrização de feridas "*é um continuum de fases sobrepostas*" que ocorrem desde o momento da lesão e se podem prolongar no tempo até 60 dias ou mais.
- *Reação vascular e inflamatória*
- *Proliferação*
- *Maturação e remodelagem*

Trott, 2009

## O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DA FERIDA

- **Tempo de Evolução**

- Ferida Agudas**

- Feridas Crônicas**

- **Agente Causal**

- Feridas Cirúrgicas ou Incisas**

- Feridas Contusas**

- Feridas Lacerantes**

- Feridas Perfurantes**



## O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DA FERIDA

- **Grau de Contaminação**

- **Feridas Limpas**

- **Feridas Limpas- Contaminadas**

- **Feridas Contaminadas**

- **Feridas Infetadas**

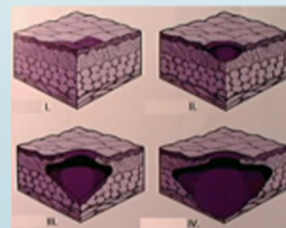
- **Comprometimento Tecidual**

- **Categoria I**

- **Categoria II**

- **Categoria III**

- **Categoria IV**



## FATORES QUE INTERFEREM NA CICATRIZAÇÃO

- o pressão.
- o presença de corpos estranhos e/ou tecidos desvitalizados.
- o edema.
- o uso de agentes tópicos inadequados.
- o técnica incorreta de realização do tratamento.
- o infecção.
- o idade.
- o desnutrição.
- o uso de medicamentos sistêmicos, a quimioterapia, a radioterapia.
- o *stress*, a ansiedade e a depressão

Trott, 2009

## INDICAÇÕES DO MATERIAL DE PENSO

Indicação Principal	Tipo de penso	Mecanismo Ação
Controlo de Odor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Carvão</li></ul>	Adsorção de odores resultantes da intensa atividade metabólica dos microrganismos.
Controlo de Exsudado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alginatos</li><li>• Carboximetilcelulose</li><li>• Espumas</li></ul>	Absorver o excesso de exsudado no leito da ferida, mantendo a humidade ideal para cicatrização.
Controlo da Infecção	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ácidos Gordos Esterificados</li><li>• Iodo</li><li>• Mel</li><li>• Polihexametileno biguanida</li><li>• Prata</li></ul>	Ação bactericida/bacteriostática em feridas infetadas.
Desbridamento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Colagenase</li><li>• Hidrogel em gel</li><li>• Poliacrilatos</li></ul>	Degradação dos tecidos necrosados através de processos enzimáticos ou autolíticos.
Granulantes/Epitelizantes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hidrocolóides</li><li>• Hidrogel em penso</li><li>• Películas</li></ul>	Manutenção da humidade no leito da ferida.
Interfaces	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gazes Impregnadas</li></ul>	Diminuição da aderência à superfície do leito da ferida.

## INDICAÇÕES DO MATERIAL DE PENSO

Indicação Principal (cont.)	Tipo de penso (cont.)	Mecanismo Ação (cont.)
Promotores da Cicatrização	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acido Hialurônico</li><li>• Colagénio</li></ul>	Estimulação do processo de cicatrização por cedência de substâncias endógenas envolvidas na formação e maturação da matriz extracelular.
Protetores Cutâneos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Polímeros Acrílicos</li><li>• Películas</li></ul>	Proteção da pele contra agressões externas.

**Fonte:** Ordem dos Farmacêuticos, 2012. *Manual de Material de Penso com Ação Terapêutica*. Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. Cadavalgráfica- Artes Gráficas, Lda. ISBN 978-989-98069-1-7.

## Controlo de Odor- Carvão



## Controlo de Exsudado- Alginato



## Controlo de Exsudado- Carboximelticelulose



## Controlo de Exsudado- Espumas



## Controlo de exsudado- Hidropolímeros



## Controlo de Infeção

IODOSORB®



## Desbridamento

ULCERASE®



## Granulantes/Epitelizantes



## Interfaces



## Promotores da cicatrização



## Protetores cutâneos



## **Em Suma:**

**O tratamento de uma ferida requer uma abordagem holística do adolescente, otimizando estratégias comunicacionais, relacionais e técnicas com vista à rápida cicatrização da ferida, prevenindo as complicações e sequelas.**

**Os meios terapêuticos devem ser aplicados por uma equipa multidisciplinar que se socorrerá de técnicas e materiais cientificamente atualizados e fundamentados.**



**APÊNDICE VI - Levantamento das Necessidades Formativas da Equipa de  
Enfermagem da UCIPED – Apresentação dos Resultados**



## Levantamento das Necessidades Formativas da Equipa de Enfermagem da UCIPED

Justa Granjo

Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

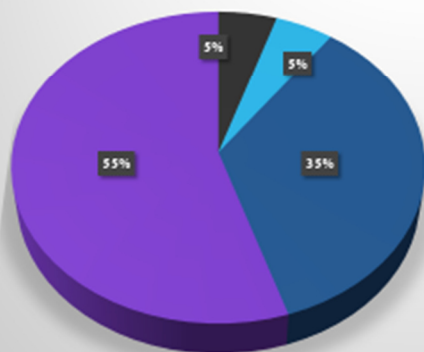
ESEL

### Apresentação dos Resultados

- De uma população-alvo de 20 enfermeiros, selecionei como amostra 18, obtendo resposta de 11 (61, 11%).
- A média de idades é de 36 anos, correspondendo a uma média de 13 anos de profissão.

## Apresentação dos Resultados

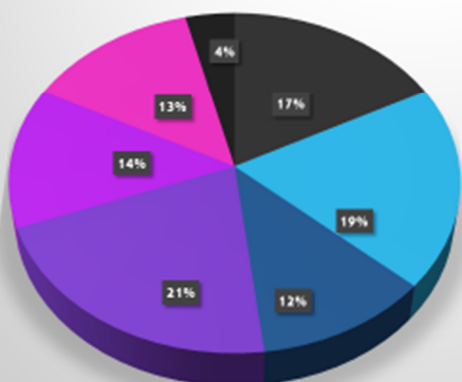
Necessidades relativas ao Atendimento do Adolescente com Ferida Aguda



- Estratégias de comunicação com o adolescente
- Entrevista ao adolescente
- Conhecimento sobre o processo de cicatrização da ferida
- Conhecimento sobre a utilização dos diferentes apósitos
- Outras

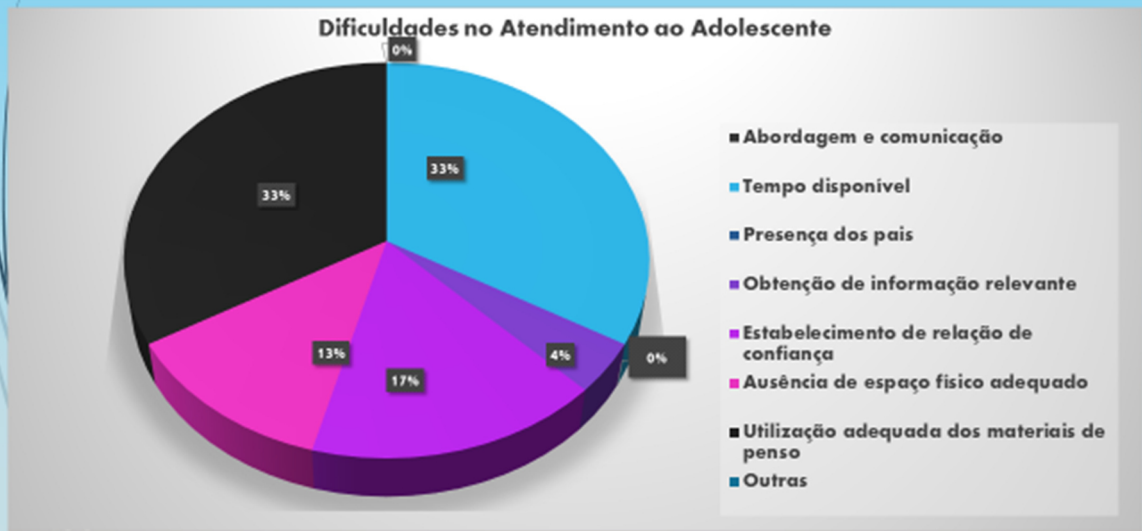
## Apresentação dos Resultados

Estratégias Utilizadas no Cuidado ao Adolescente



- Utiliza linguagem adequada à idade
- Explica previamente os procedimentos
- Questiona o adolescente relativamente à presença dos pais
- Promove a privacidade
- Escuta ativamente
- Evita juízos de valor
- Permite a escolha do acompanhante pelo adolescente
- Outras

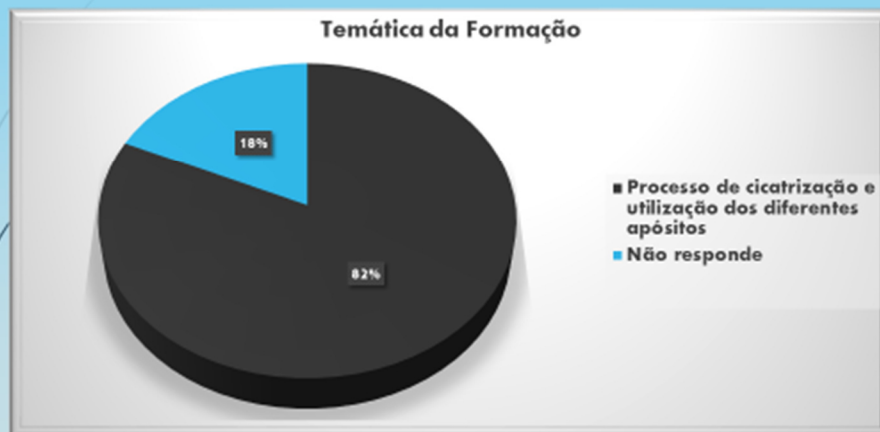
## Apresentação dos Resultados



## Apresentação dos Resultados



## Apresentação dos Resultados



**APÊNDICE VII - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação**



**CHLN- Hospital de Santa Maria**  
**Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**

**Sessão de Formação “Abordagem ao Adolescente com Ferida Aguda: Processo de Cicatrização e Material de Penso”**

Este questionário é anónimo e tem como objetivo avaliar a sessão a que acabou de assistir. Deste modo, como classifica:

1. A pertinência do tema abordado:

Pouco Pertinente                       Pertinente                       Muito Pertinente

2. Os conteúdos abordados:

Insuficientes                       Bons                       Muito Bons

3. A metodologia utilizada:

Pouco Adequada                       Adequada                       Muito Adequada

4. Comentários / Sugestões:

---

---

---

Muito obrigada pela sua colaboração,

Justa Granjo



**ANEXOS**



**ANEXO I - Folha de Presença na Sessão de Formação**



APÊNDICE XIV  
Relatório Síntese da Sessão de Formação (UCIPED)

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARÍA

Hospital  
Pulido Valente

FOLHA DE PRESENÇAS

SERVIÇO:..... Uciped

TEMA: Abordagem ao Adolescente com Ferido  
Agudo Processo de Circutrização e Material  
de Pauso

DATA DA REALIZAÇÃO: 11 / 12 / 13 LOCAL: Uciped

HORÁRIO: 15h - 30 DURAÇÃO: 30 min

N.º MEC.º	CATEGORIA PROFISSIONAL	NOME	SERVIÇO	RUBRICA
18969	Fupa	Luís do Paes Faria	Uciped	[assinatura]
12274	[assinatura]	[assinatura]	Uciped	[assinatura]
11949	Enf.º	Isabel R. Almeida Dias	Uciped	[assinatura]
20319	Enf.º	João do Graça Casal	Uciped	[assinatura]
6000	Chefe	Dr. António Lopes Gomes	Uciped	[assinatura]
19121	[assinatura]	[assinatura]	Uciped	[assinatura]
14550	Fupa	Feliciana M. Pereira	Uciped	[assinatura]

LISBOA, 11 / 12 / 13

ENF.º CHEFE

DIREÇÃO DE  
Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 224 - Fax: 217 805 647  
www.chln.pt  
des.cfa@hem.min.saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215



**ANEXO II - Declaração da Sessão de Formação em Serviço**



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

## DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Para os devidos efeitos, declara-se que o(a) Sr(a). Enfermeiro(a) abaixo identificado(a) participou na qualidade de formador(a)/formando(a) na acção de Formação em Serviço especificada.

**MARIA JUSTA PINTO GRANJO**

Enfermeira Graduada

N.º Mec.º. 16566

A exercer funções no Serviço: Pediatria 8

Tipo de Participação: **Formando**

Tema	Serviço	Data	Duração
“Úlceras por Pressão na UCIPed”	UCIPED	28-05-2014	1h 20m

**Sumário** Pele e funções; definição de UP; Avaliação do risco de desenvolvimento de UP; classificação das UP; Tipos de tecido; fases de cicatrização, Preparação do leito da ferida; Teoria Time; Avaliação de feridas; Características de um penso; Material de penso - desbridantes, hemostáticos, hidroreguladores, epitelizantes, protectores, antimicrobianos tópicos, protectores da pele, promotores da granulação.

Lisboa, 16 de Junho de 2014

A Enfermeira Adjunta

Lourdes Moura  
N.º Mec. 35073  
Enfermeira Adjunta

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647

www.chln.pt  
dse.gfie@chln.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt



## **APÊNDICE XV**

Relatório Síntese da Sessão de Formação (USF)



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Relatório Síntese da Sessão de Formação**

Inserido no Estágio na Unidade de Saúde Familiar

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa  
Novembro, 2013



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

## **Relatório Síntese da Sessão de Formação**

Inserido no Estágio na Unidade de Saúde Familiar

Docente Responsável:

Maria de Lourdes Oliveira

Enfermeiro de Referência:

Catarina Florêncio

Realizado por:

Justa Granjo

Lisboa

Novembro, 2013



## ÍNDICE

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA .....	7
1- PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	8
2- AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	11
APÊNDICES	
<b>Apêndice I</b> - Guia prático Exame Global de Saúde 11-13 anos	
<b>Apêndice II</b> - Cartaz de Divulgação da sessão de Formação	
<b>Apêndice III</b> - Diapositivos "Abordagem ao Adolescente: Estratégias Promotoras da Adesão Terapêutica em Contexto de Sala de Tratamentos"	
<b>Apêndice IV</b> - Folheto "Alimentação no 1º Ano de Vida- Diversificação Alimentar"	
<b>Apêndice V</b> - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação	
ANEXOS	
<b>Anexo I</b> - Cartaz de Divulgação da Formação em Serviço	
<b>Anexo II</b> - Folha de Presença na Sessão de Formação	



## **NOTA INTRODUTÓRIA**

Para o estágio em cuidados de saúde primários- Unidade de Saúde Familiar (USF), desenvolveu-se um novo plano de formação. O diagnóstico de situação realizou-se através da entrevista informal à enfermeira responsável pela unidade e à enfermeira de referência e também com recurso à pesquisa bibliográfica. Nesse plano definiu-se como objetivo “Promover a Adesão ao Regime Terapêutico do Adolescente” e para o atingir efetuou-se um guia prático para a consulta de enfermagem em contexto de exame global de saúde, 11 - 13 anos (Apêndice I) e realizaram-se várias consultas de enfermagem neste contexto, com o apoio da enfermeira de referência.

No final do estágio, realizou-se uma sessão de formação, intitulada “Abordagem ao Adolescente: Estratégias Promotoras da Adesão Terapêutica em Contexto de Sala de Tratamentos” (Apêndice II e III), onde foi abordada a temática com os enfermeiros e validado o guia prático.

Foi elaborado ainda um folheto sobre “Alimentação no 1º Ano de Vida- Diversificação Alimentar” (Apêndice IV), a pedido da enfermeira responsável da USF, para colmatar a inexistência de informação escrita relativa a esta temática em contexto de consulta de enfermagem de saúde infantil.

## **1. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

Tema: “Abordagem ao Adolescente: Estratégias Promotoras da Adesão Terapêutica em Contexto de Sala de Tratamentos”

Destinatários: Enfermeiros da USF Cruzeiro

Objetivo Geral:

- ✓ Identificar estratégias comunicacionais a implementar pelo enfermeiro no atendimento ao adolescente na sala de tratamentos da USF Cruzeiro.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar características do desenvolvimento do adolescente;
- ✓ Esclarecer conceitos inerentes à comunicação;
- ✓ Enumerar estratégias promotoras da adesão terapêutica.

	MÉTODO	MAE	TEMPO	FORMADOR
<b>INTRODUÇÃO</b> - Apresentação pessoal - Apresentação do tema/justificação - Metodologia	Expositivo	Cartaz Computador	5'	Justa Granjo
<b>DESENVOLVIMENTO</b> - Características do desenvolvimento do adolescente; - Comunicação; - Estratégias promotoras da adesão terapêutica na abordagem ao adolescente em contexto de sala de tratamentos.	Expositivo e Participativo	“	15'	“
<b>CONCLUSÃO</b> - Síntese das ideias relevantes.	Expositivo e Participativo	“	5'	“
<b>AValiação</b> - Aplicação de inquérito de avaliação da sessão.	Participativo	“	5'	“

## 2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Para proceder à avaliação desta sessão de formação, optou-se por realizar um questionário (Apêndice V) com quatro questões, sendo que as 3 iniciais incluíam resposta fechada, com recurso à escala de likert, e uma última questão para comentários / sugestões que considerassem pertinentes mencionar e que não estivessem contemplados na avaliação através da escala.

Os resultados das primeiras 3 questões foram trabalhados estatisticamente, utilizando o programa Excel da Microsoft Office e relativamente ao tratamento da questão aberta utilizei a análise temática de conteúdo.

Dos 5 enfermeiros pertencentes a este serviço, estiveram presentes 4, correspondente a 80% da totalidade dos enfermeiros (Anexo II), destes 75% avaliaram a pertinência do tema abordado em *Muito Pertinente*, e 25% em *Pertinente*.

No que concerne aos conteúdos da sessão 100% classificaram-nos em *Muito Bons*.

Finalmente, no que respeita à metodologia utilizada a totalidade dos enfermeiros (100%) consideraram-na como *Muito Adequada*.

No espaço reservado aos comentários ou sugestões, houve apenas uma pessoa que quis manifestar-se referindo *“Boa sorte e sucesso”*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989). Assembleia Geral das Nações Unidas. Acedido em 25/05/2013. Disponível em [www.unicef.pt](http://www.unicef.pt).

Direção Geral de Saúde (2011). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Fonseca *et al.* (2005). Requisitos para o Atendimento ao Adolescente. Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 4. Vol.36. 223-224.

Gerra, A. *et al.* (2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol. 43; nº 5; Setembro-Abril; *Sociedade Portuguesa de Pediatria*. ISSN 0873 – 9781.

Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: IAC. 22 p. ISBN 972-8003-14-5.

Lerner, R., Lerner, J., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S. *et al.* (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth-grade adolescents: Finding from the first wave of 4-h study of positive youth development. *Journal of Early Adolescence*, (25) 1, 17-71.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. I Volume. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1.

Peixoto *et al.* (2012). Consulta dos 12-13 anos (início da puberdade). Acedido em 9 de Novembro de 2013. Disponível em: <http://www.arscentro.min->

[saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20infantil/consulta%2012-13%20anosl.pdf](http://saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20infantil/consulta%2012-13%20anosl.pdf).

## **APÊNDICES**



**APÊNDICE I - Guia Prático Exame Global de Saúde 11-13 Anos**





**Guia Prático**  
***Exame Global de Saúde 11-13 Anos***



**ARSLVT**  
Administração Regional de Saúde  
de Lisboa e Vale do Tejo I.P.



Ministério da Saúde

Este **Guia** tem como objetivo sistematizar os elementos necessários ao atendimento ao adolescente, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Ele pretende ser um documento de consulta rápida para o enfermeiro na abordagem ao adolescente em contexto de exame global de saúde. O exame global de saúde é um momento privilegiado de contato com o adolescente, que permite “conhecer o seu estado de saúde, estilos de vida, identificar problemas, preocupações, necessidades e competências e, simultaneamente, transmitir informações com vista a prevenir eventuais alterações da sua saúde, tanto física como psicossocial” (OE, 2010, p. 21).

A adolescência é uma etapa entre a infância e a idade adulta que se inicia com as alterações da puberdade e caracteriza-se por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais, muitas delas geradoras de crises, conflitos e contradições (OMS, 1986, citado por China, 2011). Para Hockenberry & Wilson (2011) as mudanças na adolescência ocorrem em diferentes níveis e esta envolve três diferentes subestádios: o início da adolescência (11-14 anos), a adolescência média (15-17 anos) e o final da adolescência (18-20 anos).

Os problemas que surgem nesta etapa são provenientes da adaptação do adolescente aos novos desafios: transformações do corpo, conquista de autonomia, construção de novas relações interpessoais, progressão académica, pertença a um grupo de pares, necessidade de se sentir útil para os outros e de se sentir valorizado perante a sociedade (Simões, 2007). “A adolescência é um período sensível à influência dos fatores de risco ou protetores, tanto pela elevada plasticidade do SNC, como pela sua vulnerabilidade excessiva”(Peixoto *et al*, 2012, p. 1), assim cabe ao enfermeiro investir na redução dos fatores de risco e promoção dos fatores protetores, espelhando ganhos efetivos em saúde.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) (2013) os serviços de saúde devem responder às necessidades de saúde do adolescente de modo integrado, proporcionando-lhes um ambiente adequado. A abordagem ao adolescente deve ser integradora e global, somática e psicossocial, realizada num espaço próprio que respeite a sua privacidade e autonomia (SPP, 2013). Como tal, importa dotar os serviços de saúde de profissionais motivados, disponíveis e com formação adequada, no sentido prestar cuidados de enfermagem de excelência, aumentar a adesão às consultas de vigilância e diminuir o absentismo escolar (SPP, 2013).

### **Princípios Gerais no Atendimento ao Adolescente**

#### Política de Saúde do Adolescente

1. Respeitar os direitos dos adolescentes contemplados na Carta dos Direitos da Criança (Organização das Nações Unidas, 1959).
2. Os Serviços de Saúde devem responder às necessidades de saúde dos adolescentes de um modo integrado, acessível e eficiente, num ambiente adequado.
3. Deve garantir-se a confidencialidade e promover a autonomia para a tomada de decisão responsável pela sua saúde.
4. Garantir o acesso aos Serviços da Saúde gratuito a toda a idade Pediátrica.

#### Características do Local de Atendimento

1. O local de atendimento deve ser acessível, sem burocracias e com horário flexível (tendo em conta o horário escolar).
2. O atendimento deverá ser marcado por hora, com o objetivo de diminuir o tempo de espera.
3. A decoração do espaço físico deve ser adequada à idade.

### Competências Comunicacionais na Abordagem ao Adolescente

1. A comunicação verbal, de acordo com Phaneuf (2005), deve ser:
  - a. **simples** (uso de termos que sejam compreendidos pelo adolescente que escuta, excluindo abreviaturas, siglas, termos específicos e médicos, com construções de frases demasiado complicadas);
  - b. **clara** (utilização de conceitos que não levem a várias interpretações; devem ser dadas as explicações necessárias);
  - c. **breve, concisa e em ligação com o tema principal a desenvolver** (para que o adolescente não se perca nas explicações de uma comunicação que toca em vários assuntos ao mesmo tempo);
  - d. **apropriada ao tempo e às circunstâncias** (escolher o momento mais conveniente para recolher ou comunicar informações relevantes);
  - e. **adaptável às reações do adolescente** (o enfermeiro deve ter a capacidade de adaptar o discurso de acordo com a reação do adolescente, modificando o curso da interação).
  
2. Relativamente à **atitude comunicacional** o enfermeiro deve privilegiar a atitude de **apoio** e de **compreensão empática**, de modo a obter, por parte do adolescente, sentimentos de afetividade, confiança, suporte emocional e aceitação. Assim, deve recorrer a frases/palavras como: *“Concordo”*; *“Parabéns”*; *“Se bem compreendi o que sentes é...?”*; *“Pelas tuas palavras depreendo que...”*.
  
3. A adoção do **estilo assertivo** pelo enfermeiro na abordagem o adolescente é igualmente uma estratégia a implementar uma vez que permite colocar as situações de forma clara, defendendo os seus direitos sem violar ou desrespeitar os direitos dos outros, recorre à negociação com o adolescente com base em interesses mútuos, estabelece uma relação fundada na confiança e é verdadeiro consigo mesmo e com o adolescente.
  
4. A linguagem corporal pode transmitir ao adolescente mensagens negativas e positivas, assim, a **linguagem corporal** que o enfermeiro deve desenvolver na sua prática para transmitir mensagens positivas, deve privilegiar uma **postura** direita, mas descontraída,

com ombros direitos, recorrendo a poucos movimentos, confortável, de cabeça erguida ou levemente inclinada; os **gestos** devem caracterizar-se por movimentos casuais com as mãos, mãos descontraídas, mãos abertas com as palmas para fora, inclinações da cabeça ocasionais; a **expressão facial** deve transmitir ar descontraído, interessado e atencioso, sorriso genuíno, boca descontraída; e a **voz** deve ser sonora, firme, agradável, suave e fluente, com fácil eloquência e risos só associados a humor.

5. De acordo com Riley (2004), algumas **técnicas de comunicação terapêutica** que o enfermeiro pode desenvolver na relação com o adolescente são:

- a. o **silêncio** (capacidade do enfermeiro comunicar com o adolescente, recorrendo à linguagem não verbal, aceitando-o);
- b. a **orientação/ preparação** (fornecer informações ao adolescente com o intuito deste saber o que se espera dele);
- c. os **comentários abertos** (realizar observações de âmbito geral capazes de direcionar a interação e encorajar o adolescente a prosseguir);
- d. **consideração** (reconhecer a importância do adolescente na interação);
- e. **recapitulação** (validação da interpretação da mensagem por parte do enfermeiro ao adolescente);
- f. **reflexão** (remeter ao adolescente as suas próprias ideias, sentimentos, questões e conteúdo, com o intuito deste reconhecer a importância das mesmas);
- g. **clarificação** (pede input ao adolescente para compreender a mensagem recebida);
- h. **validação consensual** (o enfermeiro demonstra o desejo de compreender o significado de sinais ou conotação de palavras específicas emitidas pelo adolescente);
- i. **focalização** (realizar questões ou afirmações com o intuito de ajudar o adolescente a desenvolver uma ideia);
- j. **síntese** (revisão dos principais temas discutidos durante a interação) e
- k. **planificação** (decisão mútua relativamente à finalidade e direção das interações futuras).

A gestão de conflitos é uma realidade na abordagem ao adolescente. A maioria deles dizem respeito à tomada de decisão assim, na sua prática, o enfermeiro deve considerar os princípios éticos como o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo (OE, 2010).

### **A Entrevista ao Adolescente: Passo-a-Passo**

(Adaptação do Guião de Entrevista na Abordagem Longitudinal ao Adolescente- Peixoto *et al*, 2012)

O Guião de Entrevista na Abordagem Longitudinal ao Adolescente, segundo Peixoto *et al* (2012), tem por objetivo fornecer à equipa multidisciplinar uma grelha de colheita de informação bio-psico-social, com os objetivos de promover a saúde do adolescente e colher informação para a identificação de sinais de alerta. Ele baseia-se na conceção de desenvolvimento positivo da juventude (Lener *et al.*, 2005), na entrevista psicossocial *HEEADSSS* para adolescentes (Rosen, 2004) e as recomendações da OMS para a intervenção com os adolescentes e suas famílias (OMS, 2002).

#### **1. Acolhimento do Adolescente e da Família:**

Apresentação do enfermeiro.

Cumprimentar o adolescente em primeiro lugar.

Conhecer o nome pelo qual o adolescente prefere ser tratado.

Reforçar que o adolescente é o protagonista.

Esclarecer acerca do sigilo, informando o adolescente que algumas decisões e questões terão de ser compartilhadas com os pais especificamente aquelas que envolvem o risco para a vida do adolescente ou outros (OE, 2010).

Explicar as regras da entrevista: entrevista conjunta inicial, seguida de entrevista apenas com o adolescente (OE, 2010).

## **2. Compreensão do motivo da consulta:**

Escutar com empatia.

Observar a interação do adolescente e família.

Mostrar disponibilidade.

Estabelecer confiança.

Assumir compromisso.

## **3. Enquadrar o desenvolvimento positivo da adolescência:**

Informar sobre as principais modificações que ocorrem na adolescência (relacionadas com o “*Eu Adolescente*”, com os Amigos/Prazer, e com a Escola/Comunidade/Dever).

Promover a compreensão mútua e o equilíbrio emocional do adolescente e da família.

### ***Temas de Conversa:***

3.1- No “Eu Adolescente”- Mensagens Chave

Desenvolvimento do SNC,  
Alterações hormonais,  
Alterações cognitivas e emocionais,  
Alterações sociais e valores,  
Sexualidade

3.2- Na família- Mensagens chave

Pais: adultos de referência  
Evitar o conflito familiar  
Afeto  
Respeito pela intimidade e individualidade  
Necessidade de abertura ao grupo de pares  
Antecipação de cenários  
Regras/Limites/Negociação  
Controlo/Supervisão  
Reforço positivo  
Proteção  
Disponibilidade  
Comunicação  
Confiança

3.3- Amigos/ Prazer- Mensagens Chave

Significado da Amizade  
Partilha de experiências  
Autoafirmação  
Significado da “pressão dos pares”  
Tribos urbanas  
Prática desportiva, música, dança, ou outras de expressão, escutismo, religião/espiritualidade.

3.4- Escola/Comunidade/ Dever – Mensagens chave

Professores de Referência  
Integração no ambiente escolar  
Responsabilidades acrescidas  
Importância de ajustar expectativas: pais-adolescente

**4. Exemplos de questões relacionadas com o acrónimo *HEEADSSS***

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

**Fonte:** Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

### **5. Análise com o adolescente sozinho:**

Explorar com o adolescente questões que tenham surgido no motivo da consulta e/ou no decorrer da análise anterior.

- Quantificação da avaliação de 0-20 (“Eu Adolescente”):

Autoavaliação subjetiva das diferentes dimensões do triângulo

O que falta para o 20? (indicador das dimensões que necessitam de intervenção na perspectiva do adolescente).

- Quantificação da avaliação de 0-20 (Eu-Família-Escola-Amigos):

Autoavaliação subjetiva das diferentes dimensões do triângulo

O que falta para o 20? (indicador das dimensões que necessitam de intervenção na perspectiva do adolescente).

Exame físico (pedir consentimento e manter a privacidade).

Verificação e atualização do calendário vacinal.

Rastrear, sinalizar e referenciar situações de risco.

Avaliação da entrevista: O que achaste da consulta? O que faltou? Quais as expectativas em relação às próximas consultas?

Compromisso com a manutenção da vigilância de saúde e definição de metas a cumprir até à próxima entrevista.

### **Referências Bibliográficas:**

- Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989). Assembleia Geral das Nações Unidas. Acedido em 25/05/2013. Disponível em [www.unicef.pt](http://www.unicef.pt).
- Direção Geral de Saúde (2011). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Fonseca et al. (2005). Requisitos para o Atendimento ao Adolescente. Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 4. Vol.36. 223-224.
- Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: IAC. 22 p. ISBN 972-8003-14-5.
- Lerner, R., Lerner, J., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S. et al. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth-grade adolescents: Finding from the first wave of 4-h study of positive youth development. *Journal of Early Adolescence*, (25)1, 17-71.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. I Volume. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1.
- Peixoto et al. (2012). Consulta dos 12-13 anos (início da puberdade). Acedido em 9 de Novembro de 2013. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20infantil/consulta%2012-13%20anosl.pdf>.
- WHO (2002). Adolescent friendly health services: an agenda for change. Geneva: World Health Organization.

Trabalho elaborado por:

Enf.ª Justa Granjo, Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.



**APÊNDICE II - Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação**



Sessão de Formação

**Abordagem ao Adolescente:  
Estratégias Promotoras da Adesão Terapêutica  
em Contexto de Sala de Tratamentos**



Data: 13 de Novembro de 2013

Hora: 12 Horas

Local: Sala de Reuniões- USF Cruzeiro

Destinatários: Enfermeiros da USF Cruzeiro



**APÊNDICE III - Diapositivos “Abordagem ao Adolescente: Estratégias Promotoras da Adesão Terapêutica em Contexto de Sala de Tratamentos”**



Justa Granjo  
4º Mestrado de Enfermagem  
Saúde Infantil e Pediatria

## ABORDAGEM AO ADOLESCENTE:

# ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA ADESÃO TERAPÊUTICA EM CONTEXTO DE SALA DE TRATAMENTOS

## OBJETIVO GERAL

- ▶ Identificar estratégias promotoras da adesão terapêutica a implementar pelo enfermeiro no atendimento ao adolescente na sala de tratamentos da USF Cruzeiro

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar características do desenvolvimento do adolescente;
- Esclarecer conceitos inerentes à comunicação;
- Enumerar estratégias promotoras da adesão terapêutica.

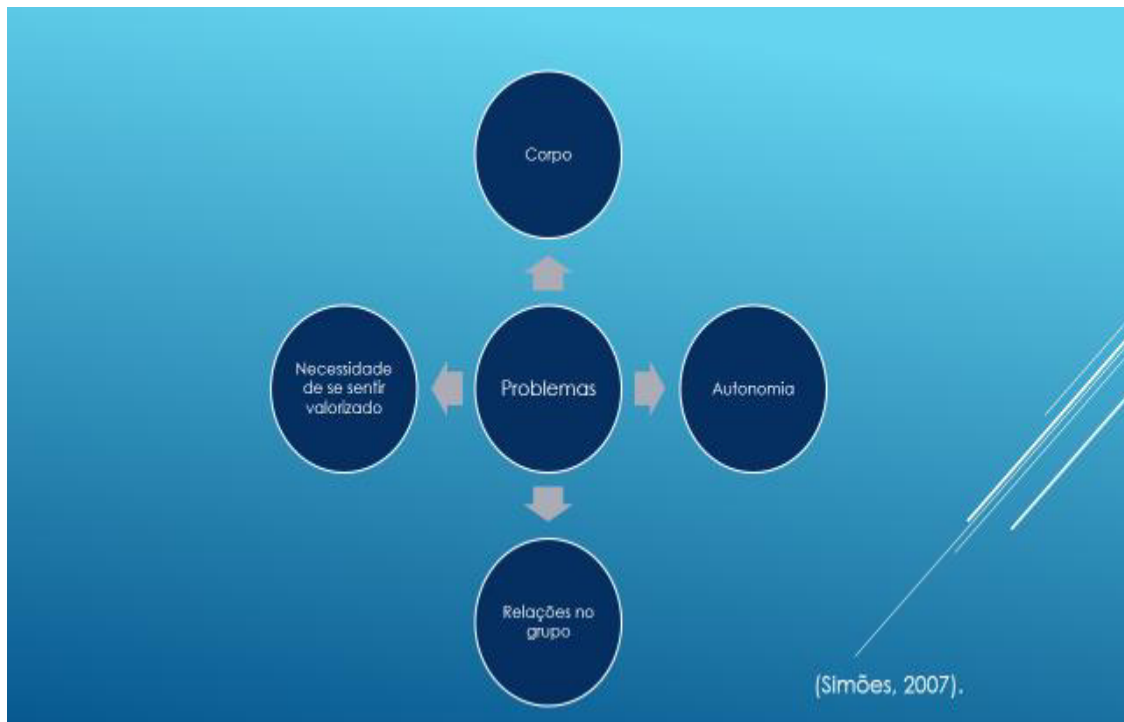
## CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

- ▶ A adolescência é caracterizada também por uma crise de identidade de grupo versus alienação, período no qual procura a autonomia e desenvolvimento de uma identidade de grupo seguida de uma identidade pessoal, distanciando-se e rejeitando a identidade da geração dos seus pais- Erickson
- ▶ Os adolescentes possuem a capacidade de pensamento abstrato, manipulando mentalmente mais de duas categorias de variáveis ao mesmo tempo, podendo pensar sobre o seu próprio pensamento e o dos outros, embora ainda se centrem muito no presente- Piaget
- ▶ O adolescente procura um código moral que mantenha a sua integridade pessoal e orientem os seus comportamentos. Na fase final da adolescência, assiste-se a um questionamento intenso dos valores morais vigentes e da sua importância para a sociedade e para o próprio, baseando-se essencialmente na observação do que os adultos atribuem como um código moral, embora não o pratiquem- Kohlberg

## CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

- ▶ A autonomia emocional- desenvolvimento da independência decorrente dos relacionamentos;
- ▶ A autonomia cognitiva- desenvolvimento de capacidades de pensamento sobre os seus próprios pensamentos e emoções;
- ▶ A autonomia comportamental- capacidade de tomar decisões e colocá-las em prática.

Hockenberry & Wilson, 2011



## ADESÃO TERAPÊUTICA

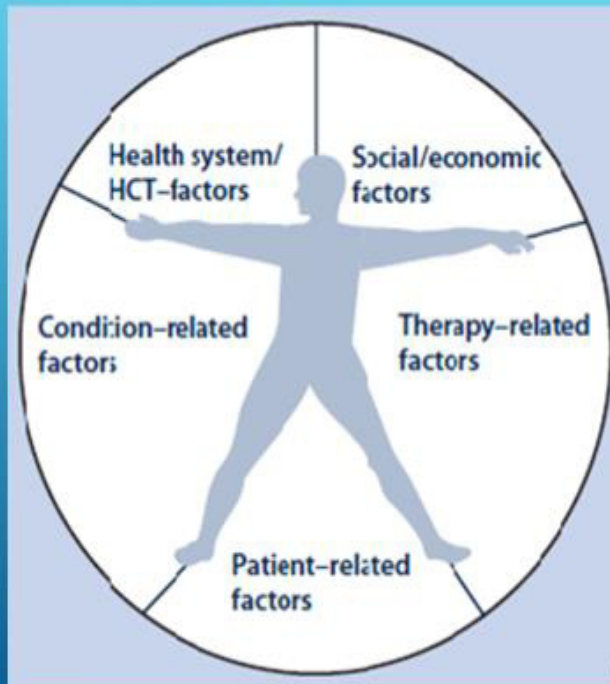
- ✓ A adesão é definida como o grau de comportamento de uma pessoa relativamente à ingestão de medicação, ao seguimento da dieta e/ou à adoção de mudanças no estilo de vida, que corresponde e concorda com as recomendações de um profissional de saúde.

OMS, 2003

## ADESÃO TERAPÊUTICA

- ✓ Adesão pode ser foco, diagnóstico ou resultado e inclui: adesão ao regime terapêutico, adesão a precauções de segurança, adesão ao regime de exercício, adesão ao regime de ingestão de líquidos, adesão ao regime dietético, adesão ao regime medicamentoso.

(OE, 2011)



(OMS, 2003).

## ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA ADESÃO TERAPÊUTICA

- ▶ As estratégias comportamentais incluem a *comunicação e aconselhamento direto, envolvimento com o cliente, a simplificação de esquemas terapêuticos, memorandos e reforço ou recompensa.*
- ▶ As estratégias educacionais relacionam-se com a *informação (oral, escrita, audiovisual ou utilizando as tecnologias de Informação), programas educacionais individuais e em grupo.* Pois como defende a OE (2003, p. 89) "a educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não só precisam de ser informados como precisam de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida".

## PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO

### Barreiras à comunicação

má dicção

erros de escuta

má escolha das palavras

cansaço

preocupações

má relação com o adolescente

sobrecarga de informação

diferenças interculturais

vocabulário elaborado

## PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO

Evitar  
obstáculos  
à escuta

interrupções sistemáticas

juízos de valor

ouvir só apenas o que queremos

indiferença

impaciência

insegurança

falta de empatia

falta de tempo (pressão)

## COMUNICAÇÃO

Atitude comunicacional

interpretação

avaliação

exploração

orientação

apoio

compreensão empática

## COMUNICAÇÃO

Estilo de  
comunicação

agressivo

passivo

manipulador

asserfivo

## COMUNICAÇÃO

Linguagem  
corporal

gestos

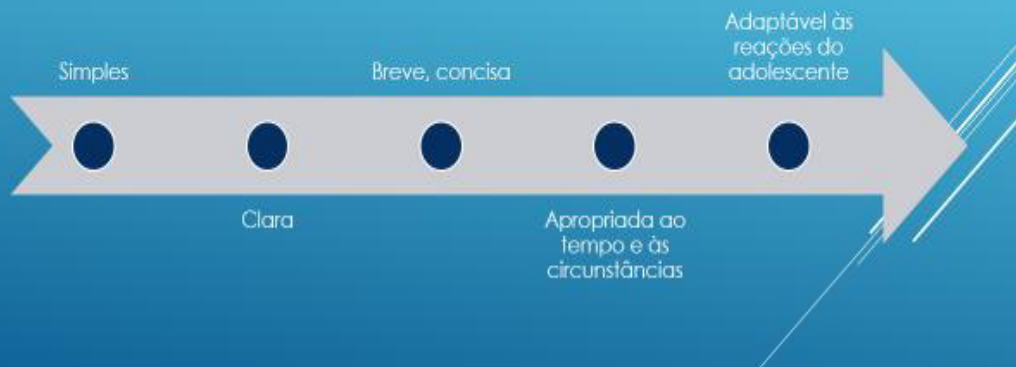
o olhar

expressão facial

postura

movimento do corpo

## COMUNICAÇÃO VERBAL (PHANEUF, 2005)



## COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA (RILEY, 2004)

- ✓ Escuta ativa
- ✓ o silêncio
- ✓ a orientação/preparação
- ✓ os comentários abertos
- ✓ consideração
- ✓ recapitulação
- ✓ reflexão
- ✓ clarificação
- ✓ validação consensual
- ✓ focalização
- ✓ negociação
- ✓ síntese
- ✓ planificação

## NA PRESENÇA DE FERIDA, NO CONTEXTO DE SALA DE TRATAMENTOS

▶ O enfermeiro deve:

Desenvolver uma parceria terapêutica com os adolescentes e seus cuidadores, partindo da relação terapêutica, trabalhando em conjunto para melhorar o bem-estar de uma forma eficaz e eficiente, garantindo a capacitação e a escolha onde a tomada de decisão é compartilhada (Wounds International, 2012) .

Promover a parceria de cuidados e o reconhecimento das competências parentais, na fase inicial da adolescência.

A parceria pressupõe que os elementos envolvidos (adolescente/família-enfermeiro) acreditem na partilha de conhecimentos, práticas e recursos que os beneficiam mutuamente (Hockenberry & Wilson, 2011).

## EM SUMA

O enfermeiro deve:

- ▶ Criar um clima de confiança na relação terapêutica; Favorecendo a expressão das necessidades e emoções, com o intuito de melhorar a adaptação à situação que estão a vivenciar.
- ▶ Adequar as estratégias de comunicação, respeitando as decisões e ritmo de cada adolescente, reconhecendo os seus mecanismos de adaptação.
- ▶ Envolver o adolescente no planeamento e dar suporte sempre que necessário (estratégias educacionais).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989). Assembleia Geral das Nações Unidas. Acedido em 25/05/2013. Disponível em [www.unicef.pt](http://www.unicef.pt).
- ▶ Direcção Geral de Saúde (2011). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS.
- ▶ Direcção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- ▶ Fonseca et al. (2005). Requisitos para o Atendimento ao Adolescente. Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 4. Vol.36. 223-224.
- ▶ Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança (1996). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: IAC. 22 p. ISBN 972-8003-14-5.
- ▶ Lerner, R., Lerner, J., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S. et al. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth-grade adolescents: Finding from the first wave of 4-h study of positive youth development. *Journal of Early Adolescence*, (25)1, 17-71.
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume: "Cedemos da OE", Número 3, Série 1.
- ▶ Peixoto et al. (2012). Consulta dos 12-13 anos (início da puberdade). Acedido em 9 de Novembro de 2013. Disponível em: <http://www.arsc.itsro.min-saude.pt/institucional/projecoes/csmca/noc/Documents/saude%20infantil/consulta%2012-13%20anos.pdf>
- ▶ WHO. Adolescent friendly health services: an agenda for change Geneva: World Health Organization, 2002.
- ▶ World Health Organization (2003). *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

## **APÊNDICE IV**

Folheto “Alimentação no 1º Ano de Vida- Diversificação Alimentar”



## 9 Meses: Peixe + Carne de Vaca

**Peixe:** Cozer o peixe à parte, retirar pele e espinhas; utilizar a água da cozedura no puré de legumes; pode-se usar peixe fresco ou ultracongelado de qualidade (têm as mesmas qualidades); juntar ao puré de legumes 20 g de peixe branco magro, cozido, sem pele nem espinhas.

**Preferência:** corvina, salmão, solha, robalo, maruca, linguado, dourada. Introduza mais tarde a pescada e a marmota.

**Carne de vaca:** Coza a carne e utilize a água da cozedura no puré de legumes; Não ultrapasse os 20 g por dia.

**5 refeições / dia:** 1ª refeição de leite; 2ª puré de legumes com peixe ou carne e sobremesa de fruta; 3ª papa com glúten ou iogurte natural com fruta e bolacha Maria; 4ª puré de legumes com peixe ou carne e sobremesa de fruta; 5ª refeição de leite.



## 10 Meses: Gema do ovo

**Gema do ovo:** Cozer o ovo e dar apenas a gema de acordo com o esquema:

1ª semana- ¼; 2ª semana- ½; 3ª semana- ¾; 4ª semana- 1 gema;

Dar a gema em substituição da carne ou peixe no puré de legumes até 2-3x/semana.



## 12 Meses: Clara do ovo + Leguminosas + Citrinos

**Clara do ovo:** Cozer o ovo e dar a gema inteira e a clara de acordo com o seguinte esquema: 1ª semana- ¼ clara; 2ª semana- ½ clara; 3ª semana- ¾ clara e 4ª semana- 1 ovo inteiro.

Dar ovo em substituição de carne ou peixe no puré de legumes até 2-3x/semana.

**Leguminosas:** Pode iniciar feijão, grão, ervilhas, favas e lentilhas com intervalos de 3 dias. Iniciar os **citrinos**.

**Leite de crescimento** até aos 24- 36 meses.

**Queijo:** Ofereça queijo fundido, meio gordo (1 colher de chá).



**Fonte:**

Gerra, A. et al. (2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. Acta Pediátrica Portuguesa, Vol. 43; nº 5; Setembro-Abril; Sociedade Portuguesa de Pediatria, ISSN 0873- 9781.



Trabalho elaborado por:

Enf.ª Justa Granjo

Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientada por:

Enf.ª Catarina Florêncio

# Alimentação no 1º Ano de Vida

## Diversificação Alimentar



**Leite materno** exclusivo até aos 6 meses é o alimento recomendado para todos os bebés.

A mulher que amamenta deve manter uma dieta saudável. Através do leite materno o bebé irá experimentar novos sabores, preparando a etapa de introdução de novos alimentos.

Se não for de todo possível manter a oferta de leite materno, este deve ser substituído por uma fórmula para lactentes.

Seja qual for o tipo de leite os novos alimentos só devem ser iniciados perto do 6º mês de vida, nunca antes dos 4 meses, nem depois dos 7 meses.

Introduzir um novo alimento quando a criança estiver de perfeita saúde;

Respeitar um intervalo de 3 a 6 dias entre a introdução de um novo alimento e o seguinte;

Os novos alimentos deverão ser dados à colher;

A água, no intervalo das refeições, deve ser dada à colher ou no copo;  
Não adicionar sal nem açúcar;

Se a criança rejeitar um alimento não se deve insistir e deve ser oferecido novamente mais tarde;

Uma alimentação saudável para toda a família deve ser implementada neste período.

Ponderar a introdução de papa segundo o aconselhamento do seu enfermeiro ou médico

#### **4 Meses: Papa sem glúten**

Papa láctea (já contém leite)- prepara-se com água fervida morna;

Papa não láctea- prepara-se com leite que o bebé toma (preferível);

Aumentar progressivamente a consistência da papa;

Dar a papa à colher.

**5 refeições / dia: 1 refeição de papa- 150 ml (almoço ou jantar) e 4 refeições de leite**

#### **4 Meses e meio: Puré de Legumes + Fruta**

**Puré de legumes:** começar com um caldo simples, tornando-o progressivamente mais consistente até se tornar num puré- 150 ml;

No início usar cenoura ou abóbora e batata (durante 3 dias);

Adicionar uma colher de chá de azeite em cru no final; Não adicionar sal;

Introduzir um novo legume com intervalos de 3-4 dias: 1º alface, 2º cebola, 3º alho francês, 4 couve-flor, 5º curgete, 6º feijão verde, 7º bróculos, (...);

**Fruta:** deve ser fresca, madura, crua ou cozida e bem triturada. Não adicionar açúcar nem mel. Começar por banana, pera ou maçã. É usada como sobremesa após o puré de legumes.

**5 refeições / dia: puré de legumes + fruta substitui uma refeição de leite, mantendo-se a papa sem glúten na outra refeição principal e 3 refeições de leite**

#### **6 Meses: Papa com glúten + Carne no puré de legumes**

Substituir a papa sem glúten por papa com glúten;

Carne no puré de legumes: Adicionar cerca de 10-20 g de carne (pesada em cru, sem pele nem ossos), cozida e desfiada, ao puré de legumes, de modo a que fique um puré homogéneo.

Diversificar as frutas, exceto citrinos (laranja) e frutos vermelhos (morango, cereja, amora, framboesa).

#### **7 Meses: 2º Puré de Legumes + Fruta + Iogurte natural com fruta e bolacha Maria**

Substituir outra refeição de leite por um segundo puré de legumes simples, seguido de sobremesa de fruta.

O iogurte pode substituir a refeição de papa láctea, em dias alternados; adicionando ao iogurte natural uma peça de fruta fresca e duas bolachas Maria; não adicionar açúcar.



**APÊNDICE V- Questionário de Avaliação da Sessão de Formação**



**Centro de Saúde de Odivelas**  
**Unidade de Saúde Familiar Cruzeiro**

**Sessão de Formação “Abordagem ao Adolescente: Estratégias Promotoras da Adesão Terapêutica em Contexto de Sala de Tratamentos”**

Este questionário é anónimo e tem como objetivo avaliar a sessão a que acabou de assistir. Deste modo, como classifica:

1. A pertinência do tema abordado:

Pouco Pertinente                       Pertinente                       Muito Pertinente

2. Os conteúdos abordados:

Insuficientes                       Bons                       Muito Bons

3. A metodologia utilizada:

Pouco Adequada                       Adequada                       Muito Adequada

4. Comentários / Sugestões:

---

---

---

Muito obrigada pela sua colaboração,

Justa Granjo



**ANEXOS**



**ANEXO I - Cartaz de Divulgação da Formação em Serviço**





## **FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

**A abordagem ao adolescente: estratégias  
promotoras da adesão ao regime terapêutico em  
contexto de sala de tratamentos**

**Dia 13 de Novembro de 2013**

Às 12:30 na Sala de Reuniões

Sem almoço

Preletor:  
Enfª Justa Granjo  
(Aluna Especialidade S.I.P.)



**ANEXO II - Folha de Presença na Sessão de Formação**







**ANEXOS**



## **ANEXO I**

Alterações do Crescimento e Desenvolvimento durante  
a Adolescência



<b>ADOLESCÊNCIA INICIAL (11-14 ANOS)</b>	<b>ADOLESCÊNCIA INTERMÉDIA (15-17 ANOS)</b>	<b>ADOLESCÊNCIA TARDIA (18- 20 ANOS)</b>
<b>Crescimento</b>		
<p>Aceleração rápida do crescimento Alcança a velocidade de pico Aparecimento dos caracteres sexuais secundárias</p>	<p>Desaceleração do crescimento nas raparigas A estatura alcança 95% da estatura adulta Caracteres sexuais secundários em fase avançada</p>	<p>Fisicamente maturo Crescimento estrutural e reprodutivo praticamente completo</p>
<b>Cognição</b>		
<p>Explora as novas capacidades de pensamento abstrato Tateia de forma desajeitada por novos valores e energias Compara a "normalidade" com os pares do mesmo sexo</p>	<p>Desenvolve a capacidade de pensamento abstrato Aprecia os poderes intelectuais, frequentemente em termos idealistas Preocupa-se com problemas filosóficos, políticos e sociais</p>	<p>Pensamento abstrato estabelecido Pode perceber e atuar em opções de longo prazo Capaz de ver os problemas de forma abrangente Identidade intelectual e funcional estabelecidas</p>
<b>Identidade</b>		
<p>Preocupados com as mudanças corporais rápidas Experimentam vários papéis Medem a atratividade pela aceitação ou rejeição dos pares Conformidade com as normas do grupo Decréscimo na autoestima</p>	<p>Modificação da autoimagem Autocentrados; aumento do narcisismo Tendência à experiência interior e autodescoberta Têm uma vida rica em fantasia Idealistas Capazes de perceber as implicações futuras dos comportamentos e decisões atuais; aplicação variável</p>	<p>Definição da imagem corporal e do papel de género praticamente consolidados Identidade sexual madura Fase de consolidação da identidade Aumento da autoestima Confortáveis com o crescimento físico Papéis sociais definidos e articulados</p>
<b>Relacionamento com os Pais</b>		
<p>Definição das fronteiras independência-dependência Forte desejo de permanecer dependente dos pais ao mesmo tempo que tentam separar-se Sem conflitos importantes sobre o controlo parental</p>	<p>Conflitos importantes sobre a independência e o controlo Ponto baixo na relação pais-filhos Maior esforço para a emancipação; libertação Libertação emocional, final e irreversível, dos pais; luto</p>	<p>Separação emocional e física dos pais completa Independência da família com menos conflitos Emancipação praticamente assegurada</p>
<b>Relacionamento com os pares</b>		
<p>Procura afiliações com os pares para enfrentar a instabilidade gerada pelas mudanças rápidas Aumento de amizades próximas com membros do mesmo sexo Esforça-se pela perfeição no grupo de pares</p>	<p>Grande necessidade de identidade na afirmação da autoimagem Padrões comportamentais definidos pelo grupo de pares Aceitação pelos pares extremamente importante—medo da rejeição Exploração da capacidade de atrair o sexo oposto</p>	<p>O grupo de pares perde importância a favor das amizades individuais Testa as relações românticas contra a possibilidade de alianças permanentes Relações caracterizadas por dar e partilhar</p>
<b>Sexualidade</b>		
<p>Autoexploração e avaliação Namoro esporádico, dentro do grupo Intimidade limitada</p>	<p>Relações plurais múltiplas Identificação interna de atrações heterossexuais, homossexuais ou bissexuais Exploração do "self-appeal" Sentimento de "estar apaixonado" Tentativa de estabelecer relacionamentos</p>	<p>Formas estáveis de relacionamento e vinculação a outros Capacidade crescente de mutualidade e reciprocidade Namoro romântico com um par Pode identificar-se publicamente como gay, lésbica, ou bissexual A intimidade envolve compromisso e não exploração e romanticismo</p>
<b>Saúde Psicológica</b>		
<p>Grandes oscilações de humor Sonhar acordado intenso Raiva expressa exteriormente com mau humor, explosões de temperamento e insultos verbais</p>	<p>Tendência para experiências interiores; mais introspetivo Tendência para se afastar quando aborrecido ou magoado Vacila nas emoções em termos de tempo e variedade Sentimentos de inadequação; dificuldade em pedir ajuda</p>	<p>Maior estabilidade emocional Maior probabilidade de ocultar a raiva</p>

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



## **ANEXO II**

**Certificados de Presença em Formações**





## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**MARIA JUSTA PINTO GRANJO**

Membro n.º **39032** desta Ordem, esteve presente no **IV ENCONTRO DE BENCHMARKING** do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, de 11 e 12 de outubro de 2013, com a duração total de 12 horas, em Lisboa, no Auditório do Complexo Escolar Escola Superior de Enfermagem de Lisboa / Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Lisboa, 12 de outubro de 2013.

O Bastonário

Enf. Germano Couto







**CONGRESSO  
APT**Feridas****

**21/22** NOVEMBRO 2013 EXPONOR



CERTIFICADO  
EXPOSICIONÁRIO  
CERTIFICADA

*Certifica-se que:*

*Maria Justa Pinto Granjo*

*Esteve presente no Congresso APTFeridas 2013 / 15.º Aniversário, realizado nos dias 21 e 22 de Novembro de 2013, no Centro de Congressos da Exponor, com o seguinte conteúdo científico:*

- Ferida Cirúrgica*
- Infecção*
- Pé Diabético*
- Úlceras de Perna*
- Úlceras de Pressão*

*Num total de 16 horas.*

*Porto, 22 de Novembro de 2013*

*Peł A Comissão Organizadora*



CERTIFICADO





WEBINAR  
**STOP UPP**



FRICÇÃO

PRESSÃO

MICROCLIMA

ÚLCERA

*Justa Granjo*

Participou no Seminário Online:

**“STOP UPP: Prevenção e Tratamento das Úlceras por Pressão”;**

celebrado no dia 3 de Abril de 2014

**SafetaC**  
TECHNOLOGY



MÖLNLYCKE  
HEALTH CARE