

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A PERSPETIVA DOS ADOLESCENTES SOBRE A EXPERIÊNCIA
DE INTERNAMENTO

DISSERTAÇÃO DE Mestrado

Orientação:

Prof. (a) Doutor (a) Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira

Coorientação:

Mestre Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz

Carla Armanda Moreira Carvalho

Porto | 2013

"Os dias prósperos não vêm ao acaso;
são granjeados, como as searas,
com muita fadiga e com muitos
intervalos de desalento."

(Camilo Castelo Branco)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira e à Professora Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz, por toda a disponibilidade, partilha de conhecimento na área de investigação, motivação e apoio incondicional, em especial nos momentos em que fraquejei e só me ocorria desistir!

Ao meu noivo Tójó, que a este bastava existir que já era suficiente para me sentir apoiada emocionalmente, mas que esteve sempre lá, ajudando-me a ver as coisas com mais clareza e a encarar os problemas, contribuindo para o meu equilíbrio.

À minha família, pai, mãe, irmã, pela compreensão, amizade, ajuda financeira, dispensa das tarefas domésticas, escuta, incentivo, elogios e colinho nos dias maus.

Aos meus sobrinhos, Matilde, Gustavo e Diana, que com o seu sorriso me enchem o coração e me proporcionam boa disposição!

Aos meus amigos, Nani, Inês, Célia e restantes que estiveram sempre próximos, preocupados com o meu bem estar, apoiando-me neste árduo percurso.

Aos adolescentes e pais que aceitaram participar no estudo, partilhando connosco a sua experiência pessoal.

Ao Conselho de Administração, Comissão de Ética e restantes profissionais da ULSM que colaboraram de uma forma ou de outra no estudo, nomeadamente a Enfermeira Cristina Serrano e o Dr. Cidrais.

Às lindas e belas paisagens de Sendim e Miranda de Douro que tanto me inspiraram e me motivaram a seguir em frente.



ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	9
1. PERCURSO METODOLÓGICO	17
1.1. Tipo de Estudo	17
1.2. Questão de Partida, Objetivos e Finalidade	18
1.3. Contexto do Estudo	19
1.4. População do Estudo	21
1.5. Instrumento e Processo de Recolha de Dados	22
1.6. Tratamento dos Dados	24
1.7. Questões Éticas	26
2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
2.1. Caracterização dos Participantes	31
2.2. Representações sobre a Equipa de Saúde	33
2.3. Vivências do Internamento.....	48
2.4. Representações sobre a Organização do Serviço	57
CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS	87
Anexo I - Instrumento de colheita de dados - Guião da Entrevista	
Anexo II - Autorização deliberada pelo Conselho de Administração	
Anexo III - Consentimento Informado	

LISTA DE QUADROS	Pág.
QUADRO 1: Internamento de Adolescentes no Serviço de Pediatria 2011/12	21
QUADRO 2: Representações sobre a Experiência de Internamento	30
QUADRO 3: Representações sobre a Equipa de Saúde	33
QUADRO 4: Vivências do Internamento	48
QUADRO 5: Representações sobre a Organização do Serviço	58

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Idade dos participantes	31
GRÁFICO 2: Escolaridade dos participantes	32
GRÁFICO 3: Tempo de internamento	32

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: A relação de ajuda profissional	38
---	----

RESUMO

A adolescência é por definição um período de desenvolvimento e de crescimento, considerada uma fase de mudanças e transformações por excelência.

A hospitalização por si só está francamente associada a sentimentos de sofrimento, o que desperta nos cuidadores a intencionalidade de compreender como seria vivenciada esta experiência por aqueles que estão no auge da sua existência.

O significado atribuído ao processo de hospitalização pode ser analisado através da opinião dos adolescentes acerca da sua experiência de internamento, assim, o estudo *“A Perspetiva dos Adolescentes sobre a Experiência de Internamento”* teve como objetivos: analisar a perceção dos adolescentes sobre a equipa de saúde; conhecer as vivências dos adolescentes sobre o internamento no serviço de pediatria da Unidade Local de Saúde de Matosinhos; conhecer a opinião dos adolescentes sobre a estrutura física do serviço de pediatria da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e conhecer a opinião dos adolescentes sobre o serviço de internamento ideal para adolescentes.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e retrospectivo, de abordagem qualitativa. Os seus participantes foram 10 adolescentes entre os 10 e os 18 anos, que estiveram internados no serviço de Pediatria da ULSM no mínimo 48h. A colheita de dados ocorreu entre outubro de 2011 e julho de 2012. A técnica utilizada para a recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada e o tratamento dos dados foi efetuado recorrendo a análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

Da análise e interpretação dos dados emergiram os seguintes temas: Representações sobre a Equipa de Saúde; Vivências do Internamento e Representações sobre a Organização do Serviço.

Os resultados do estudo permitiram concluir que: os adolescentes destacam a interação enfermeiro/cliente, considerando-a eficaz na vertente comunicacional, relacional e negociação de cuidados; no geral os adolescentes estão agrados com a restante equipa de saúde; os sentimentos/emoções e atitudes mais vivenciadas pelos adolescentes e por eles verbalizadas foram a

solidão, o medo, a tristeza, o tédio, a saudade, a ambivalência de sentimentos, a adaptação e a preocupação; os adolescentes valorizam o suporte emocional em contexto hospitalar; consideram ter obtido contributos para o seu desenvolvimento psicossocial com esta experiência; percebem o motivo de internamento ou com vista à cura ou por punição e consideram que existem questões organizacionais que influenciaram a sua experiência de internamento. Do estudo também se destacam as sugestões que fizeram com o intuito de melhorar a experiência de internamento na adolescência.

Consideramos que o estudo é relevante para os enfermeiros pois ao conhecerem as representações e as vivências dos adolescentes sobre a sua experiência de internamento torna possível adequarem os cuidados de enfermagem às necessidades desta população, no sentido de minimizar o impacto negativo da hospitalização e promover o potencial de crescimento pessoal associado a esta experiência.

Palavras Chave:

Adolescente; Hospitalização; Sentimentos; Emoções; Atitudes.

ABSTRACT

Adolescence is by definition a period of development and growth, and it is considered a important phase of changes and transformations.

The hospitalization is associated with feelings of pain, which awakens in the caregivers the intentionality to understanding how this situation is experienced by those who are in the prime of their life.

The meaning attributed to hospitalization can be analyzed through the opinion of adolescents regarding their own experience.

The study "The Perspective of Teenagers on the Experience of Hospitalization" allowed to analyze the perception of adolescents about the health care team, to know the experiences of adolescents with the internment of the pediatric service of the ULSM; to know the opinion of teenagers about the physical structure of the pediatric service of the ULSM and to know the opinion of adolescents about the ideal hospitalization service.

It's an exploratory, descriptive and retrospective study, of qualitative approach. The study's participants were 10 adolescents between 10 and 18 years, who had been hospitalized in the ULSM's Pediatric Service for at least 48 hours. The data collection occurred no later than six months after hospitalization, between october 2011 and july 2012. The technique employed in the data gathering was the semi-structured interview. The method used in the data treatment was the content analysis according to Bardin.

From the data analysis and interpretation, the following subjects arose: Representations of the Health Team; Life of Internment and Representations of Service Organization.

The study's results allowed to conclude the following: teenagers highlight the nurse/client interaction, considering it effective on the comunicational, relational and health care negotiation vectors; In general, teenagers are pleased with the rest of the health care team; the feelings/emotions and attitudes most frequently experienced and verbalized by teenagers are: loneliness, fear, sadness, boredom, longing, ambivalence of feelings, adaptation and concern; teenagers value the emotional support in the hospital; they feel this

experience has contributed to their psychosocial development; teenagers see cure or punishment as the reasons for admission in hospital and they feel that there are organizational issues which influenced the experience of internment. The study also highlights changes suggested by the teenagers with the goal of improving the experiences of other teens.

The following study is relevant because when the nurses know the representations and life of adolescents about their experience of hospitalization becomes possible to adjust the care for them needs, with the goal of minimizing the negative impact of the hospitalization and promoting the personal growth potential that is associated with the hospitalization experience.

Key words:

Adolescent; Hospitalization; Feelings; Emotions; Attitudes

ABREVIATURAS

AAP - American Academy of Pediatrics
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS - Direção Geral de Saúde
DR. - Doutor
h - horas
HPH - Hospital Pedro Hispano
ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
ICN - International Council of Nurses
MS - Ministério da Saúde
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial da Saúde
ORL - Otorrinolaringologia
ORT - Ortopedia
PNSJ - Programa Nacional de Saúde dos Jovens
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria
RCN - Royal College of Nursing
ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos
WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

A adolescência é definida como um período biopsicossocial com limites temporais muito discutíveis, com variações significativas de indivíduo para indivíduo e de cultura para cultura (Ferreira, 1996). Trata-se de um conceito relativamente recente, que engloba o período de transição, entre a infância e a idade adulta. É uma fase relativamente curta em que ocorrem diversas transformações a nível físico, cognitivo, emocional, sexual, afetivo e psicossocial. Nem o seu início nem o seu fim são claramente marcados, sendo difícil definir limites precisos (Matos, Simões & Tomé, 2010). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) engloba indivíduos dos 10 aos 19 anos (WHO, 2013). Já de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), a adolescência, está compreendida entre os 10 e os 18 anos (DGS, 2005). Para efeitos desta investigação consideramos os limites da adolescência de acordo com a DGS, uma vez que no contexto em que o estudo foi realizado o limite máximo de idade de internamento são os 18 anos mais 365 dias.

Considerando o número de anos que abrange e as características dinâmicas do período de desenvolvimento, podem considerar-se três fases no seu decurso. A fase inicial, dos 10 aos 13 anos, a fase intermédia, dos 14 aos 16 anos, e a fase tardia ou final, dos 17 aos 19 anos (Ferreira, 1996; Miller et al., 2002; Bekaert, 2005; Fonseca, 2005; WHO, 2005).

As mudanças corporais da puberdade são geralmente consideradas como o início da adolescência e a inserção social, profissional e económica na sociedade adulta como o final (Fonseca, 2005). As transformações biológicas da puberdade são universais e visíveis. Contudo, não transformam, por si só, o adolescente em adulto. Concomitantemente, processam-se alterações a nível cognitivo, sociocultural, moral e comportamental, existindo uma série de tarefas evolutivas que os indivíduos devem atingir para funcionar de forma efetiva na sociedade adulta, nomeadamente, desenvolver relações maduras com pares de

ambos os sexos, formar uma identidade clara, tornar-se independente dos pais, desenvolver um sistema pessoal de valores, atingir a independência económica, aceitar a nova imagem corporal, desenvolver capacidades para controlar os seus comportamentos de acordo com as normas sociais e responsabilizar-se pelos mesmos (Havighurst, 1952, cit in Rodrigo et al., 2006).

De acordo com Papalia, Olds & Feldman (2010), a fase da adolescência acarreta importantes alterações físicas, cognitivas e psicossociais interrelacionadas. Trata-se de uma construção social, sendo o seu início da adolescência normalmente marcado pela puberdade. As rápidas mudanças biológicas como o rápido crescimento estato-ponderal, mudanças nas proporções e formas corporais e maturidade sexual, fazem parte de um longo e complexo processo de maturação que se inicia na fase embrionária, continuando as repercussões psicológicas até à vida adulta.

O estado púbere é caracterizado pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, aumento da força física e aceleração do crescimento (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2011). Segundo os mesmos autores, as primeiras alterações físicas surgem por volta dos 11 ou 12 anos e terminam com o cessar do crescimento corporal, entre os 18 e os 20 anos. O aparecimento dessas características é variável em ambos os sexos, daí considerar-se que existem "*tantas adolescências como adolescentes*" (Cordeiro, 2009). O desenvolvimento corporal não é apenas um processo irregular ou assincrônico, há também variações individuais na velocidade com que os indivíduos crescem. A transição da infância para a idade adulta pode ocorrer com até cinco anos de diferença. Enquanto o conceito puberdade é facilmente definido e delimitado, a adolescência é algo mais abrangente que inclui a puberdade, e embora seja um fenómeno universal, possui características particulares que variam de indivíduo para indivíduo, influenciada pelo contexto social, cultural, económico e pessoal (Shaffer, 2005).

De acordo com Bee e Boyd (2011), na pré adolescência e início da adolescência a aparência física é a dimensão do autoconceito mais significativa e vai-se tornando menos dominante no final desse período. "O autoconceito do adolescente também torna-se mais diferenciado à medida que ele passa a se ver um pouco diferente em cada um dos seus diversos papéis: como estudante, com amigos, com os pais e em relacionamentos românticos" (Harter 2006, cit. por Bee e Boyd, 2011, p. 286).

Os adolescentes ao amadurecer física e sexualmente sentem-se diferentes e são vistos e tratados de forma diferente pelas outras pessoas (Shaffer, 2005).

O processo adollescere ocorre com base em diferenciações e integrações progressivas. A adolescência deve ser visualizada de acordo com um referencial teórico que torna claro as transformações e integrações típicas desta etapa desenvolvimental. Deve ser vista como um período de realização de tarefas, resolução de conflitos e redescoberta de novos objetos. Diversos modelos compreensivos têm procurado construir um corpo teórico que explique o processo de desenvolvimento e a natureza dos inúmeros reajustamentos que o adolescente necessita produzir para alcançar a idade adulta (Papalia et al., 2010).

Segundo a teoria de Piaget a evolução do pensamento cognitivo ocorre com a transição entre estádios, após ultrapassar diferentes etapas. O estágio mais associado à adolescência, que coincide com a etapa final do desenvolvimento cognitivo de Piaget, é o das operações formais, em que predomina o raciocínio hipotético dedutivo, atingindo o adolescente a capacidade de abstração (Papalia et al., 2010).

De acordo com Erikson o desenvolvimento da identidade é a tarefa central do desenvolvimento psicológico da adolescência, enfrentando o adolescente uma crise que denomina identidade versus confusão de papel. O principal perigo desta fase é a confusão de identidade. O processo de auto avaliação ajuda os adolescentes a resolverem a crise de identidade versus confusão de identidade. (Erickson, 1968, cit. por Papalia et al., 2010). A construção da identidade e consequente estruturação das instâncias psíquicas constituem outro eixo fundamental no estudo da adolescência. Verifica-se a aquisição crescente de uma nova subjetividade que modifica a representação que o adolescente tem de si e dos outros. A adolescência é um período de consolidação da personalidade, mas não ainda da aquisição de uma personalidade definitiva (Cunha & Marques, 2009).

A adolescência é um período de desenvolvimento e de crescimento, durante o qual decorrem importantes transformações na relação entre o Eu e o (s) Outro (s), vividas com grande turbulência e que impõem um processo criativo e uma relação de ligação e de comunicação entre o interno e o externo, entre o conhecido e o ainda desconhecido, entre o desejado e o temido (Cunha & Marques, 2009). De acordo com os mesmos autores, alguns adolescentes têm dificuldade em lidar com tantas mudanças. Na adolescência ocorre um importante processo transformacional, sendo uma das fases de desenvolvimento mais importantes da vida do ser humano, não sendo expectável que os sujeitos se voltem a deparar com alterações tão profundas. Assiste-se a destabilização, a desorganização e a regressão que coexistem com a reorganização, a progressão e a construção.

"(...) a maturidade cognitiva coincide com a capacidade de pensamento abstrato. A maturidade emocional pode depender de realizações, como descobrir nossa identidade, tornar-se independente dos pais, desenvolver um sistema de valores e formar relacionamentos. Algumas pessoas nunca saem da adolescência, não importando sua idade cronológica" (Papalia et al., 2010, p. 441).

Não se pode abordar a adolescência sem família, nem abordar a adolescência sem o grupo de pares. Alguns autores referem-se à mudança da infância para a adolescência como o *"alargamento do mundo social"* devido à diversidade de contactos sociais que ocorrem nesta fase da vida (Sprinthall & Collins, 2003).

O crescimento implica tensões e conseqüentemente a necessidade de mudança, pelo que é difícil abordar o processo adolecer sem se falar de ruturas, em especial a separação das figuras parentais. "A tensão pulsional surge como impulsionadora de todo o processo adolescente, induzindo mudanças nas relações com as figuras parentais e permitindo o enfoque nas relações com os pares, mas também produzindo mudanças na relação do sujeito consigo mesmo" (Soares & Marques, 2009, p.259). O mundo do adolescente transforma-se e a crescente autonomia abre as portas para uma imensa diversidade de escolhas e de decisões.

O desenvolvimento do adolescente é influenciado pela vivência familiar. A família é até à puberdade o grande agente de socialização. Há medida que crescem e desenvolvem a sua identidade pessoal, vão criando autonomia em relação à família (Cordeiro, 2009). Começam a passar mais tempo com os amigos do que com a família. Contudo os pais continuam a ter para a maioria dos adolescentes, um papel preponderante a nível de valores, mesmo procurando a companhia e intimidade com os grupos de pares, os seus alicerces continuam nas relações familiares. A desvinculação familiar parcial não é uma rejeição da família, mas uma resposta a necessidades de desenvolvimento (Papalia et al., 2010).

Uma doença grave, que evolua para a cronicidade ou que obrigue a internamento hospitalar provoca uma rutura incontável no equilíbrio vital da pessoa, revelando algo inesperado que abre espaços na vida psíquica para sentimentos angustiantes. A hospitalização pode trazer alterações profundas na vida do adolescente e sua família, por ser uma vivência especialmente significativa e impactante para todos. Com o aparecimento da doença, uma série de sentimentos confusos e por vezes ambivalentes e dolorosos podem acompanhar o indivíduo, e agravar-se com a hospitalização, devido ao medo do desconhecido (Nigro, 2004). A experiência de hospitalização é fonte de stresse e ansiedade, podendo constituir um momento crítico na vida de qualquer pessoa,

independentemente da sua idade ou etapa de vida. Não admira portanto que na adolescência tenha grande impacto (Ferreira, 1996), levando a que os adolescentes sejam, muitas vezes, considerados dos clientes mais difíceis de cuidar em contexto hospitalar (Brown et al., 1993, cit. por Hutton, 2005).

A busca de autonomia e independência, típicas deste período de vida, podem levar a que os adolescentes se sintam limitados pelas rotinas hospitalares, percebendo uma perda de autonomia, sobre as suas ações, decisões, liberdade e privacidade. A doença e a hospitalização podem levar a que o adolescente se sinta stressado e ansioso, na medida em que se preocupa com o seu futuro e com as implicações da doença na sua vida. A hospitalização pode, ainda, causar dificuldades aos adolescentes, devido à separação do grupo de pares, da escola e família levando-os a aperceberem-se da perda de estatuto dentro do grupo de pares devido ao seu absentismo escolar e dos momentos de convívio (Hutton, 2005).

De acordo com a teoria de Meleis et al. (2000), o adolescente hospitalizado vivencia uma tripla transição. Sendo elas de carácter desenvolvimental, típica desta faixa etária, transição de saúde/doença e situacional devido à necessidade de internamento e afastamento do seu ambiente. Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos e estes podem agravar ainda mais o seu estado de saúde. Assim, a compreensão do processo de transição pode ajudar a evitar os riscos inerentes à hospitalização do adolescente. A teoria das transições proposta por Meleis assume-se como um quadro referencial consistente da prática de enfermagem no sentido de identificar estratégias e intervenções dirigidas a pessoas em transição.

O enfermeiro deve conhecer e compreender o significado do evento hospitalização para o adolescente para lhe proporcionar um cuidado especializado e individualizado, de acordo com as suas necessidades, ajudando-o a adaptar-se à situação, aproveitando o potencial de desenvolvimento subjacente aos eventos de crise. A hospitalização do adolescente afeta toda a dinâmica e interações familiares. Assim, o adolescente doente não pode ser o único alvo do cuidado de enfermagem, toda a família deve ser incluída como unidade de cuidado, sendo todos os seus membros reconhecidos como foco de atenção para a prática de enfermagem. A OE (2003, p. 5) refere que "as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados". O enfermeiro deve, por conseguinte, promover o envolvimento familiar e incentivar a família a assumir o papel de facilitador da experiência hospitalar do adolescente e a prestar cuidados holísticos valorizando a sua singularidade.

A adolescência é associada a uma fase da vida de crescimento e desenvolvimento, em que predomina o bem estar e a saúde (Almeida, Rodrigues & Simões, 2007; WHO 2013). De acordo com a Direção Geral de Saúde (2012a), os adolescentes constituem o grupo etário mais saudável, recorrendo por esse motivo pouco aos serviços de saúde (SPP, 2009). No entanto, os avanços científicos, e tecnológicos e determinadas condicionantes sociais e culturais, vieram alterar esta situação, devido a alteração do perfil de morbi-mortalidade (OE, 2010). Assim, a criança que morria precocemente, portadora de patologias graves, consegue hoje alcançar a adolescência, elevando a percentagem de adolescentes que são internados (Almeida et al., 2007). Contudo, as taxas de mortalidade na adolescência continuam mais baixas do que em crianças e idosos (DGS, 2005; Ferreira, 2008; WHO, 2013). Estes dados vêm suportar as políticas de saúde baseadas na priorização de necessidades, o que se reflete na falta de serviços especializados para os adolescentes, ajustados às suas necessidades particulares, pois não são considerados como grupo prioritário (Ferreira, 2008; WHO, 2013). Embora a taxa de internamento na adolescência seja menor que em outras faixas etárias, os serviços de saúde devem dar resposta às necessidades específicas deste grupo populacional, de modo integrado e num ambiente adaptado (OE, 2010; Azevedo, 2012).

O atendimento do adolescente nas instituições de saúde ainda hoje, depois da investigação que tem sido realizada sobre o assunto, é muito baseado na vertente biomédica em detrimento de uma abordagem desenvolvimental/educacional (Almeida et al., 2007). Existem várias dificuldades de atendimento ao público adolescente, além daquelas inerentes ao próprio sistema de saúde, tais como: recursos materiais e humanos escassos, infra-estruturas inadaptadas e carência de formação profissional na área da adolescência (Almeida et al., 2007).

A satisfação do cliente é um importante indicador dos cuidados que lhe são prestados (Kane et al., 1997; Saila et al., 2008, cit. por Byczkowski, Kollar & Britto, 2010). Desta forma, a investigação é essencial na identificação de estratégias para melhorar a sua saúde, avaliar os processos e resultados, detetar a necessidade de novas intervenções (Ferreira, 2008) e da adequação das estruturas de atendimento deste público tão específico.

As crianças e os adolescentes têm o direito de participar nas pesquisas e tomar decisões sobre os seus próprios cuidados de saúde (AAP, 1995, cit. por Chesney, Lindeke & Johnson, 2005). A perceção dos adolescentes sobre o seu internamento ou a sua opinião sobre os cuidados de saúde de que são alvo raramente é solicitada ao próprio. Portugal, não é exceção existindo um reduzido

número de trabalhos de investigação no domínio da hospitalização do adolescente (Azevedo, 2012) realizados por enfermeiros. A motivação para a realização do estudo "*A Perspetiva dos Adolescentes sobre a Experiência de Internamento*" surge destas constatações, do interesse pessoal no trabalho com este grupo etário e do facto de em conversas informais com os adolescentes internados no serviço de pediatria da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), alguns verbalizarem a inadaptabilidade do mesmo à sua faixa etária e sugerirem possíveis alterações que poderiam ser implementadas.

O estudo tem como finalidade conhecer a opinião dos adolescentes sobre a sua experiência de internamento no sentido de contribuir para a melhoria do atendimento ao adolescente, humanização de cuidados e melhoria da experiência hospitalar na adolescência. Optou-se por utilizar a metodologia qualitativa por se tratar de um estudo de opinião, assente no paradigma naturalista ou interpretativo, em que a experiência de uma pessoa difere da experiência de outra e pode ser conhecida pela descrição subjetiva que o indivíduo faz dela (Fortin, 2009).

Com o presente estudo pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Analisar a perceção dos adolescentes sobre a equipa de saúde do serviço de pediatria da ULSM;
- Conhecer as vivências dos adolescentes sobre o internamento no serviço de pediatria da ULSM;
- Conhecer a opinião dos adolescentes sobre a estrutura física do serviço de pediatria da ULSM;
- Conhecer a opinião dos adolescentes sobre o serviço de internamento ideal para adolescentes.

A estrutura da presente dissertação compreende para além desta introdução, um capítulo dedicado ao desenho do estudo, onde se apresentam as opções metodológicas para a sua realização, desde a escolha de paradigma e tipo de estudo, questão de partida, objetivos, finalidade, contexto e população, instrumento, processo de recolha e tratamento dos dados e por último as considerações éticas. No capítulo seguinte, apresenta-se a análise e discussão dos resultados obtidos, organizada pelos diferentes temas que emergiram da análise de conteúdo. Por último, traçam-se algumas considerações finais sobre o estudo.

Para a realização deste trabalho recorreu-se essencialmente à pesquisa bibliográfica e sitiográfica através da base de dados CINAHL, MEDLINE, MEDICALATINA e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e no motor de busca Google Scholar.

1. PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia é um dos aspetos fundamentais numa investigação, pois fornece ao investigador a estratégia que orienta todo o processo (Fortin, 2009).

Neste capítulo pretende-se descrever o percurso metodológico da investigação, nomeadamente: o tipo de estudo, a questão de partida, os objetivos e finalidade, o contexto e a população do estudo, o instrumento e o processo de recolha e tratamento de dados, e por fim, as considerações éticas do estudo.

1.1 Tipo de Estudo

Quando se pretende investigar aspetos culturais, valores e relações humanas, a investigação quantitativa revela-se incapaz de os descrever na sua plenitude, daí a investigação qualitativa ter-se expandido nos últimos anos, especialmente nas ciências sociais e humanas (Streubert e Carpenter, 2002).

As abordagens qualitativas visam estudar os seres humanos nos seus contextos naturalistas, nas suas circunstâncias de vida, uma vez que defendem que estes atribuem significado às suas experiências e que estas derivam do seu contexto de vida (Streubert e Carpenter, 2002). Estão associadas a uma conceção holística do estudo dos seres humanos. Este paradigma reitera a crença da existência de várias realidades e que cada ser humano experiencia a sua, realçando o sentido que o fenómeno estudado tem para determinado indivíduo (Fortin, 2009).

A experiência de uma pessoa difere da de outra e pode ser conhecida pela descrição subjetiva que o indivíduo faz dela (Fortin, 2009).

Tendo em conta que se pretende conhecer as representações e compreender as vivências dos adolescentes e os significados atribuídos relativamente ao problema em análise decidiu-se por uma investigação qualitativa de cariz exploratório, descritivo e retrospectivo.

Na pesquisa qualitativa o processo de pesquisa é indutivo e começa com objetivos exploratórios mais amplos que fornecem o foco para o estudo, sem colocar de parte os aspetos da experiência que possam ser relevantes. É um método utilizado quando o conhecimento existente na área ainda é insuficiente sobre determinado fenómeno, experiência ou conceito (Patton, 1990, cit. por Ribeiro, 2010).

A escolha pelo método de pesquisa qualitativo, explica-se pela vertente deste método em analisar uma realidade que não pode ser quantificável, isto é, as representações e as vivências sobre determinado fenómeno não podem ser trabalhados como variáveis. Resulta também da constatação de que não chega conhecer a opinião dos adolescentes sobre a experiência de internamento, mas é também necessário compreender as suas vivências na primeira pessoa e o impacto da experiência na sua vida.

Os estudos do tipo descritivo têm como fundamento “(...) compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação” (Fortin, 2009, p. 221), tal como acontece no nosso estudo. Por outro lado, a opção por um estudo retrospectivo foi devido à previsão de baixa taxa de ocupação de adolescentes no internamento no período de colheita de dados.

1.2 Questão de Partida, Objetivos e Finalidade

As questões de investigação “(...) são enunciados claros e não equívocos que precisam os conceitos a examinar, especificam a população alvo e sugerem uma investigação empírica” (Fortin, 2009, p. 73).

O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação, ou seja, o que se pretende atingir com o próprio estudo. É um enunciado que precisa a orientação da investigação, especifica as variáveis, a população alvo e o contexto do mesmo (Fortin, 2009).

Para este estudo formulou-se a seguinte questão de partida: *Qual a opinião dos Adolescentes sobre a Experiência de Internamento no Serviço de Pediatria da ULSM?* e definiram-se como objetivos:

- Analisar a percepção dos adolescentes sobre a equipa de saúde do serviço de pediatria da ULSM;
- Conhecer as vivências dos adolescentes sobre o internamento no serviço de pediatria da ULSM;
- Conhecer a opinião dos adolescentes sobre a estrutura física do serviço de pediatria da ULSM;
- Conhecer a opinião dos adolescentes sobre o serviço de internamento ideal para adolescentes.

Como finalidade do estudo pretende-se compreender a perspetiva dos adolescentes sobre o período de internamento, no sentido de contribuir para a melhoria do atendimento ao adolescente, humanização de cuidados e melhoria da vivência da hospitalização na adolescência.

1.3 Contexto do Estudo

O estudo decorreu no serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano (HPH) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). O serviço localiza-se no 1º piso do hospital e destina-se ao internamento de crianças do primeiro dia de vida até aos 18 anos e 365 dias. É um serviço de internamento para crianças e adolescentes com patologia do foro médico ou cirúrgico.

O serviço tem nove enfermarias com um total de 30 camas. As duas primeiras, logo à entrada do serviço, têm três camas cada, são mais destinadas aos adolescentes quando a taxa de ocupação e a gestão do internamento o permite. Tem também duas enfermarias de quatro camas, uma de oito, um berçário, com cinco berços, e três quartos de isolamento. Quando os quartos de isolamento não estão a ser utilizados, sendo necessário, são ocupados por adolescentes. No entanto, tirando o berçário, os adolescentes podem ser internados em qualquer enfermaria. Todos os enfermeiros têm a preocupação, sempre que o serviço o permita, de internar os adolescentes na mesma enfermaria, separá-los por sexo e atribuir-lhes enfermarias com casa de banho ou quartos individuais.

O serviço possui uma sala de atividades, intitulada pelas crianças e adolescentes internados como a "*sala dos brinquedos*", cuja a designação é "*Pátio das ideias*", onde uma educadora de infância desenvolve o projeto educativo "*Aprendendo com a doença*", através de atividades didáticas e de entretenimento com os clientes que estão internados.

As paredes do serviço têm pinturas infantis e quadros de desenhos, realizados pelas crianças e adolescentes, pendurados no corredor. Numa das enfermarias de adolescentes existe uma camisola da equipa de futebol do Leixões pendurada. Todas as enfermarias dispõem de uma televisão.

Os quartos de isolamento e duas enfermarias de três camas têm *casa de banho*. Existem mais cinco casas de banho no serviço. Este dispõem de uma sala de tratamento, gabinete da enfermeira chefe, sala de preparação de medicação e passagem de turno, copa, dois gabinetes médicos, sala de sujos e secretaria. Existe ainda, uma sala de espera, dois vestiários, refeitório, sala de extração de leite, copa do pessoal e sala de reuniões e audiovisual.

Em relação ao regime de visitas não podem permanecer junto da criança/adolescente mais do que duas pessoas, uma durante as 24h e outra desde as nove da manhã até as 23h. Não há restrição de visitas a não ser por algum motivo extraordinário, como por exemplo a necessidade de isolamento ou criança/adolescente institucionalizado com restrições legais definidas.

Relativamente aos recursos humanos, nomeadamente os enfermeiros, o serviço tem 16 enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria e cinco enfermeiros generalistas.

O Modelo de Cuidados em uso no serviço é o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey em que se negocea e integra os pais nos cuidados assim como o adolescente.

No ano de 2011 foram admitidos no serviço 223 adolescentes, sendo as principais causas de admissão patologia médica, cirurgia ortopédica ou de otorrinolaringologia. Em 2012 foram internados 183 adolescentes, sendo as principais causas de admissão idênticas às do ano anterior (quadro 1).

Quadro 1 - Internamento de Adolescentes no Serviço de Pediatria 2011/12.

ESPECIALIDADES	10 ANOS		11 ANOS		12 ANOS		13 ANOS		14 ANOS		15 ANOS		16 ANOS		17 ANOS		18 ANOS	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
ORT	0	0	13	9	9	14	6	9	16	8	7	14	8	10	8	10	4	6
ORL	0	0	8	3	6	1	5	2	2	3	9	2	5	3	1	9	0	0
PAT. MÉDICA	0	0	17	8	9	7	25	8	11	7	17	13	12	6	14	14	3	0
ODONTO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
URO	0	0	1	1	2	1	1	1	0	0	1	3	0	0	0	2	1	0
CIRURGIA GERAL/ ESTÉTICA OU VASCULAR	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	2	0	0

Fonte: Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2013.

1.4 População do Estudo

A população corresponde às pessoas acerca das quais se pretende produzir conclusões (Ribeiro, 2010) e “(...) consiste num conjunto de indivíduos ou de objectos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo” (Fortin, 2009, p. 55).

A população do estudo foram os adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos, que estiveram internados no serviço de Pediatria da ULSM no mínimo 48h. A colheita de dados deverá ocorrer até no máximo seis meses após o internamento, entre outubro de 2011 e julho de 2012.

Estabeleceu-se que os adolescentes deveriam ter no mínimo 48h de internamento para terem uma perceção mínima sobre esta experiência. O limite mínimo não pode ser mais alargado, pois os internamentos de crianças e adolescentes são atualmente circunscritos ao estritamente necessário para minimizar os efeitos nefastos deste evento, e ao limitar mais reduzia muito a população. Estabeleceu-se como limite temporal os seis meses pois a população do estudo encontra-se em diferentes estádios de desenvolvimento que devem ser considerados. Adolescentes, especialmente na fase inicial da adolescência, podem encontrar-se no estágio das operações concretas de Piaget. Este estágio engloba crianças/adolescentes dos sete aos 10 anos, em que ocorre o pensamento

operacional concreto, sendo a criança/adolescente capaz de usar processos de pensamento para experimentar eventos e ações. São já capazes de usar as suas lembranças de experiências passadas, contudo, as recordações mantêm-se intactas por um curto período de tempo, daí considerarmos importante estabelecer um limite máximo de tempo após o internamento para a colheita de dados. Trata-se de um estágio em que ocorre sobreposição das características de desenvolvimento da infância média e início da adolescência. No estágio das operações formais, normalmente presente na adolescência média e tardia, os adolescentes não estão mais restritos ao real e ao atual, típico do pensamento concreto (Hockenberry, et al., 2011).

O significado do mundo para os adolescentes é qualitativamente diferente do tipo de compreensão que apresentam as crianças. As diferenças entre os estádios realçam o tipo de mudanças que ocorrem a nível do funcionamento cognitivo, mas ignoram, principalmente as diferenças que apresentam as próprias capacidades cognitivas, de adolescente para adolescente (Sprinthall & Collins, 2003). Assim, embora determinado adolescente possa ter a idade cronológica correspondente ao estágio das operações formais, pode ainda não ter atingido este estágio. Uma vez que na adolescência existem diferentes fases desenvolvimentais, as particularidades individuais não devem ser negligenciadas, pois existem diferenças significativas entre as necessidades psicossociais dos jovens adolescentes e dos adolescentes mais velhos (Ferreira, 2008).

“Nos estudos qualitativos procura-se introduzir heterogeneidade de características na escolha dos casos de forma a prover a qualidade, a profundidade, a exaustividade na discussão e reflexão dos mais variados objetos” (Santo, 2010, p. 33).

Desta forma, o estudo foi mais enriquecido ao abarcar adolescentes de diferentes idades, considerados de acordo com a idade cronológica no período da adolescência inicial, intermédia e tardia.

1.5 Instrumento e Processo de Recolha de Dados

Os dados necessários para um estudo podem ser colhidos de diversas formas, dependendo do tipo de estudo, questões de investigação, objetivos e finalidade (Fortin, 2009).

A colheita de dados consiste em recolher de forma sistemática a informação necessária, com a ajuda de técnicas escolhidas para esse fim.

O instrumento de recolha de dados deve ser pouco estruturado, permitindo aos participantes expressarem livremente as suas percepções, pensamentos e emoções. Todos os aspetos do comportamento humano são levados em linha de conta, assumindo a comunicação não-verbal igual relevância do que a verbal. O investigador deve agir como uma esponja, absorvendo e retirando toda a informação possível no momento da colheita de dados.

Para este estudo foi selecionada a entrevista semiestruturada como técnica de recolha de dados, com o intuito de conhecer as vivências e as percepções dos adolescentes (Fortin, 2009), tendo para esse efeito sido elaborado um guião da entrevista (anexo I).

A entrevista é uma forma de comunicação verbal, estabelecida entre o investigador e os participantes (Streubert e Carpenter, 2002). Tradicionalmente as entrevistas são caracterizadas consoante o grau de diretividade e profundidade do material recolhido (Bardin, 2011).

"A subjectividade está muito presente: uma pessoa fala (...) com o seu próprio sistema de pensamentos, os seus processos cognitivos, os seus sistemas de valores e de representações, as suas emoções, a sua afectividade e a afloração do seu inconsciente" (Bardin, 2011, p. 89).

A riqueza e singularidade individual derivada da entrevista é sobejamente reconhecida pela comunidade científica. Com a utilização deste instrumento de recolha de dados pretendemos realizar inferências sobre a realidade em estudo, que de certa forma representa uma população de indivíduos ou de um grupo social, mas valoriza também as pessoas na sua unicidade (Bardin, 2011).

O investigador deve ajudar os participantes a descreverem as experiências vividas sem induzir a entrevista. Contudo, uma das vantagens da entrevista reside na possibilidade do investigador acompanhar o raciocínio do sujeito e colocar outras questões com intuito clarificador e facilitador da exposição das experiências vividas (Streubert e Carpenter, 2002).

"Numa entrevista, quanto menor for a intervenção do entrevistador, maior será a riqueza do material recolhido, dado que a lógica e a racionalidade do informante emergirá mais intacta e menos influenciada pelas perguntas" (Guerra, 2010, p. 51).

Após ter sido obtida a autorização para a realização do estudo pelo Conselho de Administração da ULSM, bem como pela sua Comissão de ética (anexo II), iniciamos os contatos com os pais dos adolescentes, formalizando-se os

pedidos de participação através do consentimento informado que foi entregue a adolescentes e pais.

As entrevistas foram conduzidas face a face, num gabinete da consulta externa de pediatria, sem interrupções, num dia de consulta do adolescente, aproveitando uma vinda ao hospital. As entrevistas foram gravadas em formato áudio e posteriormente transcritas na sua globalidade tão breve quanto possível, no sentido de reproduzir o mais fielmente o sucedido na entrevista, não só da comunicação verbal mas da não-verbal também. As entrevistas tiveram a duração média de 20 minutos, em que a duração máxima foi de 26 minutos e a mínima de 13 minutos.

No estudo a recolha de dados terminou à décima entrevista por indisponibilidade da restante população. Alguns adolescentes não responderam ao contato telefónico, não tinham consulta agendada no período de colheita de dados, faltaram à consulta e à respetiva entrevista ou não aceitaram participar no estudo.

A entrevista dividiu-se em quatro blocos temáticos:

- Motivação para a entrevista;
- Experiências associadas ao internamento;
- A Equipa de Saúde;
- Serviço de internamento para adolescentes.

A recolha dos dados ocorreu entre abril e julho de 2012.

O investigador examina e interpreta os dados à medida que os recolhe, depois decide o caminho a seguir, baseando-se nas suas descobertas.

1.6 Tratamento dos Dados

O tratamento de dados é uma etapa fundamental do processo da investigação qualitativa, pois da sua execução depende a credibilidade e fiabilidade dos resultados obtidos.

Para efetuar o tratamento da informação recolhida optou-se por utilizar a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Trata-se de um método muito utilizado nos estudos qualitativos, especialmente quando se recorre à entrevista semi-diretiva ou não diretiva, devido à riqueza e complexidade do material verbal recolhido (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2011, p. 40).

Com este tipo de análise é possível compreender os significados manifestos e latentes do material recolhido.

No presente estudo foi feita uma análise temática ou categorial que é uma técnica bastante utilizada na análise de conteúdo e que consiste em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo pretende descrever os significados de diferentes tipos de discursos, baseando-se em inferência ou dedução, mas que concomitantemente respeita critérios específicos que proporcionam a apresentação de dados de acordo com estruturas temáticas (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo clássica utiliza uma grelha de análise categorial, privilegiando a repetição de frequência dos temas, em que o resultado final poderá ser uma abstração que não transmite o essencial das significações, a essência e o original do discurso. Adicionar todos os elementos significativos em compartimentos temáticos destrói a arquitetura cognitiva das pessoas singulares. Contudo, este “tipo de análise é insubstituível no plano da síntese, da fidelidade entre analistas; permite a relativização, o distanciamento; mostra as constâncias, as semelhanças, as regularidades.” (Bardin, 2011, p. 91).

O segredo está na complementaridade, Bardin (2011) propõe a utilização de dois níveis de análise em fases sucessivas. O primeiro nível consiste num processo de decifração estrutural centrado em cada entrevista. De seguida procura-se a transversalidade temática entre entrevistas.

Esta técnica de análise de conteúdo incluiu três fases: a pré-análise; a exploração do material e tratamento dos resultados e por fim a inferência/ interpretação. De acordo com a mesma autora, a pré análise tem por objetivo a organização do material. Esta fase envolve a escolha dos documentos a analisar, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Recorre-se a uma pré leitura dos documentos a analisar, formulação das hipóteses e objetivos, referenciação dos índices, elaboração de indicadores e preparação do material.

Na fase de exploração, procede-se a operações de codificação, decomposição ou enumeração. A codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, que vão permitir uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (Holsti cit. por Bardin, 2011).

A organização da codificação pode ser feita de diferentes modos: através do recorte (escolha das unidades); enumeração (escolha das regras de contagem) e classificação e agregação (escolha das categorias). No nosso estudo optou-se por categorizar os dados obtidos. As categorias são classes que reúnem unidades de registo sob um título genérico. A construção das categorias obedece a regras: de exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade.

No estudo emergiram temas, categorias e subcategorias. Como critério de categorização utilizou-se a semântica, agrupando os discursos que possuíam um significado comum ou semelhante.

É importante fazer a revisão da literatura antes, durante e após a análise de dados. O propósito da revisão da literatura na investigação qualitativa é colocar os resultados no contexto do que já é conhecido. Ao contrário de um estudo quantitativo, os investigadores qualitativos não utilizam a revisão bibliográfica para estabelecer os alicerces ou para sugerir um enquadramento teórico ou conceptual da pesquisa. O seu propósito é expor como é que os resultados se articulam no que já é conhecido do assunto. É crucial que o investigador mantenha a literatura em “suspensão” e sempre separada dos dados para prevenir a contaminação desta informação ou da perspectiva do investigador.

Por fim realiza-se a apresentação, análise e discussão dos resultados como abordaremos pormenorizadamente no capítulo seguinte.

1.7 Questões Éticas

A investigação qualitativa coloca questões e desafios éticos cada vez mais complexos no estudo com seres humanos. Há diversos dilemas éticos no quotidiano profissional e a investigação qualitativa acarreta, também, considerações éticas. Os investigadores qualitativos devem permanecer sensíveis e consciencializados da possibilidade do aparecimento destes dilemas e da sua não previsibilidade em determinadas situações.

De acordo com vários autores (Beauchamp & Childress, 1999; Streubert e Carpenter, 2002; Bogdan & Biklen, 2010 e Guerra, 2010), os investigadores devem obedecer a determinados princípios basilares:

- Princípio da não maleficência - assenta no princípio de não infligir dano intencionalmente.
- Princípio da autonomia - Uma pessoa autónoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação sem qualquer tipo de coação. Respeitar a autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução de suas ações, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas. Demonstrar falta de respeito para com um agente autónomo é desconsiderar os seus julgamentos, negar ao indivíduo a liberdade de agir com base na sua escala de valores, ou omitir informações necessárias para que possa decidir livremente. Os investigadores devem obter consentimento informado e a participação dos informantes deve ser voluntária.
- Princípio da Beneficência - assenta no dever de praticar o bem e zelar pelo bem-estar do cliente.
- Princípio da Justiça - dever de não discriminar devido a questões culturais; sociais; económicas e ideológicas, respeitando a diversidade.

Para a realização do estudo, como anteriormente referido, foi solicitada ao Conselho de Administração da ULSM bem como à Comissão de Ética a autorização para o mesmo, tendo sido obtido parecer favorável (anexo II).

O consentimento livre e esclarecido é “(...) um consentimento dado por uma pessoa que foi solicitada para participar numa investigação e, que está plenamente informada sobre as vantagens e os inconvenientes ligados à sua participação” (Fortin, 2009, p. 571). Como forma de garantir os direitos dos adolescentes, foi proporcionada toda a informação acerca do estudo aos participantes e pais, de modo a que pudessem dar um consentimento esclarecido. Foi solicitado aos pais de todos os participantes menores de 16 anos e a todos os adolescentes que assinassem um termo Consentimento Informado (anexo III). Considerou-se pertinente solicitar a todos os adolescentes, independentemente da idade, que assinassem o termo uma vez que eles são os atores principais e eticamente têm o direito de optar participar ou não no estudo.

De acordo com Fortin (2009), é dever do investigador assegurar o anonimato dos participantes, de forma a não ser possível reconhecer os mesmos através dos resultados do estudo. Interagiu-se com os participantes com respeito e dignidade. “O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais está protegido quando, plenamente informada, a pessoa consente livremente em comunicar a informação de natureza pessoal” (Fortin, 2009, p.

189). Para assegurar a confidencialidade os participantes são identificados ao longo do trabalho por E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10.

Todos os adolescentes/pais foram informados sobre o direito a não participarem no estudo, não interferindo nisso nos cuidados prestados, e também, sobre a hipótese de poderem desistir se no decorrer da entrevista forem colocadas questões que considerem que o afetam negativamente.

Foi referido aos participantes que os dados fornecidos só serão utilizados única e exclusivamente para a investigação em curso e que no final da mesma as entrevistas em suporte áudio seriam destruídas.

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na investigação qualitativa a análise de dados começa quando a colheita dos mesmos se inicia, devendo os investigadores durante o tempo que executam as entrevistas ou observações, manter e rever constantemente os registos para descobrir perguntas adicionais que permitam compreender melhor a realidade dos participantes (Bardin, 2011). Os investigadores qualitativos necessitam de “ouvir” cuidadosamente aquilo que viram, ouviram ou experimentaram para descobrir os significados.

De acordo com Fortin (2009), o investigador deve assegurar-se que os dados ou os resultados da investigação refletem as experiências e os pontos de vista dos participantes e não os seus, pelo que na investigação qualitativa confere-se grande importância à qualidade dos dados e valoriza-se cada opinião como única e relevante (Bardin, 2011). Assim, é importante que tenha consciência da sua percepção sobre o fenómeno em estudo no sentido de evitar que esta influencie o mesmo. O que é real para o investigador pode não o ser para o investigado. É importante que o investigador coloque de lado as suas próprias crenças, não fazendo julgamentos sobre o que é observado ou ouvido, permanecendo aberto aos dados tal como estes são revelados.

O papel dos investigadores qualitativos é de compreender a fundo os dados, de maneira a poderem ordená-los convenientemente e dar-lhes uma significação precisa (Fortin, 2009). É necessário interpretar os acontecimentos relatados pelos participantes que viveram a experiência, agrupando os dados progressivamente em subcategorias, categorias e temas.

As experiências dos participantes são consideradas como referem Streubert e Carpenter (2002, p. 20),

“(...) achados da investigação qualitativa. Portanto, é essencial que estas experiências sejam relatadas segundo a perspectiva das pessoas que a viveram. A inclusão de citações, comentários e histórias enriquece o relatório e a compreensão das interacções sociais experimentadas pelos participantes”.

A apresentação, análise e discussão dos resultados, como referido anteriormente, está dividida em quatro subcapítulos. No primeiro apresentamos a caracterização dos participantes e nos seguintes os resultados que emergiram após análise detalhada do discurso dos adolescentes entrevistados, sendo agrupados em três temas:

- Representações sobre a Equipa de Saúde
- Vivências do Internamento
- Representações sobre a Organização do Serviço

Cada tema agrega diferentes categorias e subcategorias tal como se apresenta no quadro 2.

Quadro 2: Representações sobre a experiência de internamento

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Representações sobre a Equipa de Saúde	Enfermeiros	Simpatia Comunicação funcional Presença Empatia Disponibilidade Negociação/integração dos pais nos cuidados Negociação com os adolescentes
	Educadora de Infância	
	Assistentes Operacionais	
	Médicos	
Vivências do Internamento	Sentimentos/Emoções/Atitudes	Solidão Medo Tristeza Tédio Saudade Ambivalência de sentimentos Adaptação Preocupação
	Suporte social	Apoio dos amigos Apoio dos familiares
	Contributos	Desenvolvimento psicossocial
	Perceção sobre o motivo de internamento	Cura
		Punição

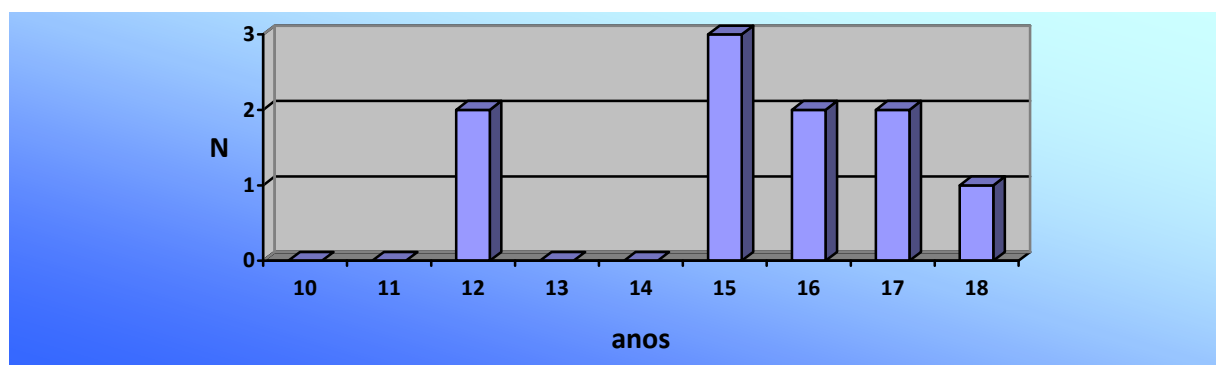
Representações sobre a Organização do Serviço	Estrutura física	Enfermaria
		Sala recreativa/Material de apoio
	Normas	Visitas
		Horário das refeições
		Vestuário
		Saídas do serviço
	Estruturas de apoio	Escola
		Voluntariado
		Grupos de ajuda de adolescentes

2.1 Caraterização dos Participantes

A caraterização dos participantes deste estudo foi realizada de acordo com o sexo, idade, ano de escolaridade, internamentos anteriores, número de dias de internamento e diagnóstico de internamento.

No estudo participaram seis raparigas e quatro rapazes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos (Gráfico 1) e com uma média de idades de 15 anos.

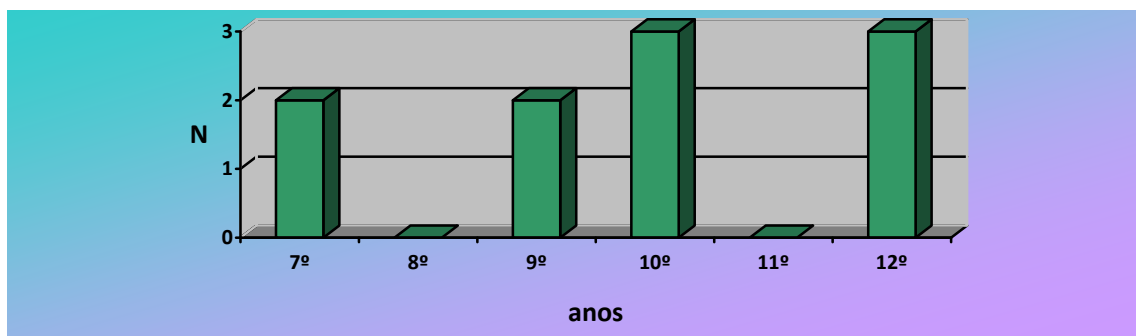
Gráfico 1: Idade dos participantes



Dos participantes do estudo, dois encontravam-se a frequentar o 7º e o 9º ano e três o 10º e 12º (Gráfico 2). Em relação a internamentos anteriores, 70%

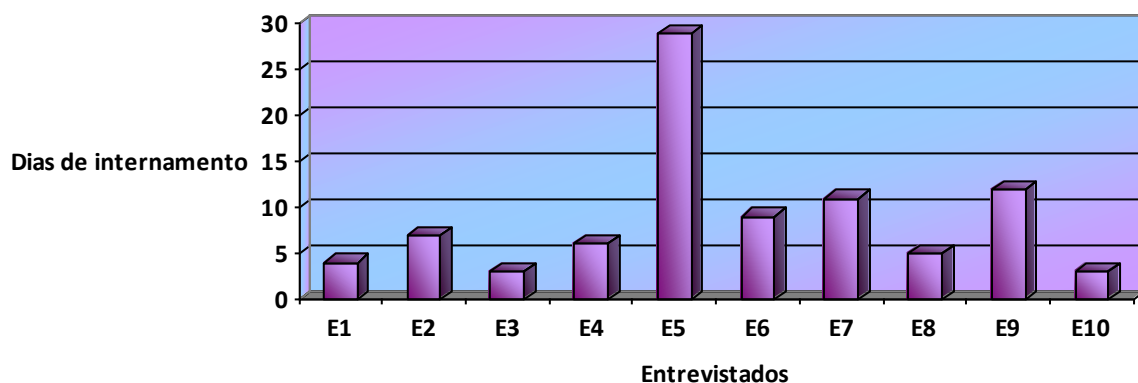
teve um internamento anterior, enquanto que em 30% dos casos tratava-se do primeiro internamento.

Gráfico 2: Escolaridade dos participantes



No que se refere ao tempo de internamento, os participantes estiveram internados em média nove dias, sendo o tempo de internamento mínimo de três dias e o máximo de 29 dias (Gráfico 3). Seis dos internamentos foram por cirurgia ortopédica, três por patologia médica e um por cirurgia plástica.

Gráfico 3: Tempo de internamento



Após a caracterização sociodemográfica e de dados referentes ao tempo e ao diagnóstico de internamento dos participantes do estudo, importa conhecer os resultados da análise de conteúdo, o que apresentamos de seguida.

2.2 Representações sobre a Equipe de Saúde

No tema REPRESENTAÇÕES SOBRE A EQUIPA DE SAÚDE identificaram-se as categorias: **Enfermeiros**; **Educadora de Infância**; **Assistentes Operacionais** e **Médicos** (Quadro 3).

Quadro 3: Representações sobre a Equipe de Saúde

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Enfermeiros	<i>Simpatia</i>
	<i>Comunicação funcional</i>
	<i>Presença</i>
	<i>Empatia</i>
	<i>Disponibilidade</i>
	<i>Negociação/ Integração dos pais nos cuidados</i>
	<i>Negociação com o adolescente</i>
Educadora de Infância	
Assistentes Operacionais	
Médicos	

As representações sociais que os cidadãos têm dos profissionais de saúde estão intimamente ligadas às competências e capacidades individuais de cada profissional, guardando estreita relação com o saber ser, saber estar e o saber fazer (Lopes, 2001).

O trabalho em saúde atende a dois aspetos básicos: a preservação, respeito e reconhecimento da particularidade, individualidade e variabilidade das situações e necessidades de cada cliente, assim como à conformidade com determinadas regras, regulamentos e valores institucionais (Backes, Backes, Sousa & Erdmann, 2008).

A abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pelos diferentes olhares dos distintos profissionais que compõem as equipas interdisciplinares (Araújo & Rocha, 2007). Podendo considerar-se equipa um grupo de pessoas com habilidades complementares, interligadas e com um objetivo comum, que é obtido

através da negociação entre os atores sociais envolvidos no plano de trabalho (Araújo & Oliveira, 2009).

O trabalho em equipa impõe um maior envolvimento dos profissionais do que o trabalho realizado individualmente, e o cliente dos cuidados de saúde é entendido como o alvo da atenção de todos os saberes conjugados, complementares e convergentes (Backes et al., 2008). As habilidades e saberes dos diferentes elementos que integram a equipa possibilitam a otimização dos resultados a alcançar.

Do resultado do trabalho em equipa, depende a satisfação do cliente, a qualidade da continuidade dos cuidados, a segurança e a eficácia dos procedimentos. Assim, o trabalho em equipa é suscetível de afetar positiva ou negativamente a satisfação de clientes e profissionais (Backes et al., 2008).

A equipa de saúde nos serviços de pediatria é composta por diferentes elementos de diversos grupos profissionais, enfermeiros, médicos, psicólogo, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, educadora de infância, assistentes operacionais, entre outros. No discurso dos adolescentes, relativos à sua experiência de internamento só foram referidos os **Enfermeiros**, a **Educadora de Infância**, as **Assistentes Operacionais** e os **Médicos**, daí terem emergido estas categorias.

O **Enfermeiro** é o elemento da equipa que permanece mais tempo com o cliente assumindo assim um papel preponderante no seio da equipa. Deve ser “(...) o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual e emocional do cliente, conduzindo-o às melhores formas de enfrentamento do processo de hospitalização” (Oriá, Moraes & Victor, 2004, p.45). Os seus cuidados visam a satisfação das necessidades e garantem cuidados globais, integrais e complementares ao cliente/família. Em parceria com o cliente, o Enfermeiro forma um elo de ligação, um fio condutor, entre este, a família e a equipa de saúde (Backes et al., 2008).

Os enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica muito relevante no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial a cuidados de enfermagem (OE, 2003).

De acordo com Backes e col. (2008), o envolvimento do enfermeiro na equipa de saúde é complexo, pois para além de prestar cuidados de enfermagem ao cliente, gere o internamento e domina questões burocráticas e administrativas. Assim, é encarado como o elemento facilitador do trabalho de equipa, desempenhando uma importante função na construção coletiva do cuidado, articulando e interagindo amplamente com todos os profissionais, sendo

considerado, normalmente, o ponto de convergência e distribuição de informação para o cliente.

A qualidade dos serviços prestados e a avaliação dos mesmos estão cada vez mais presentes nas preocupações políticas, económicas e gestoras (Hesbeen, 2001). De acordo com o mesmo autor, a qualidade da prática de cuidados é influenciada por múltiplos fatores, tais como: determinantes políticos, culturais, sociais, jurídicos, organizacionais e económicos. No relatório Sistema SIM-Cidadão de 2011, a terceira causa mais mencionada nas reclamações no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em todos os anos, desde 2009, foi a falta de cortesia (DGS, 2012b).

No discurso produzido pelos, adolescentes é possível identificar a importância que atribuem à *Simpatia* com que foram tratados pelos enfermeiros:

"As enfermeiras foram muito simpáticas, gostei muito (...)" E2;
"Abordavam-me sempre de forma carinhosa (...) Gostei de todos os enfermeiros, (...) não tenho razão de queixa, todos muito queridos comigo e agradeço isso a todos." E3.

O adolescente deve ser encarado como um elemento ativo no seu projeto de saúde e processo de doença. "O processo de autonomia que se inicia durante a adolescência leva a que a gestão da saúde deixe de ser feita exclusivamente pelos pais, começando os adolescentes a auto responsabilizarem-se pela sua saúde..." (Ferreira, 2008, p. 73). Para tal, é essencial que a informação que lhe é fornecida esteja adaptada ao seu nível de desenvolvimento cognitivo e emocional (Carta Europeia da Criança Hospitalizada, 1986 cit. por Carneiro, 2010).

A comunicação é sem dúvida central ao processo de cuidar em enfermagem, sendo,

"(..) um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que vislumbra uma melhor assistência ao cliente e à sua família que estão vivenciando ansiedade e estresse decorrentes do processo de hospitalização, especialmente em caso de longos períodos de internação (...)"(Oriá et al., 2004, p. 43).

Problemas de comunicação ou comunicação insatisfatória entre Enfermeiro e cliente podem ter repercussões no estabelecimento de uma boa interação. A comunicação deve ser flexível e adaptável ao contexto, sendo mais emocional em certas situações ou mais pormenorizada de acordo com as necessidades da pessoa cuidada.

Para Phaneuf (2005), a importância do tipo de comunicação utilizada na interação enfermeiro-cliente é tão grande que vários autores estudaram a sua qualidade e eficácia.

“O termo funcional significa que se adapta a uma função definida, que é eficaz num dado sector (...) Para ser funcional, a comunicação deve manter-se simples, deve portanto fazer-se com a ajuda de termos que a pessoa pode facilmente compreender, qualquer que seja o seu estado ou o seu nível de educação (...)” (p.112).

Uma *comunicação funcional* entre o enfermeiro e o adolescente é promotora da parceria de cuidados, permite através das atividades diagnósticas obter os dados que possibilitam elaborar o plano de cuidados através da identificação de diagnósticos de enfermagem e é igualmente imprescindível para transmitir ao cliente as informações necessárias à compreensão do seu estado de saúde-doença. Como se pode visualizar nas unidades de registo, que destacamos do discurso produzido pelos adolescentes, estes consideram que a comunicação ocorrida entre eles e os enfermeiros foi uma comunicação do tipo funcional:

“[Os enfermeiros] Esclareciam sempre o que não percebia.” E2; “(...) [os enfermeiros] informavam-me sempre até porque tenho um bocado de fobia a agulhas e explicavam-me o que iam fazer.” E3; “(...) entendi tudo, [Os enfermeiros] não utilizavam aqueles termos técnicos todos especiais (...)” E5; “Conseguia acompanhar, (...) sim [os enfermeiros] esclareciam”. E7; “(...) se tivesse dúvidas (...) perguntava aos enfermeiros e eles esclareciam.” E9.

O nosso estudo corrobora os resultados dos estudos realizados por diversos investigadores (Chesney et al., 2005; Viner, 2007; Moses, 2011; Byczkowski et al., 2010), ao concluir que os adolescentes dão muita importância à obtenção de informação compreensível e esclarecedora e que a adesão dos mesmos ao regime terapêutico está diretamente relacionada com uma comunicação eficaz entre a tríade adolescente, pais e profissionais de saúde (Chesney et al., 2005; Byczkowski et al., 2010). Almeida e col. (2007), também, concluíram que é importante que os clientes sejam informados de forma clara, com linguagem acessível ao seu nível de entendimento, não só por ser um direito que lhes assiste mas também como forma de tranquilizá-los e esclarecê-los sobre o seu estado de saúde.

Os adolescentes que participaram no estudo de Bray (2007), referiram ter sentido necessidade de mais informação no pré-operatório e que essa informação os poderia ter ajudado a gerir melhor o internamento.

As estratégias de comunicação adaptadas ao adolescente, a forma de interação, a discussão sobre o seu estado clínico estão associadas a níveis de satisfação dos adolescentes com os cuidados de saúde que lhe são proporcionados (Byczkowski et al., 2010). Desta forma, o tipo de relação que se estabelece com o adolescente e os pais influencia a qualidade dos cuidados.

Como refere Lazure (1994) toda a relação de ajuda é comunicação mas nem toda a comunicação é necessariamente uma relação de ajuda. Há comunicação meramente informativa e esclarecedora de dúvidas.

A relação de ajuda possuiu um caráter terapêutico, não se tratando apenas de um cuidado prestado com boa vontade, mas de uma intervenção que visa o reconforto afetivo, a satisfação das necessidades superiores de evolução pessoal ou a resolução de um problema existencial da pessoa ajudada, indo além da satisfação das necessidades básicas (Phaneuf, 2005).

As relações com as pessoas com quem interagimos são de diversas naturezas, “o que as distingue, são a distância entre os locutores, as informações transmitidas e o sentido no qual as trocas circulam” (Phaneuf, 2005, p. 112).

Considera-se uma relação vertical quando ocorre entre indivíduos com uma interação hierarquizada, assumindo caráter formal e distante, em que o seu conteúdo é sobretudo informativo. As relações entre pares ou entre amigos denominam-se horizontais, sendo a distância entre os interlocutores reduzida, as trocas são informais, desenrolam-se num clima descontraído e o seu conteúdo incide sobre uma diversidade de assuntos. A relação enfermeiro/pessoa cuidada é diferente, não se insere em nenhuma destas vertentes, é considerada pela autora uma relação de natureza “*consumatória*”, voltada inteiramente para o alvo dos cuidados, não se tratando nem de uma relação de autoridade nem amigável, mas antes profissional.

“A relação de ajuda é indissociável das intervenções de enfermagem de qualidade. A enfermeira presta cuidados com toda a competência requerida pela sua profissão, quando ajuda o cliente em todas as suas dimensões de ser humano. Cuidar, é ajudar!” (Lazure, 1994, p. 197).

O enfermeiro intervém a partir daquilo que é, e orienta-se segundo um modelo de ajuda que lhe serve de referência e o conduz na sua prática. O modelo de relação de ajuda defendido por Chalifour (2008) compreende quatro componentes:

- *O cliente* - constituiu a razão de ser desta relação, tendo inerente a finalidade deste sistema, apresentando uma necessidade de ajuda mais ao menos definida;

- *O interveniente* - agente que ajuda o cliente a reconhecer as suas necessidades e os seus recursos, através de uma ação facilitadora. Coloca de um modo sustentado as suas competências ao serviço do conteúdo desta relação. É considerado o perito que pretende ajudar o cliente a mobilizar certos processos de natureza psicoterapêutica;
- *Os processos* - representam diferentes modos de estar perante a relação, que servem de catalisador a esta conjugação de energia com a finalidade de responder à necessidade de ajuda;
- *O ambiente físico e social*, e o contexto da relação - influenciam diretamente a forma, a estrutura da relação e o tipo de serviço oferecido.

Em síntese, apresenta-se a figura (Figura 1) ilustrativa sobre a relação de ajuda profissional de acordo com Chalifour (2008).

Figura 1: A relação de ajuda profissional



FONTE: Chalifour, 2008, p. 11.

O cliente possui recursos latentes que lhe permitem atualizar de um modo ideal todas as suas características. As dificuldades que vive privam-no ou impedem-no temporária ou permanentemente de os reconhecer. Assim, a intervenção consiste em ajuda-lo a libertar-se de certos obstáculos que o impedem de reconhecer o seu modo particular de estar no mundo. O enfermeiro

deve, portanto, acolher o cliente de modo a que este se possa desenvolver de acordo com a sua natureza (Chalifour, 2008).

Os adolescentes têm competência para descrever as suas necessidades e emitir opinião, que deve ser considerada para a evolução dos serviços e planeamento dos cuidados de saúde (Aynsley-Green, 2001, cit. por Bray, 2007).

De acordo com o estudo realizado por Honicky & Silva (2009), os adolescentes demonstram desejo em serem ativos e considerados nas suas peculiaridades no ambiente hospitalar. Assim, o enfermeiro deve conhecer e compreender a realidade do adolescente com intuito de prestar cuidados de enfermagem mais especializados, sem suprimir ou tentar alterar desnecessariamente a sua maneira de estar no mundo do adolescente. A equipa de enfermagem deve possuir um vasto conhecimento científico assim como capacidade técnica e competência profissional, valorizando a escuta ativa, capacidade de decisão e autonomia dos adolescentes (Almeida, 2004 cit. por Azevedo 2012).

De acordo com Lazure (1994), estar em relação de ajuda com o cliente é estar não só em presença física mas com todo o seu ser, incentivando o cliente a prosseguir no crescimento pessoal e na busca de soluções, tendo em consideração a unicidade da sua personalidade.

A relação de ajuda profissional é feita de trocas, o que exige uma abertura mútua, onde cada um aceita influenciar e ser influenciado, dar e receber. Num contexto profissional, a relação de ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda (Chalifour, 2008).

Numa relação de ajuda o enfermeiro incentiva o doente a exprimir-se sem procurar direcionar as suas ações ou reações. Não se trata de uma relação de autoridade mas sim de liberdade, em que se respeita a unicidade, as diferenças e a capacidade de decisão e autonomia do cliente. Para poder ajudar efetivamente o enfermeiro deve em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver (Lazure, 1994).

De acordo com a mesma autora, o enfermeiro deve disponibilizar ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais que pode utilizar como quiser para resolver o seu problema.

"A enfermeira assiste o cliente, orienta-o e faculta-lhe cada uma das etapas do processo de resolução do problema. Não toma decisões por ele nem

deve substituí-lo em aspectos relativos à sua participação na acção." (Lazure, 1994, p. 13).

A pessoa cuidada é vista como um todo numa relação de ajuda, em que qualquer que seja o seu estado é considerado parceiro no processo dos cuidados. "(...) nós prestamo-los, ele revê-os e colabora neles, segundo as suas possibilidades. Sem a sua colaboração (...) a nossa missão de ajuda perde o seu sentido" (Phaneuf, 2005, p. 322).

A relação de ajuda assenta numa filosofia humanista, em que para além de instrumento de cura promove a auto realização da pessoa cuidada, no sentido de descoberta do seu eu e das suas possibilidades (Carl Rogers cit. por Phaneuf 2005).

A relação é primeiramente uma *presença* para o outro.

"A presença simboliza ao mesmo tempo a força que suscita a confiança e que tranquiliza, é a doçura que supõe uma abordagem humana e benevolente. (...) Sem mesmo falar, esta pela sua qualidade de ser, deixa emanar calma, esperança e segurança (...) a capacidade física de estar lá e a capacidade psicológica de estar com a pessoa" (Phaneuf, 2005, p. 329).

Tal como anteriormente referenciado, a *Presença* foi outra das subcategorias que emergiu do estudo e é um dos conceitos definidos por Phaneuf (2005) como um dos elementos inerentes à relação de ajuda. Nas entrevistas foram identificados alguns excertos que representam esta dimensão da relação de ajuda:

"(...) ficamos até à conversa [com os enfermeiros] e eu gosto também disso. (...) A minha mãe também não fica lá tanto tempo, também tem que trabalhar, e são os enfermeiros que estão lá (...) Sinto-me há vontade com todos (...)" E1; *"(...) quando estava por exemplo com muitas dores e as enfermeiras todas ali à minha beira."* E2; *"(...) mesmo que não pudessem fazer assim grande coisa eles [enfermeiros] vinham (...) acho que vocês [enfermeiros] já fazem bastante, a sério."* E4; *"Alguns [enfermeiros] preocupavam-se, falavam comigo. Perguntavam se estava tudo bem, se doía. (...) alguns perguntavam sobre a minha irmã."* E6; *"Os enfermeiros foram sempre muito presentes (...)"* E7; *"Sim eles [enfermeiros] falavam comigo. (...) Chegaram a ir muitas vezes ver se estava bem."* E9.

Para estabelecer uma relação de ajuda com os adolescentes os enfermeiros devem ser empáticos:

"A empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada"

como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções” (Phaneuf, 2005, p. 347).

Ser-se empático não é ser-se simpático. A empatia manifesta-se por uma compreensão profunda que permite colocar-se no lugar do outro e de ver o mundo em função do seu quadro referencial, compreendendo a sua dificuldade, mas sem viver as emoções. Assim,

“(…) a empatia permite um olhar penetrante sobre a situação, visa a compreensão e o reconforto da pessoa que sofre, mas permite ao mesmo tempo, um certo distanciamento emotivo da pessoa que ajuda (...) Tentando (...) ver a situação com os olhos da pessoa, ela continua consciente de que se trata de sentimentos vividos pelo outro e não os seus próprios, e evita assim o mimetismo afectivo” (Phaneuf, 2005, p. 347-348).

No discurso dos adolescentes foi possível perceber que os enfermeiros estabeleciam com eles uma relação empática e que ela contribuía para o seu bem estar:

“Quando fiquei diabética as enfermeiras traziam-me chocolate sem açúcar (...). Senti-me bem.” E1; “Quando eu queria pegar nas moletas e não conseguia e estavam todos ali para me ajudar.” E2; “(...) ia a cantar uma música, e o enfermeiro perguntou-me: - queres cantar? Até meteu o rádio e começou a cantar comigo.” E3; “(...) até quando vinham com aquela pomadinha [analgesia] para pôr o cateter, até gostei (...) sempre disseram que doía um bocadinho e não doeu (...)” E4; “(...) é importante estarem preocupados [os enfermeiros] com o diagnóstico mas também sabe mesmo bem poderem estar um bocadinho comigo, estarem preocupados comigo próprio” E4; “Sempre que vinham [os enfermeiros] fazer alguma coisa perguntavam se eu estava bem, se precisava de alguma coisa (...). Vinham [os enfermeiros] conversar comigo. De onde é que era, onde vivia de onde vinha” E5.

O ato de ajudar subentende: disponibilizar tempo; disponibilizar os seus conhecimentos; disponibilizar as suas competências; disponibilizar o seu interesse e disponibilizar a sua capacidade de escuta e compreensão (Lazure, 1994). Outra subcategoria identificada foi a *Disponibilidade*.

“(...) vamos conversando [com os enfermeiros], falamos de diabetes e do resto.” E1; “Sempre que tocava, eles [enfermeiros] acabavam por vir (...) [Os enfermeiros] passam pelo quarto e tentam dar-nos atenção (...) sei que posso contar com vocês.” E4; “[Os enfermeiros] têm bom relacionamento e estão sempre disponíveis, o que é bom.” E5; “Havia dias em que os enfermeiros que estavam de serviço vinham mais fazer companhia. Noutros dias era só para as atividades rotineiras (...)” E7.

Os resultados obtidos no nosso estudo corroboram os do estudo de Almeida e col. (2005), ao concluir que os adolescentes valorizam a relação de ajuda que os profissionais de saúde estabeleceram com eles.

De acordo com os estudos de Chesney e col. (2005) e Viner (2007), as crianças/adolescentes valorizam que ocorra um esforço da equipa de saúde em conhece-los e tratá-los de forma pessoal.

No sentido do desenvolvimento da relação terapêutica, o enfermeiro deve incluir o adolescente e família no processo de decisão dos cuidados. Deve ser incentivada a participação dos adolescentes em processos de decisão relativamente ao seu plano de cuidados, uma vez que quanto mais envolvido estiver o adolescente mais colaborante, responsável e ativo será.

Desta forma, o modelo de parceria de cuidados é considerado um modelo que promove a participação do adolescente e pais nos cuidados.

A negociação na parceria de cuidados é considerada o mais elevado nível de participação na prática de cuidados, sendo para isso necessário uma forte comunicação entre os diversos intervenientes (Hockenberry et al., 2011).

Constituir uma parceria entre a tríade adolescente, pais e enfermeiro é assumir a importância do empoderamento do adolescente sobre o seu estado de saúde. É importante valorizar os pais como os melhores prestadores de cuidados, em potencial, dos seus filhos, e promover através do ensino, instrução, treino e supervisão a execução dos cuidados de enfermagem pelo adolescente e família, no sentido de adaptação à nova condição de saúde (Hockenberry et al., 2011; Smith, Coleman & Bradshaw, 2006).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) negociar é uma "Ação de Contratar: Conferenciar com alguém no sentido de alcançar um compromisso ou acordo." (ICN, 2011, p. 68).

O processo de negociação é caracterizado por uma atitude de partilha entre os intervenientes, em que cada parte entra na negociação com necessidades insatisfeitas que o outro pode atender e com recursos para o fazer. A negociação

implica uma discussão resultando num acordo mútuo, sem imposições por parte do enfermeiro.

O enfermeiro deve agir como promotor do processo de envolvimento do adolescente e da família no cuidado, e em parceria deve, através de um processo de negociação, clarificar a extensão do envolvimento do adolescente e família e a participação nos cuidados.

O equilíbrio entre o desejo do adolescente de independência e a necessidade de controlo por parte dos pais é a chave do sucesso da interação e parceria adolescente, pais e enfermeiro.

De acordo com o estudo de Byczkowski e col. (2010), muitas vezes o papel dos pais em auxiliar os seus filhos a compreenderem o seu estado de saúde, a envolverem-se nos cuidados e a aderirem ao regime terapêutico é subestimado pelos profissionais de saúde.

O enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria reconhece e valoriza a importância da família e respeita o conhecimento que a mesma possuiu da criança/adolescente, a sua experiência em cuidar e a sua influência na processo de adesão da criança/adolescente ao regime terapêutico. O envolvimento dos pais nos cuidados ajuda a manter o lugar da criança/adolescente na família, mantendo o elo de ligação com o ambiente e rotinas usuais. Uma participação em pleno só é possível quando ocorre a negociação entre todos os intervenientes (Carneiro, 2010).

A execução e envolvimento nos cuidados deve ser gradual, assente numa negociação constante e partilha de saberes ao ritmo de cada elemento da família.

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey foi desenvolvido a partir de um modelo de cuidados centrados na família e realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, assumindo-os como parceiros da equipa de saúde (Lopes, 2012).

De acordo com este modelo, os pais são reconhecidos como os melhores prestadores de cuidados à criança/adolescente, uma vez que para preservar o seu crescimento e desenvolvimento, os cuidados devem ser prestados e percecionados como uma forma de proteção, estímulo e amor, e nesta perspetiva ninguém melhor que os pais para os executarem.

Este modelo de cuidados engloba cinco conceitos fundamentais:

- *Criança* - desde o nascimento a criança encontra-se dependente na satisfação das suas necessidades, sendo estas maioritariamente satisfeitas pelos seus pais e familiares. Há medida que cresce, desenvolve capacidades e adquire conhecimentos que a torna cada vez mais autónoma e independente dos seus prestadores de cuidados. Esta

etapa termina com a capacidade de autocuidar-se, o que vai acontecer quando atingir a maturidade (Casey, 1993, cit. por Farrel, 1994).

- *Saúde* - é definida como o "estado ótimo de bem-estar físico e mental que deveria estar presente a todo o tempo, permitindo que a criança atinja o seu máximo potencial" (Casey, 1993, cit. por Farrel 1994, p. 27). A existência de qualquer alteração não identificada, ou não corrigida, pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança (Casey, 1993, cit. por Farrel, 1994).
- *Ambiente* - o desenvolvimento de uma criança pode ser afetado por inúmeros estímulos externos, oriundos do ambiente que a rodeia. Os estímulos podem ter um impacto positivo ou negativo na criança e devem, portanto, ser imbuídos de amor e cuidados para que ela se possa sentir segura e confiante para desenvolver a sua independência (Casey, 1993, cit. por Farrel, 1994).
- *Família* - é definida como uma unidade de indivíduos que assume a responsabilidade máxima pela prestação de cuidados familiares à criança, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Embora os pais detenham a maior responsabilidade pela prestação de cuidados, o modelo não exclui o envolvimento e influência de outros. Os cuidados habitualmente prestados pelos pais/familiares são denominados de cuidados familiares, e incluem todos os cuidados prestados para satisfazer as necessidades quotidianas da criança (Casey, 1993, cit. por Farrel, 1994).
- *Enfermeiro Pediátrico* - o papel do enfermeiro pediátrico está ancorado em quatro funções fundamentais: "cuidados de enfermagem, estratégias de apoio, ensino e encaminhamento" (Farrell, 1994, p. 27)

Os cuidados familiares distinguem-se dos de enfermagem, uma vez que englobam, entre outros, os cuidados de suporte às necessidades básicas da criança, tais como higiene, alimentação, conforto, amor e segurança. Os cuidados de enfermagem envolvem diferenciação e têm por objetivo satisfazer necessidades da criança mais complexas, relacionadas com o seu quadro fisiopatológico, e podem ser de caráter provisório ou definitivo. De acordo com o modelo, o enfermeiro deverá prestar os cuidados de enfermagem ou especializados, incentivando os pais a prestarem todos os cuidados familiares e os de enfermagem se tiverem conhecimentos, habilidades e assim o desejarem. A negociação de papéis é um processo contínuo e flexível, pelo que os papéis

assumidos por cada um dos agentes envolvidos são dinâmicos, podendo ser renegociados à medida que se verificarem mudanças que o justifiquem.

Com a aplicação deste processo a participação prática do enfermeiro nos cuidados tende a ser a menor possível. O enfermeiro poderá iniciar-se como o prestador de cuidados major, tornando-se depois colaborador e numa fase final, supervisor dos cuidados prestados pela família, não obstante, manter o compromisso sob a intervenção e a responsabilidade pela sua execução (Casey, 1993, cit. por Farrel, 1994).

A parceria de cuidados não requer distribuição igual de tarefas, compartimentalização de funções, nem impõe limites à participação dos adolescentes ou pais nos cuidados. A definição dos limites decorre apenas da conjugação da avaliação inicial com a negociação estabelecida entre adolescentes, pais e enfermeiros. A base deste modelo é a negociação e o respeito pelas necessidades e desejos da criança/adolescente e família.

O enfermeiro deve agir como promotor do envolvimento da família no cuidado, e em parceria deve, através de um processo de negociação, clarificar quais os cuidados que a família deseja prestar e é competente para prestar. Neste processo o enfermeiro deverá ser capaz de proporcionar, também, aprendizagens ao adolescente e família, de forma a ajuda-los a atingir o máximo bem-estar. A conduta do enfermeiro deve subentender respeito, flexibilidade e valorização das necessidades e tempos de cada adolescente e família, evitando desta forma cuidados rotineiros e promovendo cuidados personalizados e adequados às necessidades do cliente.

A participação dos adolescentes e dos pais nos cuidados promove a independência dos adolescentes, assumindo assim a chave do sucesso na adaptação à situação (Byczkowski et al., 2010).

No discurso dos participantes, foi possível perceber que consideravam que os enfermeiros se preocupavam em *Negociar/Integrar* os pais nos cuidados, tal como se pode constatar nas seguintes unidades de registo:

"(...) iam sempre enfermeiras davam-me banho, ia sempre a minha mãe (...)" E2; "Acho que era um bocadinho mais à minha mãe (...). Talvez porque ela era mais velha e eu ainda não era adulta." E7; "Era mais à minha mãe" E8; "(...) explicavam à minha mãe e eu também estava atenta para ver como se fazia para tomar banho e fazer o curativo." E6.

Contudo a negociação e a integração dos pais nos cuidados não implicou a exclusão dos adolescentes deste processo, pois a maioria referiu sentir-se incluído

nos cuidados, não se sentir infantilizado e que a sua opinião foi valorizada, sendo portanto, possível identificar a *Negociação com o Adolescente*.

"(...) trazia a balança e se quisesse comer mais, pesava (...) Agora vejo os chocolates que quero comer, vejo os hidratos e dou a insulina para aquilo. (...) porque [os enfermeiros] sabem que eu sei." E1; "(...) às vezes também tinha que ser como eles [enfermeiros] queriam." E2; "(...) houve uma vez que andava no corredor de um lado para o outro e a enfermeira chamou para o penso e eu: - só mais um bocadinho... e a enfermeira: - estás à vontade!" E3; "Perguntam tudo aqui, até mesmo com alguns medicamentos, perguntam sempre." E4; "(...) perguntavam (...), se tinha alguma dor se queria algum medicamento. (...) Nós somos um pouco crianças mas também somos um pouco adultos. Era mais a minha opinião que contava (...). Vinham sempre perguntar quando é que me dava mais jeito." E5; "(...) eles [enfermeiros] falavam comigo. Acho que correu bem, nem era muito imposto, nem era muito à minha vontade." E7; "Primeiro perguntavam-me se tinha dores depois é que tomava. (...) perguntavam qual era de 1 a 10 e eu dizia [avaliação da dor através da escala numérica]." E8; "Perguntavam se queria tomar banho de manhã ou à tarde (...)" E10.

Os resultados da nossa investigação estão de acordo com o Royal College of Nursing (RCN),(2004); Aujoulat, Simonelli & Deccache (2006) que preconizam que os adolescentes sejam envolvidos nos cuidados de saúde, promovendo o seu empoderamento. Almeida e col. (2007), referem no seu estudo que quando os adolescentes se envolvem e participam nas decisões sobre o seu estado clínico ocorre uma melhoria do seu estado de saúde.

Diferem no entanto dos estudos realizados por Chesney e col. (2005), Bray (2007), Viner (2007), Honicky & Silva (2009), Byczkowski e col. (2010) e Araújo, Collet, Gomes & Amador (2011), pois nestes estudos conclui-se que os adolescentes sentiram necessidade de mais envolvimento nos cuidados de saúde e de participação nas decisões sobre o seu estado de saúde, referindo que os cuidados eram mais negociados com os pais do que com eles. Assim, no nosso estudo a maioria dos adolescentes referiu que os cuidados foram negociados com eles próprios.

Com base no discurso produzido pelos adolescentes podemos concluir que o modelo de cuidados em vigor no serviço de pediatria da ULSM é o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Relativamente à representação sobre os restantes elementos da equipa de saúde, face ao discurso dos participantes, emergiram as categorias *Educadora de Infância*; *Assistentes Operacionais* e *Médicos*, como expresso nas seguintes unidades de registo respetivamente.

"(...) a animadora [Educadora de Infância] está sempre no internamento, ela tenta que não esteja ninguém deitado (...)" E1; "(...) mais educadoras, porque a que lá estava andava lá sozinha, que assim todos tinham mais apoio. Depois quando ela saísse vinha a outra para fazer jogos connosco (...)" E2; "Depois [Educadora de Infância] trouxe umas cartas, uns livros, ainda esteve lá um bocado connosco. Não apareceu muitas mais vezes. Trouxe um livro e o computador. Eu era grande e estava em isolamento (...) Aquela que está lá com os miúdos [Educadora de Infância] foi lá falar a perguntar se precisava de alguma coisa (...)" E9.

"Até mesmo com as empregadas [Assistentes Operacionais] tinha assim uma ligação, que elas eram muito simpáticas." E2; "Gostei (...) de todas as auxiliares" E3.

"(...) os médicos são simpáticos (...) diz [médica] como é que tenho que fazer, dita as regras aqui e pronto. (...) chega a uma altura que já estou mesmo cansada (...) ela [médica] às vezes é exigente (...)" E1.

O estudo realizado por Moses (2011) a adolescentes internados num hospital psiquiátrico, revela que estes valorizaram como qualidades dos elementos da equipa de saúde o facto de serem bons ouvintes, confiáveis, não emitirem juízos de valor e disponibilizarem apoio.

De acordo com Viner (2007) e Hutton (2010), os adolescentes desejam ser tratados por profissionais de saúde treinados e com competências na área da adolescência. Também no estudo de Chesney e col. (2005), as crianças/adolescentes referiram agradecer-lhes uma equipa de saúde competente.

2.3 Vivências do Internamento

As VIVÊNCIAS DO INTERNAMENTO é outro dos temas que emergiu deste estudo, sendo as categorias correspondentes: **Sentimentos/Emoções/ Atitudes; Suporte Social; Contributos e Perceção sobre o motivo de internamento.**

Quadro 4: VIVÊNCIAS DO INTERNAMENTO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Sentimentos/ Emoções/ Atitudes	<i>Solidão</i>
	<i>Medo</i>
	<i>Tristeza</i>
	<i>Tédio</i>
	<i>Saudade</i>
	<i>Ambivalência de sentimentos</i>
	<i>Adaptação</i>
Suporte Social	<i>Preocupação</i>
	<i>Apoio dos amigos</i>
Contributos	<i>Apoio dos familiares</i>
	<i>Desenvolvimento psicossocial</i>
Perceção sobre o motivo de internamento	<i>Cura</i>
	<i>Punição</i>

A forma como cada adolescente reage ao internamento depende muito da idade, experiências anteriores, contexto familiar, personalidade e de muitos outros fatores pessoais e exteriores (Berger, 2003).

Os efeitos da hospitalização variam de acordo com a faixa etária, mas no geral os indivíduos podem vivenciar uma panóplia de sentimentos, tais como, negação da doença, revolta, culpa, sensação de punição, ansiedade, depressão, projeção, solidão, regressão emocional, perda, rutura, separação, entre outros. O adolescente internado sente-se privado da interação com amigos e familiares, vivenciando sentimentos de dor, angústia e tristeza o que pode gerar sentimentos como raiva, ciúmes e ansiedade. Neste sentido, sentimentos, emoções e atitudes que vivenciam podem ser suavizados ou potenciados pelos enfermeiros enquanto

profissionais promotores da sua adaptação à hospitalização (Armond, 1996, cit. por Honicky & Silva, 2009).

O sentimento é um processo mental relativamente estável, resultante da emoção. É uma experiência subjetiva dos afetos e das emoções, distinguindo-se das emoções pelo seu caráter subjetivo, cognitivo e indissociável da escala de valores de cada indivíduo. O ser humano enquanto dotado de consciência, analisa, interpreta, organiza e reflete sobre os seus próprios sentimentos, isto é, constroi sentimentos a partir dos mesmos. Um sentimento é uma percepção de um certo estado do corpo (Lent, 2008).

As emoções são a expressão dos sentimentos, sendo que estes podem ser, e geralmente são, revelações do estado da alma. A emoção e as várias reações com ela relacionadas estão alinhadas com o corpo, enquanto os sentimentos estão alinhados com a mente. O sentimento é a percepção da emoção (Damásio, 2004).

Existe uma cadeia complexa de acontecimentos no organismo que começa na emoção e termina no sentimento, há uma parte do processo que se torna público (emoção) e uma parte que se mantém privado (sentimento). As emoções ocorrem no teatro do corpo e os sentimentos ocorrem no teatro da mente (Damásio, 2004). "(...) emoções positivas, como a alegria, podem ajudar a gerar recursos e manter uma sensação de energia vital (ou seja, mais emoções positivas)" (Snyder e Shane, 2009, p. 131).

De acordo com Snyder e Shane (2009), as emoções são estados de sentimento que resultam da avaliação de um objeto externo importante no nosso bem-estar. Essas respostas emocionais ocorrem quando nos tornamos conscientes de experiências dolorosas ou agradáveis.

As emoções não representam apenas uma fragilidade mas também um potencial de crescimento. É importante aprender a perceber os sinais emocionais, a classificá-los e a aceitá-los, pois ao termos a percepção e consciência do próprio mundo interior torna-se mais fácil a tarefa de não nos deixarmos dominar por ele (Martin & Boeck, 1999). A teoria de enfrentar as emoções, promove o lado positivo das experiências emocionais. Aborda a gestão das emoções positivas e negativas experienciadas pela pessoa de maneira a vivenciar-se uma experiência positiva. As pessoas mobilizam as suas emoções, não tentam ignorá-las nem ocultá-las, processam e usam de forma competente o material carregado de emoções e selecionam eficazmente o conteúdo emocional bom e mau da vida, à medida que se vão desenvolvendo (Snyder e Shane, 2009).

No que aos adolescentes diz respeito, o tipo de comportamentos que adotam, na fase inicial da adolescência, conduz a que por vezes sejam rotulados como instáveis, imprevisíveis e pouco conscientes nas suas atitudes (Hockenberry

et al., 2011). “Emoções negativas e variações repentinas de humor são mais intensas durante o início da adolescência, talvez pela tensão ligada à puberdade. No fim da adolescência, as emoções tendem a tornar-se mais estáveis” (Larson et al., 2002, cit. por Papalia et al., 2010, p.453).

No nosso estudo foi possível verificar que o internamento leva a que os adolescentes experienciem sentimentos de solidão. A *Solidão*, pode ser definida como "(...) sentimentos de falta de pertença, isolamento emocional, sentimentos de exclusão, sentimento de melancolia e tristeza associado a falta de companheiros, de simpatia e de amizade acompanhada de sentimentos de perda de sentido, vazio, afastamento e baixa auto-estima" (ICN, 2011, p. 76).

Vários participantes referiram-se à *solidão* da seguinte forma:

“(...) na primeira noite fiquei sozinho no quarto, mas depois no segundo dia chegou o R. e sentimos muita empatia. Ainda hoje mandamos mensagem (...)” E3; *“(...) há mais criancinhas e não me sentia tão só (...)”* E4; *“Senti-me um pouco sozinha, uma pessoa está ali mais isolada do nosso grupo de amigos (...)”* E7.

O internamento foi gerador de sentimentos de medo para alguns dos participantes. Podendo definir-se *Medo* como "(...) sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade com causa conhecida acompanhada por estado de alerta, concentração na origem do medo (...)” (ICN, 2011, p. 61). Este sentimento está bem patente no seguinte excerto: *“(...) tenho um bocado de fobia a alguns aparelhos do hospital”* E3.

Estudos realizados por Hans Selye, 1936, descreveram os efeitos nefastos da exposição prolongada ao medo. Concluíram que o stresse fisiológico prejudicava o corpo, mesmo estando relacionado com o instinto de sobrevivência para os seres humanos (Snyder e Shane, 2009).

O medo é uma reação perante situações ameaçadoras ou que causam insegurança. Há vários fatores que desencadeiam o medo, tais como: perigos de carácter geral como uma cirurgia a que vamos ser submetidos; situações desconhecidas imprevisíveis, possíveis em contexto de internamento; questões sociais como o medo de exclusão e isolamento; questões relacionadas com o desempenho a nível académico ou profissional ou problemas morais. Segundo Martin & Boeck (1999), o medo costuma ser um produto da solidão.

De acordo com Almeida e col. (2007), os adolescentes normalmente encaram a hospitalização como estímulo negativo através da expressão de medo de algum incidente decorrente da terapêutica, medo do ambiente hospitalar e do

equipamento, medo de sentir dor, ser manipulado, cortado e perder auto controle, medo da dependência, da morte e de dar trabalho aos outros.

A tristeza é uma reação de adaptação a mudanças ou perdas. Um dos desencadeadores deste sentimento é a perda de objetivos, de posição e de poder. Esta situação pode estar relacionada com a experiência de internamento em que ocorre uma abstinência escolar e dos locais frequentados pelo grupo de pares o que pode provocar a sensação de perda de estatuto e isolamento (Martin & Boeck, 1999).

Dois entrevistados referiram sentir *Tristeza*, sendo então considerada subcategoria do estudo.

A tristeza é definida como "(...) sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia" (ICN, 2011, p. 79). Os seguintes excertos denotam este sentimento:

"Se ele [Presidente do Conselho de Administração] pudesse inventar alguma coisa para diminuir a tristeza que se sente e que fizesse o tempo passar mais rápido (...)" E4; "(...) triste, só quando ficava sozinha naquele quarto e não haviam mais crianças, quando a minha mãe ia trabalhar" E6.

Os resultados do nosso estudo estão em concordância com o do estudo levado a cabo por Azevedo (2012), ao concluir que um dos sentimentos mais vivenciados pelo adolescente hospitalizado é a tristeza.

O *Tédio* é outra subcategoria encontrada e que se pode definir como "Estado psicológico resultante de uma atividade para a qual não há motivação, ou de uma situação desinteressante na qual o indivíduo se vê forçado a permanecer." (Descritores em Ciências da Saúde, 2013) e está expresso nos seguintes excertos:

"[diria isto a um amigo que tivesse internamento programado] Prepara-te para apanhar uma grande seca, era muito saturante (...) não fazes nada." E4; "(...) é um bocado chato estar ali [internamento] sempre parado(...)" E5; "(...) senti-me mais parada, sem nada para fazer." E7; "(...) não fazia nada (...) Não tinha vontade." E8; "Penso que faltava qualquer coisa para fazer lá [no serviço]." E9; "Uma valente seca. Não há nada para fazer." E10.

Um entrevistado referiu sentir *Saudade*: *"Era mais as saudades de casa. Do meu ambiente"* E5, e que é definida como um estado de espírito resultante do facto de se estar separado dos pares, da família, e dos ambientes conhecidos

nomeadamente a casa, a escola, entre outros (Descritores em Ciências da Saúde, 2013).

Pelo discurso de um participante identificou-se a subcategoria *Ambivalência de Sentimentos*, que é definida como "Emoção com as características: Estado de experienciar sentimentos contraditórios e opostos sobre o mesmo objecto" (ICN, 2011, p. 39). A unidade de registo que se segue é reflexo desta ambivalência sentimental:

"(...) os sentimentos que eu sentia em termos emocionais eram se calhar tipo montanha russa. Tanto estava confiante como não (...) quando vi a fotografia de como eu estava (...). Fui-me um bocado abaixo, mas sempre confiante (...) no dia que me vim embora, no dia a seguir fazia 18 anos e já estavam todos a preparar-me uma festa. Eu por um lado queria vir embora (...) mas por outro "como seria a festa no hospital?" e fiquei com aquele bichinho no estômago" E3.

Dos discursos dos adolescentes também se subentende uma atitude de *Adaptação*. Esta define-se como uma atitude de "Coping: Gerir novas situações" (ICN, 2011 p.37). O termo *Coping*, de acordo com o International Council of Nurses, é uma atitude, pelo que as próximas unidades de registo revelam uma adaptação ao contexto de internamento por parte dos adolescentes.

"(...) entendo a norma do hospital (...) mesmo estando no hospital (...) procurava (...) estar mais ao menos apresentável (...)" E3; "Uma pessoa está lá internada, também não está num hotel (...) Também não se pode ter um quarto para cada doente (...) não é por causa da internet que me vai cair algum bocado. Eu também nem passo muito tempo na internet" E5.

A última subcategoria identificada na categoria **Sentimentos, Emoções e Atitudes**, foi a *Preocupação*, o que é perceptível em algumas das afirmações dos adolescentes. A preocupação é definida como uma "Crença com as características: Dominar e ocupar a mente de forma a excluir outros pensamentos ou a estar mentalmente distraído." (ICN, 2011, p. 68).

De acordo com o International Council of Nurses, uma crença é uma atitude daí a inclusão desta subcategoria na categoria referida anteriormente. Assim, nos discursos dos participantes denota-se *Preocupação* quando expõem:

“(...) a minha preocupação (...) quando é que eu vou começar a jogar? Estar com os meus colegas de equipa? (...). Tinha receio de chamar outra vez, ser chato (...)” E3.

Em estudos realizados com adolescentes no momento de hospitalização, muitos deles, verbalizaram tratar-se de uma experiência complicada de se vivenciar, projetando nesse processo sentimentos como medo, ansiedade e angústia concomitantemente à esperança de cura (Almeida et al., 2007).

O estudo desenvolvido por Honicky & Silva (2009) revelou que os adolescentes consideraram o hospital como um local hostil, gerador de sentimentos de medo pelo desconhecido, tristeza, sofrimento e desespero.

Outra categoria a emergir do estudo foi o **Suporte Social**, na qual se incluem as subcategorias: *Apoio dos amigos* e *Apoio dos familiares*.

Tendo em conta a importância do grupo de pares nesta faixa etária, era expectável que os entrevistados abordassem as questões do sentimento de pertença relativamente ao grupo de amigos, quando descreviam a sua vivência da hospitalização, e que referissem a importância do apoio das amizades anteriores ao internamento e o desenvolvimento de novas amizades, daí ter emergido a subcategoria Apoio dos amigos, bem patente no seguinte excerto:

“Sentir aquele sentimento que uma pessoa gosta dele [amigos que o visitaram] e que se preocupa com ele, isso é bom (...)” E3.

Alguns verbalizaram que o impacto negativo do internamento pode ser amenizado com a interação entre utentes e partilha de momentos em conjunto.

“(...) se calhar, há aqueles rapazes da minha idade e um bocadinho mais novos [mais introvertidos] que lentamente vão tentando interagir. (...) entre todos dizer “vem aqui jogar este jogo. Vão-se soltando mais para que esteja mais bem-disposto e um sorriso ajuda muito na recuperação” E3.

O ambiente hospitalar pode proporcionar à criança/adolescente novas experiências de socialização que podem ampliar os seus relacionamentos interpessoais, pelo que os benefícios psicológicos precisam ser considerados e potenciados.

De acordo com Papalia e col. (2010), o grupo de amigos é uma importante fonte de apoio emocional durante a adolescência, uma vez que adolescentes que

se deparam com rápidas transformações físicas sentem-se melhor na companhia de outros que estão a passar por mudanças semelhantes.

Os adolescentes começam a confiar principalmente no seu grupo de pares em vez dos seus pais. A influência dos pais diminui, embora o apego permaneça forte. O grupo de pares proporciona parte da segurança e ligação emocional que o adolescente necessita. Os amigos são extremamente importantes para um desenvolvimento saudável nos adolescentes. A amizade providencia suporte emocional e está associada ao afeto social. Os amigos próximos encontram-se associados ao bem-estar físico e psicológico, podendo evitar a solidão, a tristeza e a baixa auto estima (Bee e Boyd, 2011).

O grupo de amigos domina o mundo social do adolescente e pode constituir o suporte social mais relevante nesta fase. Durante o período de internamento o adolescente afasta-se do seu grupo de amigos, que normalmente são o seu referencial, a sua fonte de segurança emocional. Contudo, de acordo com vários estudos, paralelamente ao distanciamento e conflito familiar temporariamente aumentado durante a fase da adolescência, os apegos emocionais entre pais e filhos permanecem fortes (Bee e Boyd, 2011).

Os próximos excertos denotam a importância do *Apoio familiar* para os entrevistados.

"(...) tinha lá a minha família, não precisava de mais nada "Amigos não, [teve a visita da] família." E5; "Foi só família." E6; "(...) eram mais os meus familiares." E7.

O suporte emocional que a família proporciona ao adolescente é crucial para a construção do autoconceito, sendo uma importante fonte de apoio social e emocional, mesmo numa fase em que os adolescentes tendem a considerar os pares como fonte de suporte principal (Peixoto 2004, cit. por Ferreira, 2008).

Há a possibilidade do adolescente hospitalizado poder regredir no seu desenvolvimento cognitivo e afetivo. Assim, para além da presença de um adulto significativo, nomeadamente os pais, ajudarem o adolescente a vivenciar os sentimentos decorrentes da hospitalização e incentivarem o adolescente a aderir ao tratamento, representam o elo de ligação à vida quotidiana e ao equilíbrio emocional deste (Armond & Boemer, 2004 cit. por Almeida et al., 2007).

As reações emocionais que o adolescente apresenta também são vivenciadas pelos familiares que o acompanham.

Os adolescentes que conseguem manter relações fortes tanto com os pais como com o grupo de pares revelam maior adaptação e equilíbrio emocional e

psíquico (Field et al., 2002 e Sprinthall & Collins, 1994 cit. por Ferreira, 2008), sendo mais provável uma transição saudável para a vida adulta (Palmonari et al., 1991 cit. por Ferreira, 2008).

Os resultados do nosso estudo corroboram os do estudo levado a cabo por Azevedo (2012) relativamente à importância que os adolescentes conferem ao apoio emocional de familiares e amigos.

Os nossos resultados estão em concordância com os do estudo de Almeida e col. (2005), relativamente à valorização do apoio familiar na hospitalização, as amizades construídas em ambiente hospitalar e partilha de experiências.

Alguns adolescentes preferem a presença dos pais aquando do exame físico ou cuidados de higiene, por se sentirem menos expostos e mais apoiados (Britto, Tivorsak & Slap, 2010).

Os resultados do nosso estudo corroboram os do estudo realizado por Moses (2011) a adolescentes internados num hospital psiquiátrico, ao concluir que na generalidade o apoio interpessoal, tanto entre pares, como equipa de saúde é valorizado pelos adolescentes.

O processo de hospitalização pode ser negativo e/ou positivo, proporcionando um momento de aprendizagem e desenvolvimento (Barros, 2003). Por vezes os adolescentes apresentam comportamentos agressivos e de profunda revolta, pelo que é importante que o enfermeiro contextualize estas reações à experiência de hospitalização o que muitas vezes é reflexo de um sofrimento psíquico profundo e não um acesso de rebeldia típico dos adolescentes (Almeida et al., 2007).

Uma doença, e conseqüentemente a hospitalização, podem trazer às pessoas, em qualquer momento das suas vidas, ansiedade e medo. Compreender as especificidades psicológicas desse processo junto aos adolescentes constitui-se tarefa relevante (Honicky & Silva, 2009) para a equipa de saúde em geral mas para os enfermeiros em particular.

Dois dos entrevistados consideraram que a experiência de internamento serviu de aprendizagem e crescimento pessoal, contribuindo desta forma para o seu desenvolvimento psicossocial. Assim, dos discursos dos participantes emergiu a categoria **Contributos** com a subcategoria correspondente *Desenvolvimento Psicossocial*, tal como se pode constatar nas seguintes unidades de registo:

“(...) [os internamentos] fazem-me pensar porque errei.” E1; “(...) [dizia ao amigo que ia ser internado] para usufruir os momentos que tem no hospital porque também quando sair fora do hospital vai-se lembrar

daquilo [da experiência hospitalar] com um sorriso na cara e também cresce um bocadinho." E3.

De acordo com a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erickson (1968), o crescimento psicológico ocorre através de estádios e fases, não ocorre ao acaso e depende da interação da pessoa com o meio que a rodeia. Cada estádio tem inerente uma crise psicossocial, com uma vertente positiva e uma vertente negativa. As duas vertentes são necessárias mas é essencial que se sobreponha a positiva. A forma como cada crise é ultrapassada ao longo de todos os estádios irá influenciar a capacidade para se resolverem conflitos inerentes à vida (Papalia et al., 2010).

Um dos entrevistados refere que a experiência de internamento o tornou mais solidário e que desenvolveu nele o espírito de entre ajuda e solidariedade que já possuía.

"Já gosto de ajudar as pessoas mas se calhar desenvolvi mais um bocadinho essa minha parte, que é sempre bom ajudar os outros (...) até fiz um quadro para animar, para por um sorriso na cara, ajudar o rapazinho ou rapariga. Eu se puder ajudar, ajudo (...). Como gosto que façam comigo, também faço com os outros. Faço isso como quero que me ponham em cima." E3.

Os adolescentes percecionam o motivo de internamento de diferentes perspetivas, daí ter emergido a categoria **Perceção sobre o motivo de internamento**. Há adolescentes que percecionam o internamento como um meio para atingir a *Cura*, vendo pertinência nele. Assim, a *Cura* foi uma subcategoria que emergiu do estudo, como se pode identificar nas seguintes unidades de registo:

"Queria reagir, quero recuperar o mais rápido possível para poder correr, fazer aquilo que eu gosto." E3; "(...) um bocado demorado mas que se tem que ter paciência, que vai correr tudo bem." E5.

Um dos entrevistados considerou-o como uma *Punição*, uma vez que não estava a aderir ao seu regime terapêutico e a médica decidiu interna-lo.

"A maior parte (...) dos internamentos é por castigo que eu estou lá, porque ela [a médica] sabe que agora custa (...). Se repararem os

internamentos tem sido mais nas férias. (...) Porque é por castigo (...). Já não é aquela coisa, quando estive aqui internada só queria ir embora. Antes eu adorava ficar internada (...)" E1.

O estudo realizado por Honicky & Silva (2009) concluiu que os adolescentes tinham consciência da necessidade de internamento para a sua recuperação, embora demonstrassem muita vontade em ter alta.

De acordo com o estudo de Almeida e col. (2005), os adolescentes demonstraram ambiguidades nos seus discursos. Tanto consideravam que o internamento favorecia o tratamento como era desnecessário.

Os adolescentes têm características muito próprias. Não só no que se refere ao tipo de situações que levam ao internamento como ao ambiente hospitalar que lhe é mais adequado. Internar um adolescente num serviço não construído à sua medida é acrescentar problemas ao problema de saúde já existente (Cordeiro, 2009).

2.4 Representações sobre a Organização do Serviço

Uma organização é um sistema planeado de esforço cooperativo, no qual cada participante tem um papel definido a desempenhar, direitos, deveres e tarefas a executar. A organização é uma atividade básica de administração, serve para agrupar pessoas e estruturar todos os recursos organizacionais para atingir um objetivo predeterminado (Parreira, 2005).

Em todas as entrevistas a Organização do Serviço foi referida pelos adolescentes, o que denota que as questões organizacionais influenciaram a experiência de internamento.

De seguida apresentar-se-á o quadro referente às categorias e subcategorias que emergiram da temática *REPRESENTAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO*. Na categoria **Estrutura física**, identificaram-se as subcategorias: *Enfermaria* e *Sala Recreativa/Material de Apoio*. Na categoria **Normas**, incluíram-se como subcategorias: *Visitas*; *Horário das Refeições*; *Vestuário* e *Saídas do serviço*. A última categoria que emergiu do estudo foi as **Estruturas de Apoio** com as subcategorias: *Escola*; *Voluntariado* e *Grupos de ajuda a adolescentes* (Quadro 5).

Quadro 5: REPRESENTAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

<i>CATEGORIA</i>	<i>SUBCATEGORIA</i>
Estrutura Física	<i>Enfermaria</i>
	<i>Sala recreativa/ Material de apoio</i>
Normas	<i>Visitas</i>
	<i>Horário das refeições</i>
	<i>Vestuário</i>
	<i>Saídas do serviço</i>
Estruturas de Apoio	<i>Escola</i>
	<i>Voluntariado</i>
	<i>Grupos de ajuda de adolescentes</i>

A inserção do adolescente numa instituição hospitalar gera mudanças bruscas e desconfortáveis em praticamente todos os aspetos da sua vida, nomeadamente a imposição de normas e rotinas hospitalares anteriormente inexistentes no seu quotidiano. Algumas questões como a impossibilidade de escolha da indumentária, a falta de privacidade, a imposição de horários podem despoletar conflitos entre os adolescentes e a equipa de saúde. Muitas vezes os adolescentes contestam as regras, desafiam os limites impostos ou assumem uma postura apática e desinteressada pelo tratamento (Almeida et al., 2007).

A experiência de hospitalização na adolescência é considerada um evento altamente stressante, pelo que é importante valorizar a sua opinião, de forma a que possam participar na planificação e organização de serviços hospitalares, no sentido de criar espaços mais acolhedores, de encontro às suas necessidades e facilitadores da adaptação à realidade hospitalar e à adesão ao regime terapêutico (Hutton, 2005).

De acordo com Almeida e col. (2007), os procedimentos hospitalares, tais como o repouso imposto no leito quando o estado clínico assim o determina; a imagem corporal alterada; a falta de privacidade e a necessidade de equipamentos médicos abalam o sentimento de onipotência e controlo, justamente no momento em que o adolescente está à procura de uma identidade própria. Desta forma, torna-se um dos grupos mais vulneráveis à situação de doença e internamento. Contudo, a hospitalização pode representar uma oportunidade para o adolescente adquirir competências em gerir situações stressantes (Hockenberry et al., 2011).

A vivência da doença pode ser minimizada na presença de um ambiente humanizado, específico e acolhedor, com profissionais capacitados para o cuidado ao adolescente, contribuindo para o restabelecimento do seu estado de saúde e reduzindo o impacto da hospitalização (Araújo, Collet, Gomes & Amador, 2011).

A hospitalização representa uma ameaça para o adolescente devido à realidade da doença, à percepção da morte e afastamento do seu contexto familiar e do grupo de amigos, o que muitas vezes leva ao retraimento e solidão (Guzman & Cano, 2000 cit. por Almeida et al., 2007). Pode surgir associada à perda de individualidade, identidade, em que a personalidade da pessoa é muitas vezes reduzida ao número de um leito, quarto ou enfermaria.

A pessoa hospitalizada é geralmente induzida a anular alguns dos seus valores pessoais e existenciais no sentido de se adaptar às regras e rotinas hospitalares, que visam atender principalmente uma determinação institucional, frequentemente diferente das suas concepções (Almeida et al., 2007).

Em qualquer fase da vida a hospitalização constitui uma fonte de stresse para quem a vivencia, contudo este processo é mais marcante na adolescência e pode ser exacerbado pelos sentimentos comuns desta fase de transformações e mudanças.

Em relação à subcategoria *Enfermaria*, a maioria dos entrevistados consideraram pertinente a disposição dos clientes pelas enfermarias de acordo com a faixa etária, uma vez que nesta fase do desenvolvimento, como anteriormente referido, valorizam muito as novas amizades e referem que o choro de um bebé poderia ser um problema. A maioria contudo, valoriza a interação com os mais novos mas não a partilha do mesmo quarto.

"(...) põem-me à beira de pessoas mais ao menos da minha idade (...)" E1; "(...) isso até preferia estar com crianças, são mais alegres. Não incomodavam (...)" E2; "(...) assim com uma criança pequenina, a única desvantagem que eu via era caso chorasse com dores ou assim. (...) Acho que faz sentido [a divisão das enfermarias por faixa etária] (...)" E3; "Fez-me sentir ocupada e com alguma atenção. [as crianças companheiras de enfermaria] estavam sempre comigo, foram muito fofinhas. (...) Essa parte do choro é que era mais chata" (...) Mais pequenos e que choram a noite toda, não.(...) Se houver essa possibilidade [a divisão das enfermarias por faixa etária] de certa forma até é melhor mesmo." E4; "(...) acho que devem fazer uma separação. Mais ao menos crianças da mesma idade no mesmo quarto. (...) Tinha crianças mais novas. Às vezes choravam, não queriam dormir." E6; "Não consigo imaginar com bebés, se

calhar com mais necessidade de chorar e assim, não ia funcionar tão bem (...). No início preferia estar se calhar sozinha, mas depois até gostei de estar com companhia." E7; "[o facto de ter partilhado a enfermaria com crianças pequenas] Senti que não ia dormir a noite toda." E10.

O nosso estudo corrobora os estudos realizado por Bray (2007), Byczkowski e col. (2010) e Britto e col. (2010), ao concluir que os adolescentes consideram importante a privacidade. Hutton (2005) vai mais longe e concluiu que os adolescentes preferem que os tratamentos sejam executados em áreas privadas em que outras pessoas não possam ver e sentem necessidade de momentos em que possam estar a sós. Sugerem a presença de cortinas, portas com chave e que os profissionais de saúde batam à porta da enfermaria antes de entrar.

Devido ao desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários os adolescentes são muito preocupados com as questões da privacidade (Hockenberry et al., 2011). Os adolescentes deste estudo, verbalizaram a importância da privacidade como expresso nas seguintes unidades de registo que dizem respeito à subcategoria *Enfermaria*:

"(...) Só quando (...) vinham com (...) aparadeira e estavam ali as pessoas ficava um bocado incomodada (...)" E4; "Tive privacidade" E5; "Acho que a privacidade estava bem." E6; "Não senti falta de privacidade (...)" E7; "Acho que tive privacidade suficiente. Talvez mais um pouco se possível." E9; "Não há muito. Reclamavam quando tinha a cortina fechada e a janela fechada, mas estava assim porque tinha feito o penso e não porque estava com a minha namorada." E10.

Segundo o estudo desenvolvido por Morgan (2010), os grandes motivos para alguns adolescentes preferirem quartos individuais é o facto de valorizarem o silêncio, em especial não ouvir choro de crianças, e a privacidade, mas a maioria prefere quartos partilhados devido à importância que dão à interação entre pares, não se sentindo tão sós e terem a possibilidade de fazer novas amizades.

Relativamente aos participantes do nosso estudo, nenhum referiu preferência por quartos individuais, preferindo a companhia de adolescentes da mesma idade, desde que mantivessem a sua privacidade.

O nosso estudo corrobora o estudo realizado por Bray (2007) e Viner (2007), ao concluir que os adolescentes preferem enfermarias distintas das crianças, especialmente pelo incómodo do choro dos mais novos. De acordo com o estudo de Hutton (2007), a maioria dos adolescentes preferem partilhar a enfermaria

com outros adolescentes e a interação entre os adolescentes deve ser promovida (Hutton, 2010). Esta autora concluiu que alguns adolescentes mais isolados conseguiram ultrapassar essa barreira de socialização o que favoreceu as suas relações do quotidiano. Já em 2005, a mesma autora, tinha concluído que os adolescentes gostam de partilhar espaços de atividades apenas com os pares, isolados da equipa de saúde.

Os adolescentes não pensam, apenas, de um modo mais flexível sobre os objetos e situações do quotidiano, do que as crianças mais pequenas, pensam também acerca dos seus próprios sentimentos, sobre as suas ideias, sobre si próprios e sobre a sua maneira de ser. Têm a capacidade de pensar sobre as suas experiências e sobre o ambiente à sua volta, com maior poder de abstração, percebendo com nitidez que a realidade é apenas um dos cenários possíveis, e que há discrepâncias entre o mundo real e o mundo possível (Sprinthall & Collins, 2003).

No estudo realizado por Hutton (2005), os adolescentes perspetivavam um serviço de internamento ideal, tal como os nossos participantes.

Relativamente a esta subcategoria *Enfermaria*, os entrevistados sugeriram uma melhoria da qualidade de imagem das televisões e sua colocação em lugar de melhor visibilidade.

"(...) televisão (...) não estava em boas condições, os canais não tinham muita qualidade (...)" E7; "As televisões são péssimas (...) não dão canais de jeito e a qualidade da imagem é fraca (...) na primeira enfermaria tem um ferro que corta a televisão a meio, temos que nos encolher para ver a televisão." E10.

Os adolescentes passam muito tempo envolvidos em atividades de lazer. À medida que eles avançam nos estádios de desenvolvimento, as atividades de lazer mudam de centralizadas na família para centralizadas nos pares, com quem se identificam e sentem mais confortáveis (Larson e Richards, 1997, cit. por Papalia et al., 2010). Além de proporcionar aos adolescentes diversão e prazer, as atividades de lazer auxiliam no desenvolvimento de habilidades sociais, físicas e cognitivas (Hockenberry et al., 2011).

No estudo, os adolescentes abordaram as atividades recreativas e de entretenimento existentes no serviço, pelo que emergiu a subcategoria *Sala recreativa/Material de apoio*. A maioria dos entrevistados consideraram que o material e as atividades desenvolvidas no serviço não estiveram adaptados à sua faixa etária e sinalizaram as carências, tal como expresso nos seguintes excertos:

"Às vezes tratam-nos assim um bocadinho de infantis mas é porque não há outras atividades e querem manter-nos ocupados (...) não há assim muito material, a não ser de fazer desenhos e isso já não nos motiva tanto." E1; "(...) podíamos ter feito mais coisas (...) as atividades eram para os mais pequeninos. Normalmente eles iam brincar às casinhas, faziam muitos jogos de música e isso." E2; "(...) 18 anos já é outra idade, tenho outros tipos de interesses (...) também é sempre bom ler, à noite caso não se tenha sono e quando se tem algumas dores, ajudava a distrair ler um livro." E3; "O único que tinha para a minha idade era sobre consumo de álcool e jovens. De resto era tudo Anita e assim." E4; "(...) havia para a minha idade [atividades] mas era mais à base dos mais novos (...) tem livros bastante atualizados para a minha idade (...) havia jogos. Por acaso trouxe o meu computador e deram-me jogos para jogar no meu computador(...)" E5; "Não tem nada aqui para nós fazermos, só tem para crianças." E8; "Desde os onze que acho isto infantil. A minha irmã veio cá visitar é que se divertiu na sala de brincar. Tem oito (...). Acho que é para crianças. Hoje em dia nós temos outros interesses (...). Os computadores não têm internet. Os computadores que dão não tem jogos nem dá para instalar nada, jogos e isso, as memórias são fracas (...) não há internet, playstation com jogos," E10.

A maioria referiu sentir falta de internet durante o período de internamento e consideraram o material disponível inadequado à sua faixa etária.

Dois entrevistados consideraram necessário levar os seus objetos pessoais para o internamento para terem com que ocupar o tempo.

O seguinte entrevistado aconselhou os adolescentes a levarem o seu computador para o internamento e achava que alguns não levavam com medo de furtos.

"(...) há crianças que não trazem os computadores porque tem medo que roubem (...)" E2; "Para se manter firme, para levar as coisas pessoais (...)" E6.

De acordo com Aujoulat e col. (2006), Viner (2007) e Hutton (2010), os adolescentes desejam ser tratados em instalações apropriadas à sua faixa etária e com atividades recreativas e didáticas adequadas à idade, tal como foi evidente no nosso estudo.

Segundo Hutton (2007), os adolescentes beneficiariam em termos psicossociais de um espaço criado especificamente para esta faixa etária, uma vez que se sentiriam mais confortáveis, minimizando o impacto do evento stressante hospitalização.

O nosso estudo corrobora o estudo de Moses (2011), ao concluir que as atividades não eram adaptadas à fase desenvolvimental dos adolescentes e que isso os desagradava.

Estudos levados a cabo por Hutton (2005, 2010), concluíram que os adolescentes referem gostar de variar as atividades para evitar momentos entediantes e se motivarem, realçam também a sua importância terapêutica como estratégia de desvio do foco na doença. Assim, segundo Snyder e Shane (2009) deve-se incentivar a participação dos indivíduos nas atividades lúdicas que preferem com o propósito de aumentar as experiências emocionais prazerosas e o bem estar dos mesmos.

Muitas sugestões foram dadas pelos participantes de forma a ajustar a *Sala recreativa/Material de apoio* às suas necessidades, nomeadamente:

"Ter computadores, internet, jogar com a Wi e uma sala grande, assim escurinha e tudo para ver filmes" E1; "(...) acho que podia haver um computador (...) mesmo ver filmes e isso (...) devia ter jogos mais para a nossa idade (...) os livros podiam ser para os maiores (...). Se calhar havia de haver mais uma sala para por exemplo, aqueles meninos que não podem tanto (...) porque às vezes naquela sala não havia assim muito espaço (...) haver uma salinha que eu acho que era engraçado, onde pudessemos fazer os nossos próprios desenhos, era mais engraçado, ficando uma sala separada só para as crianças." E2; "Internet não digo era bom era (...) uns jogos no computador, ou (...) Monopólio, risco, xadrez (...) salas com computadores, livros (...) televisão sem ser os canais públicos (...)" E3; "Música, bastante música, um rádio com alguns CD's (...). Mais jogos, mais livros. Mais sessões de leitura, tipo aquelas que faziam para os pequeninhos. (...) Para aquelas pessoas que passam muito tempo no computador e internet, também dava jeito ter. Para ver as notícias, o que se passa lá fora, dá jeito." E4; "Alguns filmes para ver (...). Mais filmes, computadores, mais internet, os armários não ficarem fechados à noite e ao fim de semana, haver mais jogos (...). Acho que na sala de jogos havia de haver mais jogos para nos entretermos, livros eram um bocado infantis." E6; "(...) gostava que tivessem mais jogos, internet, mais atividades para a nossa idade, completar mais (...). Gosto de ver filmes,

podiam passar filmes de vez em quando (...). Gostava de ter tido acesso à internet, tivessem mais jogos. Coisas mais atualizadas em todas as idades (...) senti-me integrada, só que não muito adaptado à minha idade." E7; *"Coisas que os adolescentes podiam fazer. Agora o quê não sei. Eu não sei. Jogos que podíamos fazer, várias coisas."* E8; *"Talvez internet no computador que tinha no quarto, que ele funcionasse, que tivesse internet também e mais alguns canais na TV."* E9; *"Não era preciso haver outra sala, mas ser utilizada em tempos diferentes. Umhas horas para os mais pequeninos e outras para os mais velhos (...). Por exemplo tirar o plasma que está na sala grande que está desligado e colocar na sala de jogos. Pôr lá jogos e filmes."* E10.

De acordo com estudos realizados por Hutton (2005), todos os participantes do estudo referiram a necessidade de ter televisão e vídeo na sala de atividades e televisão na enfermaria.

Em estudos realizados por Honicky & Silva (2009) e Bray (2007), os adolescentes relataram falta de atividades recreativas e de brinquedotecas adaptadas à sua idade. Os adolescentes referem ser importante a existência de jogos de cartas, de tabuleiro, quebra-cabeças, revistas, livros, computador com jogos interativos, internet, jogos eletrónicos e *playstation*.

Nos estudos desenvolvidos por Tivorsak e col. (2004), Chesney e col. (2005) e Viner (2007), as crianças/adolescentes sugeriram mais atividades recreativas, mais jogos, brinquedos e material de leitura, tal como aconteceu no nosso estudo.

No que diz respeito à categoria *Normas* do serviço, todos os entrevistados concordaram com a sua existência. Contudo, referem que poderia haver alguma flexibilidade em determinadas questões, nomeadamente nas questões relacionadas com a subcategoria *Visitas*.

"(...) só podem estar sempre duas pessoas comigo cá em cima, mas acabam por conseguir entrar (...) não pode estar muita gente cá em cima. (...) também é chato quando está alguém do nosso lado e não está a ter visita ou assim e está muita gente." E1; *"(...) se vier pessoal da minha idade é normal que venham aqueles três amigos ou assim e que tenho a mesma relação com todos e tem que estar sempre preocupados a ver quem é que vai primeiro."* E3; *"Para mim não houve assim nenhum impedimento, estava aqui sempre quem eu quisesse. Assim também ajuda a controlar o número de pessoas que estavam cá"* E4; *"(...) quando vêm duas pessoas me ver, tem que vir um de cada vez."* E6; *"Achei que foi suficiente, duas*

peças de cada." E7; *"Se é para estar isolado é para estar isolado [foi o que respondeu ao facto de não ter tido direito a visitas por motivos de isolamento]"* E9.

O nosso estudo corrobora os resultados obtidos nos estudos levados a cabo por Moses (2011) e Azevedo (2012) relativamente à importância que os adolescentes dão as visitas.

Muitas sugestões foram também referidas pelos entrevistados, relativamente ao número de *Visitas* permitidas, nomeadamente:

"(...) nas visitas deviam poder entrar mais acompanhantes, mas não exagerado." E2; *"(...) podiam ser um bocadinho mais flexíveis (...)"* E3; *"(...) deviam deixar passar mais uma pessoa, porque como está uma pessoa permanentemente connosco, pode vir um casal e é um bocadinho chato a mulher ou marido ficar para trás. Eu acho melhor, não sei, mas a pessoa que está permanente connosco ficar lá (...)"* E5; *"Não. Um pouco mais, 3 pessoas."* E6; *"Isso podia ser um bocadinho mais. Dois é pouco e pouquinho tempo. Eu queria que fosse para aí três. Eu acho que era muito, [três visitas] só por algum tempo."* E8; *"Acho que são poucas, duas pessoas (...). O quarto é grande. Não eram todas ao mesmo tempo. Por exemplo numa cama estavam três se ao lado estiver uma ou duas não havia mal."* E10.

O nosso estudo está em concordância com os estudos levados a cabo por Moses (2011) e Azevedo (2012), relativamente às sugestões que os entrevistados dão sobre a possibilidade de terem mais visitas.

Relativamente à subcategoria *Horário das refeições* todos os entrevistados consideraram que era distribuído cedo mas podiam gerir o *timing* da sua ingestão.

"(...) quando chegava do treino 22/23h era aí que eu jantava, e aqui o jantar é às 19/19h30 (...). A Sra. passava lá e eu dizia que ainda não tinha terminado e ela dizia que não fazia mal que ficava lá o tabuleiro (...)" E3; *"Para o que estou habituada aqui servem cedo de mais, sem dúvida. Às vezes não tinha muita fome e comia pouquinho ou comia só o iogurte e assim e não havia problema"* E4; *"(...) era cedo, mas se calhar era complicado servir mais tarde a todos."* E7; *"Muito cedo. Deixar a comida posso, mas depois como fria (...)"* [Depois perguntou-se se alguma vez tinha

pedido para aquecer e o entrevistado respondeu:] *"Por acaso nunca pedi."* E10.

A subcategoria *Vestuário* surge intrinsecamente relacionada com as questões da auto imagem e auto estima como é bem patente nos seguintes discursos dos entrevistados:

"Eu não gosto de pijamas (...) temos outras pessoas à nossa beira e assim, mas quando era mais pequenina não me importava nada com isso, mas tem que ser (...) quando vem alguns amigos ver-me digo à minha mãe para trazer a prancha que tenho que esticar o cabelo (...)" E1; *"Eu já lavo bastante os dentes, mas lavava mais vezes para me sentir bem comigo. Mas não tinha problema em usar pijama."* E3; *"Eu sinto-me bastante confortável com o pijama (...).Torna-se um bocadinho mais "coitadinho". É isso incomoda um bocadinho (...) não gosto muito que as pessoas me vejam como coitadinha. Pegava numa escova e gostava de pôr um penteado (...) se me vissem como estão mais habituados a ver, se calhar não perguntavam tanto."* E4; *"Estar de pijama é mais confortável."* E6; *"(...) como não tinha muitas visitas dos meus colegas, não me importava de estar de pijama (...)"* E7; *"(...) o pijama era um bocadinho quente."* E8; *"(...) se tivesse que estar sempre de pijama não tinha problema nenhum."* E9; *"Não gosto nada de usar pijama e no primeiro dia principalmente. (...) Não queria ir estar a ir para a cama se não estava doente. (...) Não gostava de receber as minhas visitas e estar ali de pijama."* E10.

A adolescência é a etapa em que ocorrem as maiores transformações no ser humano durante toda a vida. Surgem mudanças corporais que advêm do desenvolvimento da sexualidade e dos caracteres sexuais, o que acarreta profundas alterações na auto imagem e auto estima do adolescente, o que influencia as suas atitudes e comportamentos e que devem interessar aos enfermeiros enquanto cuidadores, pois a sua insatisfação pode afetar o bem estar do adolescente. O desenvolvimento de uma imagem corporal satisfatória na adolescência é importante pelo que a doença ou a deficiência pode afeta-la e como seres sociais necessitam da aprovação dos outros na formação da identidade e do sentimento de pertença e bem-estar (Price, 2009).

Quanto mais o adolescente se sentir satisfeito com a sua aparência e capaz de utiliza-la como mediador de relações sociais de sucesso, melhor se

desenvolverá como indivíduo e mais feliz se sentirá (Krayner et al., 2008, cit. por Price, 2009).

Antes de gostarmos de nós próprios, de nos respeitarmos e viver harmoniosamente em sociedade, temos que gostar e acreditar no nosso corpo (Price, 2009). Segundo Santos (2007), um dos primeiros autores a definir imagem corporal foi Silder em 1980, sugerindo que a mesma é o desenho que na nossa mente formamos do nosso próprio corpo ou a forma como o vemos. Collins, 1981 Cit., por Santos, 2007, p. 324:

“(...) define imagem corporal como uma representação mental ou uma constelação de representações do próprio corpo que se altera, gradualmente, ao longo da vida, à medida que o corpo se desenvolve e se modifica. A precisão da imagem depende da medida de ajustamento entre a realidade e o ritmo de mudança corporal”.

Os adolescentes precisam de gostar do seu corpo, valoriza-lo como algo importante e que é seu, contudo muitos visualizam-se de forma distorcida. A imagem corporal é muito mais uma questão de atitude do que uma realidade. Uma auto avaliação negativa pode ter um forte impacto na auto estima (Rosenblum e Lewis, 1999, cit. por Berger, 2003). "A imagem corporal está no coração da adolescência" (Ferron, 1997 cit. por Berger, 2003, p. 252).

A satisfação com a imagem corporal é considerada como um fator essencial no desenvolvimento de uma boa saúde mental, de boas relações sociais, de um estilo de vida produtivo e do bem-estar em geral (Vasconcelos, 1995 e Castelo-Branco et al., 2001, cit. por Santos, 2007).

“(...) o corpo e a imagem corporal são factores que influenciam o desenvolvimento do autoconceito e da auto-estima, construtos fundamentais da personalidade que se desenvolve ao longo da história de cada um, num processo contínuo de aprendizagem social" (Pereira, 1991, cit. por Santos, 2007, p. 325).

Segundo Bee e Boyd (2011), o autoconceito contém uma vertente avaliativa, denominado por autoestima, que é definida como:

“(...) a maneira como aceitamos quem somos, física, psicológica e intelectualmente, e como valorizamos os nossos feitos e nos orgulhamos de nós, sem deixar de saber reconhecer defeitos, erros ou corrigir atitudes e comportamentos (...). Ter boa auto-estima é muito importante, porque gostarmos de nós é uma peça essencial que serve de factor protector para quando as coisas não correm exatamente como desejavamos. É uma característica que nos mpara quando nos desanimamos ou nos sentimos sós. É o que nos ajuda a dar a volta e vencer" (Cordeiro, 2009, p. 240).

Cada componente da autoestima é valorizado de forma diferente por diferentes adolescentes. Toda a criança/adolescente experimenta algum grau de

discrepância entre o que gostaria de ser, "self" ideal e o que acha que é, "self" real. Quando a discrepância é pequena a auto estima é geralmente alta (Bee e Boyd, 2011). Os padrões não são os mesmos para todas as crianças/adolescentes. Cada um valoriza determinadas habilidades, capacidades e competências de forma distinta.

Uma influência importante na autoestima do adolescente é o sentimento de pertença e apoio que sente das pessoas importantes na sua vida, em particular pais e amigos (Harter, 2006, cit. por Bee e Boyd, 2011). Durante a adolescência, a auto estima desenvolve-se principalmente no contexto dos relacionamentos com os amigos. Algumas pesquisas sugerem que a autoconfiança e auto estima permanecem bastante altas até aos 11, 12 anos e depois tende a diminuir (American Association of University Women Educational Foundation, 1992; Brown e Gilligan, 1990, cit. por Papalia et al., 2010).

"Na adolescência, o corpo e a mente mudam de uma maneira muito rápida, causando alguma perplexidade e o sentimento de não se saber quem se é ou quem se vai ser (...) não tendo ainda os parâmetros e critérios de auto-avaliação bem definidos, necessitam muito da aprovação externa (...) dos amigos, familiares e pessoas em geral. As críticas dos outros podem, assim, ser sentidas como muito penalizadoras sobre a auto-imagem ou a auto-estima" (Cordeiro, 2009, p. 240-41).

Adolescentes que desenvolvam um sentido de identidade forte e alta auto estima estarão mais preparados para aproveitar oportunidades sociais, como as associadas à carreira profissional, educação, encontrar um parceiro sexual e gerir conflitos e problemas que possam afetar a sua saúde ou a sensação de bem-estar (Gilliland et al., 2007, cit. por Price, 2009).

De acordo com Cordeiro (2009), uma auto imagem positiva, permite que a pessoa goste do seu "Eu" e se aceite como é, apresentando mais imunidade para fazer frente às dificuldades e obstáculos ao longo do seu percurso de vida, como por exemplo uma situação de hospitalização.

A aceitação ou rejeição pelo grupo de pares marca profundamente a vida do adolescente e a impossibilidade de se relacionar com os mesmos, pode criar perturbações de relacionamento ao longo da vida (Cordeiro, 2009).

A identificação na forma de vestir; pentear; preferências musicais; tipo de linguagem utilizada; normas de conduta e comportamentos com o grupo de pares é por vezes tão intensa que os adolescentes tendem a querer assemelhar-se, perdendo temporariamente a identidade pessoal assumindo mais uma identidade de grupo (Bekaert, 2005). Esta ambivalência assume um dos grandes paradoxos desta fase desenvolvimental, pois o jovem procura afirmar-se como ser individual

de personalidade própria mas ao mesmo tempo anseia ser igual ao seu grupo de pares (Papalia et al., 2010).

Segundo o estudo realizado por Hutton (2005), os adolescentes sentem-se incomodados em andar pelo serviço de pijama devido a questões relacionadas com a sua aparência, tal como aconteceu neste estudo.

Price (2009) concluiu que muitos adolescentes que ficaram com a sua imagem corporal alterada por doença ou incapacidade evitavam contextos sociais e relações íntimas.

De acordo com estudos realizados por Helseth e Misvaer (2010), os adolescentes consideram que ter qualidade de vida implica uma auto imagem positiva, usufruindo de boas relações de amizade e familiares e sentimento de pertença. Os adolescentes valorizam sentir-se bem consigo mesmo, auto confiança, respeito mútuo e serem elogiados.

Alguns dos participantes deste estudo preferiam não usar pijama durante o dia e a maioria concordou que a decisão devia de ser de cada um, daí sugerirem o seu uso opcional.

"(...) durante o dia podia andar com a minha roupa (...)" E1; "(...) é melhor usar pijama, para andar mais confortável, às vezes podemos estar mais a vontade a brincar na sala (...)" E2; "(...) acho que até o pijama é o mais apropriado, mais confortável. (...) Fato treino talvez, se fosse mais confortável para a pessoa e a pessoa se sentisse melhor." E5; "Sim um bocado. Não era estar com roupa de sair e assim mas outra roupa. Só quando fosse para a operação pôr pijama ou bata." E6; "Ao critério de cada um também não, mas mais leve no que se podia vestir não fazia mal nenhum." E9.

Os entrevistados consideraram que em relação à subcategoria *Saídas do serviço* para passear ao ar livre, seria uma atividade que ajudaria na recuperação como explícito nos seguintes excertos:

"Com acompanhamento ou não, um passeiozinho acho que também é bom. Ar puro, o som dos pássaros. Acho que é propício à recuperação." E3; "(...), ajudava a descontrair, sempre não estaríamos dentro de quatro paredes." E4; "Para as pessoas que estão lá mesmo muito tempo acho que era bom, para sair daquele ambiente." E5; "(...) era uma boa ideia, especialmente em períodos longos de internamento, em que a pessoa realmente não estava tanto tempo fechada (...)" E7; "Se estivesse assim muito tempo

(...). *Sim, ajudava.*" E9; *"Já quando venho ao corredor já me sabe pela vida. Acho que ajuda a ficar melhor, não estar aqui sempre fechado tanto tempo."* E10.

Quando questionados como ocupavam os tempos livres a maioria referia atividades ao ar livre com o grupo de amigos, o que denota para além da importância que os amigos assumem nesta faixa etária, a importância que dão a não estar em ambientes fechados, mas sim ao ar livre.

"(...) gosto de passear com os meus amigos (...)" E3; *"Como é que ocupo os meus tempos livres? (...) com os amigos (...)"* E4; *"(...) paro no jardim perto de casa com os amigos para conversarmos, para jogarmos um desporto qualquer (...)"* E7; *"(...) sair com os amigos e às vezes namorada"* E10.

Todos os entrevistados foram perentórios a afirmar que só viam benefícios nas *Saídas do serviço*, sugerindo a sua possibilidade.

"(...) sair do serviço era perfeito (...). Adorava (...)" E4; *"Sim. Sair um bocado, ir um bocado até lá em baixo."* E6; *"(...) vinha cá fora arejar."* E7; *"(...) deveria haver qualquer coisa assim (...)"* E9; *"Mesmo que fosse dar uma volta ao parque dos automóveis."* E10.

O nosso estudo está em concordância com o estudo levado a cabo por Azevedo (2012) relativamente à necessidade dos adolescentes em passear ao ar livre, uma vez que a adolescência é uma fase de exploração, procura de autonomia e liberdade.

Alguns entrevistados do estudo de Honicky & Silva (2009), referiram que a presença de jardins exteriores de passeio contribuiu para diminuir o impacto negativo da hospitalização.

Por último, das entrevistas emergiu a categoria *Estruturas de apoio*, que os adolescentes identificam como promotoras de uma experiência hospitalar mais enriquecedora e menos negativa. Abordam a importância de uma parceria com a *Escola* (subcategoria inerente), no sentido de reduzir a taxa de insucesso devido ao período de ausência escolar associado ao internamento.

"(...) perguntava-me a matéria e eu dizia. Podíamos fazer testes. Isso era bastante bom. Pois. E alguns como não tinha estudado tirei negativa." E2;

"Género skype? Até cheguei a falar com um amigo meu que isso é que era fixe (...) assim o utente não está preocupado com perder as aulas e mesmo assim está a recuperar devagarinho e não tem a preocupação em faltar às aulas e em arranjar os apontamentos." E3; "Era bom que houvesse, mas também temos que pensar na disponibilidade aqui dos serviços, é difícil conciliar tudo. Sim, houve uma ou outra aula que perdi (...) se fosse assim no meio do ano dava muito jeito, porque interferia bastante. Apanhava-se sempre alguma informação." E4; "(...) acho que era bom ter lá uma pessoa para tentar pôr-nos mais a par do que se passa." E5; "(...) é um bocado mau perder as aulas, era importante se tivermos muito tempo internados no hospital." E6; "(...) acho importante (...). Acompanhar, para não ficar tão atrasada." E7; "Sim que aí acompanhava o que a minha turma estava a fazer." E8; "Obviamente, dava jeito. Para ser mais regular o estudo, para depois não ter que andar a voltar atrás a ver o que se perdeu." E9; "(...) para quem gosta de aprender e quer passar sim. É mais fácil apanhar a matéria. (...) Fazer os testes e assim era fixe." E10.

Um entrevistado falou na vontade em fazer *Voluntariado*, emergindo desta forma como subcategoria do estudo como expresso na seguinte unidade de registo:

"Eu gostava, sempre tive curiosidade em fazer voluntariado nas férias (...)" E1.

A última subcategoria que emergiu da categoria Estruturas de Apoio foi a *Grupos de ajuda de adolescentes*, referido por dois entrevistados como promotores de melhores experiências hospitalares.

"(...) [a médica] pediu-me para fazer o favor de ir falar com ele [outro adolescente com diabetes internado] lá em cima (...) quando estamos internados sentimos as pessoas a chegar, sentimos o ar de lá de fora e ficamos lixados, aí é que nos arrependemos." E1; "(...) vínhamos eu e a minha equipa e estávamos um pouco com os miúdos, fazer uns joguinhos, a animar, passar tempo com eles. (...) partilhar a minha experiência com eles, estar um bocadinho com eles." E3.

De acordo com resultados obtidos por Moses (2011), a terapia de grupo foi referida como um dos aspetos positivos do internamento, por proporcionar

oportunidade de as pessoas se expressarem, de se abrirem aos outros com problemas semelhantes, ouvir as histórias de outros, aperceberem-se que não estão sozinhos e debater estratégias de *coping*. Alguns dos participantes referiram que ao socializar e ajudar os outros com a partilha da sua história promoviam o seu bem-estar pessoal.

O nosso estudo como o estudo desenvolvido por Araújo e col. (2011), concluíram que os adolescentes valorizam a criação de grupos de apoio.

CONCLUSÃO

Definir o que é a adolescência é problemático e controverso, sendo geralmente associada a um período complexo do ciclo vital. São inúmeras as definições, sendo discutíveis os limites deste período, havendo variações significativas de indivíduo para indivíduo sobre quando se inicia e ainda mais quando termina. Assim, não se define pela idade cronológica ou por parâmetros antropométricos, mas sim pelas interrogações que angustiam o adolescente, pelos seus desejos, temores, expectativas e busca da sua identidade própria.

A adolescência é uma fase do ciclo de vida que não deve ser vista como um estágio de desenvolvimento estanque no tempo ou associado a determinadas manifestações, mas sim como um período dinâmico de transição (Ferreira, 2008).

O atendimento ao adolescente visa o acompanhamento de todas as transformações típicas desta fase desenvolvimental, constituindo o espaço e o tempo ideal para esclarecimento de dúvidas, partilha de experiências, prevenção e detecção precoce de disfunções/alterações, assim como acompanhamento dos processos e estratégias de resolução das diferentes crises que caracterizam esta fase. Na assistência ao adolescente, a equipa de saúde deve proporcionar cuidados integrais, evitando juízos de valor por incompreensão do processo adaptativo adolecer (Maas, 2006).

É fundamental que o enfermeiro tenha sensibilidade para captar as necessidades do adolescente, que possua as competências para empreender e estimular ações inovadoras e disponha de flexibilidade para se adaptar às situações com que se deparam nas relações e interações do quotidiano das organizações de saúde (Backes et al., 2008).

A adolescência é um período da vida associado à saúde, pelo que a taxa de internamento de adolescentes é menor do que nas crianças ou adultos, tornando-os desta forma os utilizadores menos frequentes dos serviços de saúde. Assim, a inadequação de muitos serviços de saúde face a este grupo de clientes é justificado por algumas destas razões. As recomendações internacionais e nacionais sugerem, no entanto, que atendendo à individualidade e especificidade das necessidades e problemas dos adolescentes, estes devem ser tratados como

um grupo distinto em matéria de saúde, justificando-se que sejam internados em unidades especialmente concebidas para eles, contudo, em Portugal, existem poucas unidades autónomas de internamento de adolescentes e existe considerável heterogeneidade nos modelos organizativos das instituições (DGS, 2006).

Idealmente deveria existir uma estrutura física projetada para o acolhimento a adolescentes, dotada de recursos como atividades lúdicas e pedagógicas que estimulasse a socialização e promovessem momentos de lazer, não esquecendo também espaços que permitissem privacidade para os seus momentos de reflexão (Almeida et al., 2007).

O Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ), aprovado em 2006, realça a necessidade de reorganizar e criar estruturas a nível hospitalar que estejam efetivamente adaptadas a este grupo etário, assegurando a qualidade e humanização dos cuidados. A existência de unidades hospitalares de qualidade para adolescentes implica que a organização das mesmas, para além de responder de forma adequada ao diagnóstico que motivou o internamento, deve apresentar as condições necessárias para que a experiência decorra com o menor dano possível em termos afetivos e psicossociais para o adolescente/família (DGS, 2006).

O contexto do nosso estudo não representa uma unidade autónoma de internamento de adolescentes mas antes um serviço de pediatria, pelo que, com este estudo, pretendeu-se compreender a perspetiva dos adolescentes sobre a experiência de internamento na ULSM, no sentido de contribuir para a melhoria do seu atendimento, humanizar os cuidados e melhorar a vivência da hospitalização na adolescência neste contexto.

Do estudo emergiram os seguintes temas: Representações sobre a Equipa de Saúde, com as categorias Enfermeiros, Educadora de Infância, Assistentes Operacionais e Médicos; Vivências do Internamento, em que as categorias correspondentes são: Sentimentos/Emoções/Atitudes, Suporte Social, Contributos e Perceção sobre o Motivo de Internamento. Por fim emergiu o tema Representações sobre a Organização do Serviço que se dividiu em três categorias, sendo elas a Estrutura física, as Normas e as Estruturas de apoio.

Os resultados do estudo permitiram concluir que: os adolescentes destacam a interação enfermeiro/cliente, considerando-a eficaz na vertente comunicacional, relacional e negociação de cuidados com o próprio e com os pais, levando-nos a considerar que o Modelo de Cuidados em uso no serviço é o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey; no geral os adolescentes estão agradados com a restante equipa de saúde; os sentimentos/emoções e atitudes mais

vivenciadas pelos adolescentes e por eles verbalizadas foram a solidão, o medo, a tristeza, o tédio, a saudade, a ambivalência de sentimentos, a adaptação e a preocupação; valorizam também o suporte emocional dos amigos e familiares em contexto hospitalar e referem que o tiveram; consideram ter obtido contributos no seu desenvolvimento psicossocial com a experiência de internamento; percecionam o motivo de internamento ou com vista à cura ou por punição e consideram que existem questões organizacionais, como a logística das enfermarias; sala recreativa e material de apoio disponível inadequado ao seu desenvolvimento; regime de visitas restrito; uso de pijama obrigatório; impossibilidade de se ausentarem do serviço, que influenciaram a sua experiência de internamento.

Destacam-se as sugestões que os adolescentes fizeram com o intuito de melhorar a experiência de internamento na adolescência, nomeadamente a possibilidade de fazer voluntariado, constituir grupos de ajuda a adolescentes e estabelecer uma parceria com a escola, no sentido de acompanhar o conteúdo programático que é lecionado no período em que estão internados e impossibilitados de frequentar a escola.

Cada opinião vale por si, todos os discursos têm igual relevância e não se trata de uma questão frequencial. Valoriza-se cada opinião como única.

No decurso do estudo surgiram algumas limitações, tais como, a carência de estudos nacionais e internacionais na área do internamento na adolescência o que nos limitou a discussão dos resultados obtidos, mas também a acessibilidade à população em estudo e a indisponibilidade por parte da população do estudo por diferentes motivos, nomeadamente: alguns adolescentes não terem consulta agendada no período de colheita de dados; faltarem à consulta e respetiva entrevista; não responderem ao contato telefónico ou não aceitarem participar no estudo.

É imprescindível que o enfermeiro desenvolva afinidade com o cliente, demonstre interesse em conhecer a sua história de vida e possua conhecimentos e habilidades técnico-científicas e humanas na área da adolescência. A capacitação das equipas que cuidam de adolescentes hospitalizados é fundamental, pois tendo conhecimento profundo das transformações consequentes ao desenvolvimento da adolescência, das alterações decorrentes da doença e do processo de hospitalização, poderão desenvolver um atendimento direcionado para as necessidades destes clientes, tornando desta forma a experiência de hospitalização mais agradável.

Urge a necessidade de mais estudos nesta área, pelo que é nosso desejo que este estudo impulse outros colegas a desenvolver pesquisas sobre o internamento dos adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Inez; RODRIGUES, Benedita; SIMÕES, Sonia - *Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado* [Em linha]. Rev. Sociedade Brasileira Enfermagem. Vol. 58, nº 2 (Abr 2005), p. 147-151. [Consult. 8 Nov 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a03.pdf>

ALMEIDA, Inez; RODRIGUES, Benedita; SIMÕES, Sonia - *Artigo de reflexão: Hospitalização do Adolescente* [Em linha]. Rev. Sociedade Brasileira Enfermagem Pediátrica. Vol. 7, nº 1 (Jul 2007), p. 33-9. [Consult. 8 Nov 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol7-n1/v.7_n.1-art4.refl-hospitalizacao-do-adolescente.pdf

ARAÚJO, Maria; OLIVEIRA, Fabíola - *A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional* [Em linha]. Rev. Eletrônica de Ciências Sociais. Nº 14 (Set 2009), p. 03-14. [Consult. 7 Abr 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%9ADE_TEXT%20I_ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20ENFERMEIRO.pdf

ARAÚJO, Marize; ROCHA, Paulo - *Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família* [Em linha]. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 12, nº 2 (2007), p. 455 - 464. [Consult. 7 Abr 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>

ARAÚJO, Yana; COLLET, Neusa; GOMES, Isabelle; AMADOR, Daniela - *Saberes e Experiências de Adolescentes Hospitalizados com doença crônica* [Em linha]. Rev. Enfermagem UERJ. Vol. 19, nº 2 (2011), p. 274-9. [Consult. 18 Abr 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a17.pdf>

AUJOULAT, Isabelle; SIMONELLI, Fabrizio; DECCACHE, Alain - *Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review* [Em linha]. Vol. 61, nº 1 (2006), p. 23-32. [Consult. 18 Abr 2013]. Disponível na Internet:<URL:http://scholar.google.pt/scholar?q=Health+promotion+needs+of+children+and+adolescents&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=KAZ3UfmyOorLPZilgMgP&ved=0CCgQgQMwAA

AZEVEDO, Ana Isabel - *O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição?* [Em linha]. Revista Adolescência e Saúde, Vol. 9, nº3 (Jul 2012), p.21-28. [Consult. 20 Dez 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327#

BACKES, Dirce; BACKES, Marli; SOUSA, Francisca; ERDMANN Alacoque - *O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde*. [Em linha]. Rev. Ciências Cuidados de Saúde, Vol. 7, nº3 (Jul 2008), p.319-326. [Consult. 07 Abr 2013]. Disponível na Internet:<URL: <http://pt.scribd.com/doc/58629494/o-Papel-Do-Enfermeiro>

BARDIN, Laurence - *Análise de conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70, Lda, 2011.

BARROS, Luisa - *Psicologia Pediátrica: Prespectiva desenvolvimentalista*. Manuais Universitários, Vol. 13. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN: 972-796-081-2.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James - *Princípios de ética biomédica*. 4ª Edição. Barcelona: 1999. ISBN: 84-458-0480-4.

BEE, Helen; BOYD, Denise - *A criança em desenvolvimento*. 12ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BEKAERT, S - *Adolescents and sex: The handbook for professionals working with young people*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.

BERGER, Kathleen - *O desenvolvimento da pessoa: da infância à terceira idade*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto editora, 2010.

BRAY, Lucy - Experiences of young people admitted for planned surgery [Em linha]. *Paediatric Nursing*, Vol. 19, nº 5 (JUN 2007), p. 14-18. [Consult. 20 Dez 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=c0653a20-f279-4385-8e76-943a40b90f14%40sessionmgr12&hid=10>

BRITTO, Maria; TIVORSAK, Tanya; SLAP, Gail B - *Adolescents' Needs for Health Care Privacy* [Em linha]. *American Academy of Pediatrics*, Vol. 126, nº 6 (DEZ 2010), p. 1469-1476. [Consult. 20 Dez 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/6/e1469.full.pdf+html>

BYCZKOWSKI, Terri; KOLLAR, Linda; BRITTO, Maria - *Family Experiences with outpatient care: Do Adolescents and Parents have the same perceptions?* [Em linha]. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 47, nº 1 (Jan 2010), p. 92-98. [Consult. 8 Nov 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c0653a20-f279-4385-8e76-943a40b90f14%40sessionmgr12&vid=6&hid=128>

CARNEIRO, Sílvia - *As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de Enfermagem nos serviços de Pediatria*. ICBAS, 2010. Dissertação de Mestrado em Ciência de Enfermagem.

CHALIFOUR, Jacques - *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Vol. 1. Loures: Lusodidacta, 2008.

CHESNEY, Mary; LINDEKE, Linda; JOHNSON, Lauren et al - *Comparison of child and parent satisfaction ratings of ambulatory pediatric subspecialty care* [Em linha]. *Journal of Pediatric Health Care*, Vol. 19, nº4 (Aug 2005), p. 221-229. [Consult. 8 Nov 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c0653a20-f279-4385-8e76-943a40b90f14%40sessionmgr12&vid=4&hid=128>

CORDEIRO, M. - *O grande livro do Adolescente: Dos 10 aos 18 anos*. 1ª Edição. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2009.

CUNHA, Isabel; MARQUES, Maria - *A construção do Eu adolescente na relação com o(s) Outro(s): O igual, o diferente e o complementar através do Rorschach* [Em linha]. *Análise Psicológica*, Vol. 3, nº1 (2009), p. 247-257. [Consult. 8 Nov 2011]. Disponível na Internet:<URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=78904c25-1670-4951-b6c1-39cfeda47aff%40sessionmgr13&hid=19>

DAMÁSIO, A. - *O sentimento de si: O corpo, a emoção e a Neurobiologia da consciência*. 15ª Edição. Mem Martins: Publicações Europa-América, 2004.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE- *Biblioteca virtual em saúde*. [Em linha].(2013). [Consult. 11 Abr 2013]. Disponível na Internet:<URL: <http://decs.bvs.br/>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. - *Saúde dos jovens em Portugal: elementos de caracterização* [Em linha]. (Out. 2005). [Consult. 12 Jan 2013]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007891.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. - *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010* [Em linha]. (Maio 2006). [Consult. 12 Jan 2013]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Programa%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAdede%20dos%20Jovens%20Portugal%202010.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* [Em linha]. (2012a). [Consult. 16 Fev 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Departamento da Qualidade na Saúde - *Sistema SIM-Cidadão: Relatório 2011* [Em linha]. (2012b). [Consult. 23 Mar 2013]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017530.pdf>

FARREL, M. - *Partnership in care: Pediatric Nursing Model*. *British Journal of Nursing*. Vol. 1, nº4 (Junho 1994), p. 175-176. ISSN 0966-0461.

FERREIRA, Maria Margarida - *O Internamento na adolescência*. ICBAS, 1996. Dissertação de Mestrado Ciências de Enfermagem.

FERREIRA, Maria Margarida - *Estilos de vida na adolescência: De necessidades em saúde à intervenção de enfermagem*. ICBAS, 2008. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

FONSECA, H. - *Viver com Adolescentes*. 3ª Edição. Lisboa: Editorial Presença, 2005.

FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

GUERRA, Isabel Carvalho - *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo*. Cascais: Príncipia Editora, 2010.

HELSETH, Solvi; MISVAER, Nina - *Adolescent's perceptions of quality of life: what it is and what matters* [Em linha]. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 19, (2010), p. 1454-1461. [Consult. 20 Dez 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=78904c25-1670-4951-b6c1-39cfeda47aff%40sessionmgr13&hid=19>

HESBEEN, W. - *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-20-7.

HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, W. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2011.

HONICKY, Marilise; SILVA, Rosanna R. - *O Adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração* [Em linha]. *Psicologia Hospitalar*, Vol. 7, nº1 (2009), p. 44-67. [Consult. 20 Dez 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v7n1/v7n1a04.pdf>

HUTTON, Alison - *How adolescent patients use ward space* [Em linha]. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 66, nº8 (2010), p. 1802-1809. [Consult. 20 Dez 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=78904c25-1670-4951-b6c1-39cfeda47aff%40sessionmgr13&hid=19>

HUTTON, Alison - *An adolescent ward: in name only?* [Em linha]. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17 (2007), p. 3142-3149. [Consult. 20 Dez 2012].

Disponível na Internet:<URL:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=78904c25-1670-4951-b6c1-39cfeda47aff%40sessionmgr13&hid=19>

HUTTON, Alison - *Consumer perspectives in adolescent ward design* [Em linha]. Journal of Clinical Nursing, Vol. 14, nº1 (2005), p. 537-545. [Consult. 8 Nov 2011]. Disponível na Internet:<URL:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=78904c25-1670-4951-b6c1-39cfeda47aff%40sessionmgr13&hid=19>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE/ICNP. Versão 2.0. Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

LAZURE, H. - *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

LENT, R. - *Neurociência da mente e do comportamento*. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2008.

LOPES, Natália - *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

LOPES, N. M. - *Recomposição Profissional da Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

MAAS, Tânia - *O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crônica sob a ótica da enfermagem* [Em linha]. Paraná: [Dissertação de Mestrado em Ciência de Enfermagem apresentado na Universidade Federal do Paraná], 2006. [Consult. 8 Nov 2011]. Disponível na Internet:<URL:
<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oTaniaMaas.pdf>

MARTIN, Doris; BOECK, Karin - *QE: O que é a Inteligência Emocional*. 2ª Edição. Lisboa: Pergaminho, 1999.

MATOS, M. G.; SIMÕES, C.; TOMÉ, C. [et al] - *Sexualidade, Afectos e Cultura: Gestão de Problemas em Meio Escolar*. 1ª Edição. Lisboa: Edições Coisas de Ler,

2010.

MELEIS, A. [et al] - *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*. Vol 23, nº1 (Sept. 2000), p. 12-28.

MILLER, K. E.; BARNES, G. M.; MELNICK, M. J.; SABO D. F.; FARRELL, M. P. - *Gender and racial/ethnic differences in predicting adolescent sexual risk: athletic participation versus exercise*. *Journal of Health and Social Behavior*. Nº 43 (2002), p. 436-450.

MORGAN, Helen - *Single and shared accommodation for young patients in hospital* [Em linha]. *Paediatric nursing*, Vol. 22, nº8 (Out 2010), p. 20-4. [Consult. 20 Dez 2012]. Disponível na Internet:<URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=31&sid=78904c25-1670-4951-b6c1-39cfeda47aff%40sessionmgr13&hid=19>

MOSES, Tally - *Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization: what is helpful and what is not?* [Em linha]. *Psychiatr Q*, Vol. 82, (2011), p. 121-137. [Consult. 20 Dez 2012]. Disponível na Internet:<URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=78904c25-1670-4951-b6c1-39cfeda47aff%40sessionmgr13&hid=19>

NIGRO, M. - *Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. [Em linha] (2003). [Consult. 22 Mar 2013]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/competenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. [Em linha]. *Cadernos OE, Série I, Vol. 1, nº3* (2010). [Consult. 22 Mar 2013]. Disponível na Internet:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf

ORIÁ, Mônica; MORAES, Leila; VICTOR, Janaína - *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*. Revista Eletrônica de Enfermagem, Vol. 6, nº2, p. 292-297, 2004. PAPALIA, Diane; OLDS, Sally; FELDMAN, Ruth - *Desenvolvimento Humano*. 10ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PARREIRA, Pedro - *Organizações*. Coimbra: Formasau, 2005.

PHANEUF, Margot - *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005.

PRICE, Bob - *Body image in adolescents: insights and implications* [Em linha]. Paediatric nursing, Vol. 21, nº5 (Jun 2009), p. 38-43. [Consult. 20 Dez 2012].

Disponível na Internet:<URL:

<http://nursingchildrenandyoungpeople.rcnpublishing.co.uk/archive/article-body-image-in-adolescents-insights-and-implications>

RIBEIRO, José Luís Pais - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª Edição. Porto: Livpsic, 2010. ISBN 978-989-8148-46-9.

RODRIGO, M. J.; MÁIQUEZ, M. L.; GARCÍA, M.; MEDINA, A.; MARTÍNEZ, M. A.; MARTÍN, J. C. - *La influencia de las características personales y contextuales en los estilos de vida en la adolescencia: aplicaciones para la intervención en contextos de riesgo psicosocial*. Anuário de Psicologia, Vol. 37, nº3, (Dez 2006), p. 259-276.

ROYAL COLLEGE OF NURSING - *Transition care Guidance for nursing staff* [Em linha]. (Out 2004). [Consult. 18 Abr 2013]. Disponível na Internet:<URL: <https://www.bspar.org.uk/DocStore/FileLibrary/PDFs/RCNGuidanceAdolescentTransitionalCare.pdf>

SANTO, P. - *Introdução à metodologia das ciências sociais: génese, fundamentos e problemas*. Lisboa: Edições Sílabo, 2010.

SANTOS, P. - *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

SHAFFER, David - *Psicologia do Desenvolvimento: Infância e Adolescência*. 6ª Edição. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

SMITH, L.; COLEMAN, V.; BRADSHAW, M. - Family-centred Care: Using the Practice Continuum Tool. In GLASPER, A.; RICHARDSON, J. - *A Textbook of Children's and Young People's Nursing*. Churchill Livingstone: Elsevier, 2006.

SNYDER, C.R.; SHANE, J. - *Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOARES, Ana; MARQUES, Maria - *Crescer por dentro - A barreira de contacto no processo adolescente através do Rorschach* [Em linha]. *Análise Psicológica*, Vol. 3, nº1 (2009), p. 259-267. [Consult. 8 Nov 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&sid=78904c25-1670-4951-b6c1-39cfeda47aff%40sessionmgr13&hid=19>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - *Requisitos de atendimento ao adolescente*. Portugal: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009.

SPRINTHALL, N.; COLLINS, W. - *Psicologia do Adolescente - Uma abordagem desenvolvimentista*. 3ª Edição. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. - *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2002.

TIVORSAK, Tanya et al - *Are Pediatric Practice settings adolescent friendly? An exploration of attitudes and preferences*. [Em linha]. *Clinical Pediatrics* (JAN/FEV 2004), p. 55-61.[Consult. 8 Nov 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5043c751-7fa4-439b-b405-340c1efa5319%40sessionmgr12&vid=5&hid=10>

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - *Dados Estatísticos sobre o Internamento de Adolescentes no Serviço de Pediatria nos anos 2011 e 2012*. Matosinhos: ULSM, 2013.

VINER, Russell M. - *Do Adolescent Inpatient wards make a difference? Findings from a National young patient survey* [Em linha]. *Journal of the American*

Academy of Pediatrics, Vol. 120, nº4 (2007), p. 749-755. [Consult. 20 Dez 2012]. Disponível na Internet:<URL:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/120/4/749.full.pdf+html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Nutrition in adolescence - Issues and challenges for the health sector: Issues in adolescent health and development*. [Em linha].(2005). [Consult. 2 Fev 2013]. Disponível na Internet:<URL:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593660_eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Child and adolescent health: Adolescent Health*. [Em linha].(2013). [Consult. 20 Jan 2013]. Disponível na Internet:<URL:
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/adolescent-health>

ANEXOS

Anexo I - Instrumento de colheita de dados - Guião da Entrevista

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A PERSPETIVA DOS ADOLESCENTES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE INTERNAMENTO NA
ULSM

GUIÃO DA ENTREVISTA

Carla Armanda Moreira Carvalho

Porto | 2012

Identificação do Entrevistado

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Que idade tens? _____
3. Quantos irmãos tens? _____
4. Com quem vives? _____
5. Em que Escola estudas? _____
6. Qual o ano de escolaridade que frequentas? _____
7. Nº de dias de internamento _____
8. Diagnóstico de Internamento _____
9. Já tinhas tido outros internamentos? Sim Não
10. Quais?

Bloco temático	Objetivos específicos	Tipo de perguntas
<p>Bloco A</p> <p>Motivação para a entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legitimar a entrevista ▪ Contextualizar a entrevista ▪ Assegurar a confidencialidade ▪ Dar a conhecer os objetivos do estudo ▪ Entregar e obter o consentimento informado do adolescente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tens alguma dúvida que possa esclarecer ou alguma curiosidade sobre o trabalho que vou desenvolver?
<p>Bloco B</p> <p>Experiências associadas ao internamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a experiência de internamento dos adolescentes no serviço de pediatria da ULSM 	<ul style="list-style-type: none"> • Se tivesses que explicar a um amigo o que é estar internado, o que dirias? • Descreve-me uma experiência significativa que tenha ocorrido durante o período de internamento. • Como é que te sentiste durante o internamento?
<p>Bloco C</p> <p>A equipa de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar a perceção dos adolescentes sobre a equipa de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a tua opinião sobre o atendimento dos Enfermeiros durante o internamento?

saúde		<ul style="list-style-type: none"> • Qual a tua opinião sobre o atendimento dos outros elementos da equipa de saúde durante o internamento?
<p>Bloco D</p> <p>Serviço de internamento para adolescentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a opinião dos adolescentes sobre a estrutura física do serviço de pediatria da ULSM ▪ Conhecer a opinião dos adolescentes sobre o serviço de internamento ideal para adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a tua opinião sobre o serviço de internamento de pediatria da ULSM? • Qual a tua opinião sobre a estrutura física do serviço de pediatria da ULSM? • Que sugestões gostarias de dar para melhorar o serviço de internamento da ULSM? • Qual a tua opinião sobre o serviço de internamento ideal para adolescentes?

Anexo II - Autorização deliberada pelo Conselho de Administração

Autorização para recolha de dados

Olivia Pestana

Enviado: sexta-feira, 16 de Março de 2012 8:44

Para: carlinha_carvalho@io.pt

Importância: Alta

Exma. Senhora
Enfª Carla Carvalho,

Em resposta à solicitação de v. Exa. relativamente ao pedido de autorização para a realização do estudo intitulado "A perspectiva das adolescentes sobre a experiência hospitalar na ULSM", venho informar que o pedido foi autorizado em reunião do Conselho de Administração de 13 de Março de 2012, após parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais informo que deve ser dado conhecimento ao SEGIC da produção científica sob a forma de artigos, conferências, livros, teses, relatórios de livre acesso, etc., devendo ser depositado um exemplar na Biblioteca, sempre que possível em suporte electrónico.

Com os melhores cumprimentos

Olivia Pestana

Directora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.

Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora | Portugal

Teléfono: + 351 229 391 233 | Fax: + 351 229 391 231

Extensão: 1233

E-mail: olivia.pestana@ulsm.min-saude.pt

Web site: <http://www.ulsm.min-saude.pt/>

Anexo III - Consentimento Informado