



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

O Enfermeiro como Promotor da Qualidade do Atendimento ao Adolescente em Serviços de Saúde

Maria Inês Pereira Serrão

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

O Enfermeiro como Promotor da Qualidade do Atendimento ao Adolescente em Serviços de Saúde

Maria Inês Pereira Serrão

Professora Orientadora: Maria da Graça Vinagre da Graça

2014



"Não basta saber, é preciso também aplicar;
não basta querer, é preciso também agir."

(Goethe, 1795)

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi positivamente influenciada por diversas pessoas, a quem gostaria de expressar o meu profundo reconhecimento e gratidão.

Agradeço à Professora Orientadora Maria da Graça Vinagre, pelo interesse e disponibilidade, por ter compartilhado comigo os seus conhecimentos científicos, pela sua paciência nos meus momentos menos bons e pela qualidade das suas críticas, orientações e palavras certas, que me motivaram a continuar em frente.

Agradeço a dedicação e incentivo de toda a equipa pedagógica deste mestrado, que pelo rigor e saber transmitidos, contribuíram para que os mestrandos pudessem atingir os seus objetivos.

À Isabel e à Sara, colegas do curso de mestrado, com quem partilhei saberes, experiências e algumas angústias.

Aos adolescentes e aos enfermeiros que participaram ativamente nos estudos, pela sua disponibilidade e genuína contribuição.

Aos enfermeiros de referência, pela exemplar dedicação que impõem no seu cuidar, pela sua atenção, colaboração e amizade ao longo do estágio.

Agradeço à minha mãe a força e a coragem que me transmite nos momentos mais árduos da minha vida.

Aos meus amigos e à minha família, pela compreensão da minha ausência.

Ao meu marido, pela sua participação ativa, de escuta e aconselhamento.

À minha filha, pela alegria e amor que traz à minha vida.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

CNSMCA – Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente

EE – Enfermeiro Especialista

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

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUPed – Serviço de Urgência Pediátrica

UIA – Unidade de Internamento de Adolescentes

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), considerando prioritária a saúde dos adolescentes, conceptualiza serviços de saúde amigos do adolescente (*adolescent friendly health services*) com características apropriadas às suas necessidades. Os adolescentes são habitualmente saudáveis e recorrem pouco aos serviços de saúde, resolvendo os seus problemas agudos de saúde nos serviços de urgência (Fonseca, 2012), portanto, é fundamental a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) na promoção da qualidade do atendimento ao adolescente, particularmente em serviços de urgência pediátrica.

O enfermeiro procura, a partir da perspectiva da qualidade de cuidados, adequar as suas intervenções às necessidades de desenvolvimento, de saúde e de atendimento dos adolescentes, favorecendo a proteção e melhoria da sua saúde e bem-estar.

O presente relatório de estágio explicita o percurso de desenvolvimento académico, pessoal e profissional de uma enfermeira de cuidados gerais que se propõe ser enfermeira especialista e mestre em enfermagem, no qual a aprendizagem se centrou no desenvolvimento de competências para prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família.

De acordo com o problema identificado em contexto de trabalho e com o autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem, foram previamente selecionados os contextos de estágio e definidos os objetivos, as atividades e as competências a desenvolver em cada local, recorrendo a uma metodologia reflexiva, na procura da evidência científica, de forma particular no âmbito da problemática em estudo.

Enquadrada nos cuidados centrados na família e na parceria de cuidados, a perspectiva de orientação das práticas de cuidados beneficiou igualmente da Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2007) pela área de intervenção ser a adolescência, tratando-se de um período de grandes transições, com necessidades de desenvolvimento específicas e consequentes mudanças no atendimento em saúde.

Palavras-chave: adolescente, necessidades, qualidade do atendimento, enfermeiro, serviços de saúde

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO, 2002), considering adolescent health priority, conceptualizes adolescent friendly health services with characteristics appropriate to their needs. Adolescents are usually healthy and seldom seeking health services, solving their acute health problems in emergency services (Fonseca, 2012). So, the Specialist Nurse in Nursing Health of Children and Youth is essential to promote quality of care to adolescents, particularly in the pediatric emergency.

From the perspective of quality of care, nurses attempt to tailor their interventions to development needs and health care of adolescents, favoring the protection and improvement of their health and wellness.

This report explicit a path of academic, personal and professional development of a generalist nurse who intends to become a specialist nurse and master of science in nursing, in which learning is focused on development skills to provide specialized care to children/youth and family.

According to the problem identified in the work context and with the self-diagnosis of learning needs, the contexts of stage were previously selected and the objectives, activities and skills to developed at each site were defined, using a reflective approach in seek of scientific evidence, particularly in the scope of the problem under study .

Framed in family-centered care and care partnership, the viewpoint of practices care guidance also benefited from Afaf Meleis's Theory of Transitions (Meleis, 2007) because the area of intervention is adolescence that is period of major transitions, with specific development needs and consequent changes in health care.

Keywords: adolescent, needs, quality of care, nurse, health services

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1. O Cuidado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria	14
1.2. O Adolescente e o Atendimento em Serviços de Saúde	16
1.3. A Teoria de Médio Alcance das Transições de Afaf Meleis	21
2. PERCURSO FORMATIVO	24
2.1. Os Contextos de Estágio: justificação pela sua escolha e breve caracterização	24
2.2. A Concretização dos Objetivos Propostos: reflexão e análise crítica	28
2.3. As Competências Desenvolvidas: de Enfermeira de Cuidados Gerais a Enfermeira Especialista e a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem	50
3. QUESTÕES ÉTICAS	52
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	
Anexo I – Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho. Alargamento da Idade Pediátrica	
Anexo II – Idade limite de atendimento nos serviços de pediatria	
Anexo III – Comparação entre o pensamento da criança e o pensamento do adolescente	
Anexo IV – Comparação das Teorias de Desenvolvimento	
Anexo V – Dimensões da qualidade dos serviços de saúde para adolescentes	

Anexo VI – Transições: uma teoria de médio-alcance

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio

Apêndice II – Objetivos Gerais e Específicos por Local de Estágio

Apêndice III – Documento Orientador para o estágio em ACES

Apêndice IV – Folhetos: Diversificação Alimentar

Apêndice V – Sessão de formação: Diversificação Alimentar

Apêndice VI – Avaliação da Sessão: Diversificação Alimentar

Apêndice VII – Reflexão sobre o estágio na USF

Apêndice VIII – Reflexão sobre o estágio na UCC

Apêndice IX – Documento Orientador para o estágio em Neonatologia

Apêndice X – Instrução de Trabalho: Avaliação, Alívio e Controlo Não Farmacológico da Dor no RN

Apêndice XI – Reflexão sobre o estágio em Neonatologia

Apêndice XII – Documento Orientador para o estágio na UIA

Apêndice XIII – Sessão de educação para a saúde: *Cyberbullying*

Apêndice XIV – Reflexão sobre o estágio na UIA

Apêndice XV – Documento Orientador para o estágio no SUPed-x

Apêndice XVI – Documento Orientador para o estágio no SUPed-y

Apêndice XVII – Caracterização e motivos de procura dos Adolescentes que recorreram ao SUPed-x

Apêndice XVIII – Estudo 1: Necessidades, Avaliação e Sugestões dos Adolescentes sobre o Atendimento num Serviço de Urgência Pediátrica

Apêndice XIX – Resumo para Comunicação Livre: As necessidades de atendimento do adolescente em Serviços de Urgência Pediátrica:

Um estudo exploratório

Apêndice XX – Estudo 2: O Atendimento ao Adolescente num Serviço de Urgência Pediátrica: preocupações e dificuldades de um grupo de enfermeiros do SUPed-y

Apêndice XXI – Estudo 3: O Atendimento ao Adolescente num Serviço de Urgência Pediátrica: preocupações, necessidades e sugestões dos enfermeiros do SUPed-x

Apêndice XXII – “e-formação” no SUPed-x

Apêndice XXIII – Sessão de Formação em Serviço: O Atendimento ao Adolescente no Serviço de Urgência Pediátrica

Apêndice XXIV – Avaliação da Sessão de Formação em Serviço: O Atendimento ao Adolescente no Serviço de Urgência Pediátrica

Apêndice XXV – Reflexão sobre o estágio no SUPed-y

Apêndice XXVI – Reflexão sobre o estágio no SUPed-x

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente documento insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Tem como objetivo expor, analisar e refletir sobre o percurso de formação realizado em diferentes contextos de cuidados de saúde à criança/jovem e família, de modo a responder positivamente à finalidade da unidade curricular de “desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família” (ESEL, 2013b).

A experiência pessoal e profissional decorrida em contexto de estágio teve como base um projeto prévio de formação, proveniente de necessidades de aprendizagem sentidas, enquadradas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos enfermeiros [OE], 2010a) e no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011a).

Como enfermeira de cuidados gerais, exerci funções num serviço de Internamento de Pediatria médica e cirúrgica durante 9 anos, após o qual e há cerca de 2 anos e meio, exerço funções no Serviço de Urgência Pediátrica (SUPed) do mesmo hospital. O grupo de utentes que abrange compreende a faixa etária dos 0 aos 18 anos menos 1 dia, sendo que o atendimento aos adolescentes mais velhos, a partir dos 15 anos, só ocorre em pleno há cerca de 1 ano, como consequência da entrada em vigor do Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho, que determinou a implementação, gradual e progressiva, do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria (urgência, consultas e internamento) até aos 17 anos e 364 dias (anexo I).

A nível nacional, de acordo com os dados disponíveis da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (CNSMCA, 2011), verifica-se que a prestação de cuidados aos jovens apresenta grande heterogeneidade na idade limite de atendimento, quer no serviço de urgência, quer no internamento (locais onde a

situação é mais restritiva), quer na consulta externa (anexo II), percebendo-se dificuldades na sua adequação às características e necessidades deste grupo.

A problemática da prática de cuidados, inserida no projeto, partiu não só das necessidades de formação e de aquisição de competências individuais, mas também na identificação das necessidades institucionais e dos profissionais no contexto onde trabalho, que incluiu a recolha de opinião dos colegas do SUPed.

Não existiam dados oficiais disponíveis relativamente ao número agrupado de adolescentes que recorriam a este SUPed, daqueles que procuravam anteriormente o serviço de urgência de adultos, nem dos respetivos motivos de procura, surgindo assim a necessidade da sua identificação e caracterização para um melhor conhecimento da população juvenil que recorre a este serviço, e dos problemas que motivam a sua procura, permitindo uma melhor adequação de programas de intervenção com vista à melhoria da qualidade dos cuidados ao adolescente.

Por outro lado, a experiência percebida pelos profissionais de saúde, do referido serviço, no atendimento a jovens nesta faixa etária é reduzida, tornando-se provavelmente necessária a sua preparação. Verificava-se também a inexistência de material específico para o acolhimento adequado ao jovem, associado à inadaptação de algumas infraestruturas que pareciam comprometer a privacidade do adolescente. Em geral, foi verbalizado por parte dos enfermeiros, a necessidade de “compreender melhor os adolescentes, conhecer as suas opiniões e sugestões” visando melhorar a adequação dos cuidados e a qualidade do atendimento.

Exposto o problema de partida, no sentido de fundamentar uma intervenção de enfermagem avançada, que proporcionasse cuidados diferenciados e de qualidade centrados nas reais necessidades do adolescente, o projeto de estágio visava igualmente uma intervenção eficaz junto do mesmo contribuindo para a promoção da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde, particularmente num SUPed.

Atualmente a adolescência, já não é considerada como um estágio de desenvolvimento fixo no tempo ou nas manifestações, mas sim como um período de transição através do qual o indivíduo passa da infância para a idade adulta (OMS, 2002). É um tempo de maturação física e psicológica, onde são empreendidas

novas tarefas de exploração, descoberta e aprendizagem, e onde o adolescente procura novas referências, adquirindo novo sentido de pertença, independência e estabelecendo novos objetivos de vida (Prazeres, 1998).

Em Portugal os níveis de mortalidade em idades jovens (10 a 24 anos) são reduzidos, comparativamente ao que se observa em idades posteriores, no entanto continuam a verificar-se níveis de mortalidade e morbilidade consideráveis por causas que são preveníveis (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2005, 2013a).

É primordial promover a qualidade do atendimento ao adolescente e, neste sentido, devemos estar atentos às suas necessidades de atendimento em saúde, qualquer que seja o contexto da prática. Respeitar o adolescente, de acordo com a sua singularidade, não caindo no erro de generalizar os cuidados, não só potencia o seu desenvolvimento saudável, como poderá contribuir para a promoção de mudanças de atitudes e comportamentos individuais, no sentido do jovem poder ser, ele próprio, um agente transmissor de informação e de promoção da saúde no seu grupo de pares (Amorim, Viera, Monteiro, Sherlock, & Barroso, 2006; Matos, 2008; Rojas, s.d.; Staa, Jedeloo, & Stege, 2011).

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2010, p. 13) “o nível socioeconómico dos cidadãos é um determinante do estado de saúde dos indivíduos e comunidades”, neste sentido, a enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (SIP) depara-se frequentemente com importantes desafios, decorrentes do ambiente de crise económica atual, que afeta particularmente os mais vulneráveis, nomeadamente as crianças/adolescentes e família, e que origina a diminuição de acesso a cuidados de saúde.

Os locais de estágio, nomeadamente uma Unidade de Saúde Familiar (USF), uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Internamento de Adolescentes (UIA) e dois SUPed foram selecionados no sentido de oferecerem o máximo de oportunidades de aprendizagem em diferentes modelos de intervenção do EEESCJ, e reunir contributos sobretudo no domínio da qualidade do atendimento ao adolescente, face aos objetivos gerais definidos:

1. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).

2. Promover boas práticas de atendimento ao adolescente, particularmente em serviços de urgência pediátrica.

O percurso de aprendizagem foi ancorado num quadro conceptual de enfermagem, a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis e num corpo científico relacionado com os cuidados de enfermagem em SIP, que evidencia os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados.

Este documento encontra-se estruturado em capítulos. Após esta introdução, segue-se uma revisão teórica e enquadramento conceptual da temática em estudo, pela definição de conceitos-chave dos cuidados de enfermagem pediátricos, a abordagem ao adolescente enquanto utilizador dos serviços de saúde, e a exposição do modelo teórico de enfermagem que constituiu a referência conceptual.

O capítulo 2 constitui o percurso desenvolvido ao longo do tempo de estágio, sendo realizada uma breve caracterização dos locais de estágio, apresentados os objetivos com análise crítica e reflexiva, traduzindo as competências desenvolvidas, bem como o crescimento pessoal e profissional. O terceiro capítulo analisa algumas questões éticas subsequentes dos cuidados de enfermagem especializados.

O último capítulo, precedente às referências bibliográficas, apresenta as conclusões mais representativas do percurso formativo, referindo as suas principais limitações e dificuldades, sumariando os pontos mais positivos, e perspetivando algumas direções que nos parecem determinantes para o futuro, na continuidade da melhoria da qualidade e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Em Anexo encontram-se alguns documentos de autores considerados essenciais e em Apêndice, um conjunto de documentos próprios elaborados no decorrer do estágio que complementam o relatório de estágio e facilitam a compreensão do trabalho realizado e das competências desenvolvidas.

Este relatório foi organizado com base no Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos escritos, Referências Bibliográficas e Citações da ESEL (2013a) e no Regulamento de Mestrado (ESEL, 2014), e as referências bibliográficas foram elaboradas segundo as normas da *American Psychological Association* (APA, 2014).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo pretende clarificar e fundamentar a temática estudada e em desenvolvimento, através da definição dos conceitos orientadores da enfermagem de SIP, transição e atendimento ao adolescente em serviços de saúde.

A teoria e os conceitos seguidamente apresentados são os que mais influenciaram o processo de aprendizagem (sustentaram as práticas e possibilitaram o desenvolvimento do conhecimento e das respostas adequadas à diversidade e complexidade das situações) e a elaboração deste relatório.

1.1. O Cuidado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

Os enfermeiros que trabalham em SIP debatem-se quotidianamente com situações complexas e delicadas, que devido à sua especificidade necessitam de um conjunto de competências específicas, para além de uma cuidada atenção e empenho. O EEESCJ presta cuidados “de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” num trabalho em parceria, promovendo “o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2011a, p.3).

Cuidar é o fenómeno central para a enfermagem. Hesbeen (2000) concebe os cuidados de enfermagem enquanto relação interpessoal que proporciona ajuda a uma pessoa, e aos seus familiares, na qual o enfermeiro utiliza competências e qualidades que fazem dele um profissional.

Os cuidados de enfermagem em SIP são **cuidados centrados na família**, desenvolvidos pela relação e comunicação estabelecida onde predomina a partilha de conhecimentos (Apolinário, 2012). Os cuidados de enfermagem à família, como contexto da criança/jovem, intervêm nos domínios de “envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados” cuja relação de

parceria implica uma “articulação em equidade, dinâmica e flexível”, no sentido da compreensão do nível de participação dos pais ou da pessoa significativa através de um “paradigma integrativo e holístico” (OE, 2011a, p.5).

O conceito de **pessoa**, nesta área de especialidade, é específico ao **binómio criança/jovem e família** (OE, 2011a). A família é considerada a primeira célula social que os adolescentes encontram, que vai modelar o seu futuro e, com ela intervém a singularidade da sua cultura, grupo étnico, crença religiosa, tradições existentes, que se transformam e se erguem numa situação de transição ou de maior complexidade. Por consequência, o enfermeiro deve reconhecer e homenagear a diversidade, compreendendo a diversidade cultural, económica e espiritual de cada uma, segundo o princípio central da família, no contexto da vida da criança/jovem (Apolinário, 2012; Mendes & Martins, 2012; Saleeba, 2008; Warren, 2012).

Nos cuidados centrados na família, com avaliação e promoção da parentalidade, o processo educativo pode ser um instrumento de capacitação para o fortalecimento das relações entre os pais e o adolescente, aumentando a capacidade de adaptação e de enfrentar situações com mais autonomia e segurança (Mendes & Martins, 2012). Apoiar os pais e reconhecer o seu papel de cuidadores a curto e longo prazo, assume-se como crucial, porque permite melhorias significativas no bem-estar, com diminuição de permanência no hospital e maior satisfação.

Os enfermeiros estão na posição ideal para desempenhar o papel central não só no sentido de garantir a adequação e negociação dos papéis parentais, como também na articulação e referenciação para os serviços de apoio comunitário, adequados para as famílias e para os adolescentes (Kirk, 2001).

O **ambiente** onde o adolescente se insere deverá ser promotor de saúde, proporcionando o suporte emocional e a segurança nos cuidados, numa perspetiva de desenvolvimento e independência progressiva. Entende-se que um mundo multicultural, desde a alimentação, comunicação, até à capacidade de lidar com as adversidades, situações de crise ou de exclusão social, existem expectativas e necessidades diferentes em cada adolescente/família (OE, 2011a). Dos diferentes contextos com notória influência nos comportamentos de saúde dos jovens,

salientam-se a família e a escola onde os profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, poderão desempenhar um importante papel na promoção da saúde.

1.2. O Adolescente e o Atendimento em Serviços de Saúde

A adolescência é o período do desenvolvimento humano em que se processa a **transição da infância para a idade adulta** e que se caracteriza pelo esforço em alcançar metas relacionadas com as expectativas do meio cultural (OMS, 2002). É uma etapa da vida caracterizada por transformações profundas que impõem ao jovem grandes exigências de adaptação, relacionadas com as novas funções biológicas, novas formas de relação interpessoal e novas responsabilidades familiares e sociais, para além das alterações do organismo, emocionais e mudanças na personalidade em geral, assim como os desejos, as necessidades, os interesses, e os hábitos particularmente em relação à saúde (Breinbauer & Maddaleno, 2005; Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Prazeres, 1998).

A definição do início e término de adolescência não é consensual. Cronologicamente jovens da mesma idade poderão estar em fases diferentes da adolescência no que respeita aos critérios biológicos, psicológicos, sociais e morais. De acordo com critérios físicos, a puberdade, com o início das transformações fisiológicas do crescimento, é tomada como ponto de partida da adolescência, cuja sequência em que ocorrem os fenómenos pubertários é idêntica em todos os adolescentes conforme descreve Tanner, citado por Sprinthall e Collins (2008).

No desenvolvimento psicológico, o pensamento sofre alterações significativas, como a maturação na capacidade de raciocínio, o adolescente adquire a capacidade de pensamento abstrato, hipotético e lógico, com características muito diferentes do pensamento infantil, conforme destacam Sprinthall e Collins (2008), na tabela em anexo III.

Opperman e Cassandra (2001) apresentam comparativamente as diversas teorias de desenvolvimento de Erikson, Piaget, Kohlberg, Duvall e Havighurst que realçam os aspetos centrais no desenvolvimento do adolescente, seja psicossocial,

cognitivo, moral, do sistema familiar, ou das tarefas a realizar respetivamente, num determinado estadio (anexo IV). Segundo os autores o enfermeiro deve ser capaz de reconhecer todas estas dimensões do desenvolvimento, pelo facto de potencialmente serem fonte de problemas para o utente e foco de intervenção de enfermagem.

A adolescência segundo a OMS (2002) compreende o grupo etário entre os 10 e os 19 anos de idade, e divide-se em três etapas ou períodos. A distinção destas três fases (não estáticas) no decurso da adolescência enfatiza a diferença entre as necessidades psicossociais dos adolescentes mais novos e dos adolescentes mais velhos:

- Início da adolescência (10-13 anos): ocorre um surto de crescimento e inicia-se a maturação sexual. Pensamento abstrato.
- Adolescência Intermédia (14-15 anos): as principais mudanças físicas estão completas. O jovem começa a desenvolver um forte sentido de identidade em relação a si, pares e família. Pensamento reflexivo.
- Adolescência tardia (16-19 anos): o adolescente fica fisicamente semelhante a um adulto. Definição da identidade.

Segundo a OMS (2002, 2009) os países e os seus governos devem dar particular atenção aos adolescentes, como investimento na sua saúde atual e futura, e em termos intergeracionais, garantindo o cumprimento dos Direitos Humanos, de acessibilidade aos cuidados e de atingir o mais elevado nível de saúde possível, preconizados na Convenção dos Direitos da Criança, assim como a redução da morbilidade e mortalidade.

Os adolescentes portugueses são globalmente saudáveis, no entanto, a atual morbi-mortalidade é preocupante em relação a problemas de saúde resultantes de comportamentos de risco, em particular traumatismos, ferimentos, lesões acidentais, abuso de substâncias, problemas sexuais e reprodutivos, e problemas nutricionais pelo que, a promoção de comportamentos saudáveis assume um lugar de destaque, nas intervenções em enfermagem de atendimento ao adolescente (OE, 2010c).

A DGS sustém que “a abordagem dos aspetos psicossociais adquire uma particular importância e permite conhecer melhor, quer pontos fortes, quer fatores de vulnerabilidade pessoal, face aos diferentes contextos de vida”, sendo fundamentais os cuidados antecipatórios (2013b, p.114). Cordeiro (2007), referindo-se aos

cuidados de saúde primários, valoriza a dimensão contextual familiar, social e escolar, na definição de estratégias a adotar no planeamento de um programa de intervenção junto de populações adolescentes.

Recentemente a OMS (2012) publicou um guia que define, do ponto de vista da qualidade de cuidados, os serviços de saúde amigos do adolescente (**Adolescent friendly health services**), fornecendo orientações para o desenvolvimento de padrões de qualidade dos referidos serviços. Consideram que devem ter como características essenciais a **acessibilidade** (capacidade do adolescente o obter), a **aceitabilidade** (o adolescente estar disposto, motivado), a **equidade** (para todos os adolescentes, e não só alguns grupos), a **adequabilidade** (proporcionando os serviços certos) e, a **eficácia** (contribuir positivamente para a sua saúde) sendo que considera imprescindível que todos os adolescentes tenham oportunidade de obter serviços de saúde com qualidade e que sejam apropriados às suas necessidades (anexo V).

Smith (1995), citado por Dodds, define as necessidades como “requisitos fundamentais, essenciais e básicos que o indivíduo deseja ou precisa para viver ou manter o seu normal funcionamento” (2010, p.16). Para Breinbauer e Maddaleno as **necessidades dos adolescentes** são “os requerimentos para promover a saúde e o desenvolvimento do adolescente”, para além dos interesses, desejos e vontades que motivam a adoção de diferentes comportamentos (2005, p.31).

Dodds, referindo-se a um **modelo ideal de cuidado**, mais **centrado no adolescente**, resume os “aspetos a serem transferidos” para a realidade da prática de serviços projetados especificamente para os jovens (2010, p.17). A autora coloca maior “ênfase no suporte dos pares”, capacitando o indivíduo a “manter o autocontrole, promovendo a confiança, a autoestima e a independência”, em que o jovem é “valorizado como indivíduo com as suas próprias necessidades”, ao passo que nos cuidados à criança mais nova, o ênfase ocorre no suporte e capacitação familiar, indivisível da criança/jovem (Dodds, 2010, p.17).

No que respeita à acessibilidade, considerando a legislação em vigor e enquadrada nas dificuldades económicas que as famílias portuguesas atravessam, a OE (2012a) e a CNSMCA (2013) tomaram a iniciativa de propor a isenção do pagamento das taxas moderadoras até aos 18 anos, procurando garantir o direito à

saúde dos grupos mais vulneráveis. Sabemos que este poderá ser um dos fatores que impede ou dificulta a procura dos cuidados de saúde pelos adolescentes.

A **qualidade em saúde** é definida por Saturno e colaboradores (1990), citados pela DGS como a “prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (2013a, p.47). Sendo a qualidade em saúde, um dos quatro eixos da matriz do atual Plano Nacional de Saúde (PNS), os profissionais de saúde devem assegurar a procura desta visão, compreendendo o seu valor, promovendo e assumindo práticas e competências de melhoria contínua no sentido da qualidade preconizada (DGS, 2013a).

Quanto ao conceito de **atender**, está definido na CIPE®2, no eixo da ação, sendo “estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa”, no eixo do foco está associado a tomar conta ou “providenciar cuidados quando necessário” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.78-95).

O **atendimento global** e "amigável" ao adolescente, é descrito pela OE como uma abordagem multiprofissional, com “uma visão global da problemática de saúde do adolescente”, que permite “além da identificação específica das suas condições físicas e psicossociais, um conhecimento da situação familiar e caracterização da comunidade em que se insere, respondendo às necessidades do adolescente”, de forma holística e não atendendo apenas ao problema/doença (2010c, p.37).

Os **princípios de atendimento ao adolescente**, divulgados recentemente pela DGS, no atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), são concordantes com os critérios da OMS, incluindo: a acessibilidade facilitada, a flexibilidade no modelo do atendimento, a privacidade, a confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e a participação ativa dos próprios (2013b, p.114). Estes princípios também confluem nos principais princípios éticos orientadores da OE (2010c) para o atendimento ao adolescente, sejam: o **respeito pela autonomia** (a opinião do menor deve ser tida em conta em proporção da sua idade e grau de maturidade, envolvendo-o no processo de decisão e consentimento), a **privacidade** (atendido individualmente, em espaço privado), **confidencialidade** e o **sigilo** (informações conhecidas pelos profissionais de saúde não serão reveladas aos pais ou responsáveis sem a sua autorização).

Os adolescentes necessitam de locais de atendimento e internamento reservados e apropriados à sua faixa etária (Aquino, 2009; Dodds, 2010; Maia, 2006; Miller, Friedman, & Coupey, 1998; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2009; Staa et al., 2011; Vicario, 2004; Viner, 2007). Em Portugal, o atendimento em saúde dos adolescentes é uma área em desenvolvimento, sendo necessário aumentar a resposta do setor da saúde, no sentido de proporcionar o atendimento a todos os adolescentes em ambiente pediátrico, de acordo com as orientações nacionais e internacionais, por forma a contribuir para o seu pleno desenvolvimento.

Segundo Abreu e Azevedo a “prestação de cuidados de qualidade a adolescentes hospitalizados implica um ambiente que satisfaça as suas necessidades” (2012, p.21). A nível hospitalar, preconiza-se a existência de uma Unidade de Internamento de Adolescentes, que deve resultar da articulação funcional de duas vertentes essenciais: um atendimento específico em ambulatório e uma estrutura de internamento autónoma, em estreita cooperação com os cuidados de primeira linha e com os outros serviços de especialidade hospitalares, permitindo uniformizar a prestação de cuidados (Maia, 2006; Tavares & Fonseca, 2009).

Seja a nível hospitalar ou nos cuidados de saúde primários, o serviço ideal de atendimento deve fornecer uma abordagem holística, centrada no adolescente, despreconceituada, confidencial, gratuita, com o menos tempo de espera possível e que envolva os adolescentes (SPP, 2009).

Considera-se que a qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes, mediante a aplicação dos princípios da boa prática, com a salvaguarda do funcionamento humanizado dos serviços, tem impacto positivo nos resultados clínicos obtidos, na própria vida dos utilizadores, e permite criar condições para que o episódio/ o acontecimento em causa represente o menor dano possível, em termos afetivos e psicossociais (Castanheira, 2006; OE, 2010c; Staa et al., 2011).

No que respeita à implementação e/ou desenvolvimento de serviços de saúde direcionados aos adolescentes, Breinbauer e Maddaleno, (2005, p.32) reforçam a ideia que "a compreensão profunda do cliente adolescente proporciona uma fórmula eficaz para o desenvolvimento de matérias e programas que tenham sucesso junto dos jovens".

1.3. A Teoria de Médio Alcance das Transições de Afaf Meleis

O adolescente encontra-se numa transição desenvolvimental que, embora sendo uma normal e saudável fase da vida, é um período de grandes mudanças, face a um conjunto de oportunidades e riscos, onde simultaneamente poderão ocorrer outros tipos de transição (Machado & Zagonel, 2003).

Um indivíduo que se encontre num processo de transição tende a estar mais vulnerável, pelo facto de ter a sua saúde atingida, e de não saber como agir perante uma situação nova e desconhecida que lhe causa insegurança. O cuidado de enfermagem poderá ser um fator determinante e, como tal, ser facilitador ou inibitório dessa mesma transição. Neste sentido, a compreensão das transições, enquanto conceito central da enfermagem, é essencial para uma prática de cuidados de qualidade e individualizada (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000).

Chick e Meleis definem **transição** como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro” (1986, p.239). Meleis e Trangenstein acrescentam que esta refere-se “tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente”, traduzindo uma potencial mudança no estado de saúde, no papel das relações humanas, nas expectativas ou competências, o que significa uma mudança nas necessidades de todos os sistemas da pessoa (1994, p.256). A transição, segundo Meleis (2007), é essencialmente positiva, e refere-se a um conceito múltiplo que abrange os elementos do processo (fases e sequência), tempo de duração (contínuo, mas limitado) e percepção (conhecimento e significado da experiência para a pessoa).

Relativamente ao conceito de **enfermagem**, Meleis e Trangenstein definem-na como a arte e a ciência de “facilitar as transições”, em direção à saúde e no sentido de “aumentar a sensação de bem-estar” sendo que, o **cuidado de enfermagem**, neste quadro de referência, é considerado como “um processo que facilita transições bem sucedidas”, ao nível dos indicadores de bem-estar emocional, nas relações interpessoais e no controlo (1994, p.257), que contribui para aumentar as possibilidades de ajuda ao indivíduo, não focando apenas a cura (Zagonel, 1999).

O indivíduo em transição é o alvo da ação e da reflexão da enfermagem. A interação é com a **pessoa**, ser com necessidades específicas e com capacidade de se adaptar à mudança, mas que por vulnerabilidade, doença ou risco de doença, experiência ou está em risco de experimentar um desequilíbrio na sua saúde e bem-estar. Este desequilíbrio manifesta-se pela não satisfação das suas necessidades, ou pela incapacidade de se cuidar ou de se adaptar à transição (Meleis, 2007).

Através da pesquisa coletiva, Meleis et al. (2000) apresentaram um quadro conceptual abrangente onde ilustram as relações entre os vários componentes das transições (anexo VI).

Quanto à **natureza das transições**, estas podem ser de diferentes tipos: de desenvolvimento (onde se insere a adolescência), situacional, saúde-doença, e organizacional. As transições podem igualmente apresentar diferentes padrões: simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado e não relacionado.

A transição da infância para a adolescência, pode estar associada a problemas de saúde (psíquicos ou físicos), pela existência de problemas relacionados com o consumo de substâncias, gravidez, infeções sexualmente transmissíveis, entre outros. Face a esta transição, o adolescente necessita mobilizar as suas forças internas e externas para enfrentar, superar e adaptar-se às mudanças que se instalam, sendo que durante as transições há perda de ligações, suportes sociais, objetivos significativos e até mudanças dos objetivos da família (Meleis, 2007, 2010; Zagonel, 1999).

Apesar da diversidade de transições, existem algumas semelhanças entre elas, que se denominam propriedades universais das transições, identificando-se: a consciencialização (sobre as mudanças que estão a acontecer), o empenhamento (envolvimento do indivíduo), a mudança e diferença, o espaço temporal da transição, os eventos ou acontecimentos e os pontos críticos (Meleis, 2007).

As **condições das transições** sendo facilitadoras ou inibidoras do processo de transição, podem ser: pessoais, relacionadas com os significados atribuídos aos acontecimentos, atitudes e crenças culturais, estatuto socioeconómico, nível de preparação e de conhecimento; sociais, relacionadas com os estereótipos, como a

marginalização dos emigrantes de certas etnias; ou comunitárias, relacionadas com os recursos existentes (Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994).

Segundo os autores, para a avaliação e intervenção precoce dos enfermeiros, e porque as transições acontecem ao longo do tempo, é necessário a identificação dos “indicadores de processo” que influenciam o cliente. Estes indicadores estão inseridos nos “**padrões de resposta**” e incluem sentir suporte (nomeadamente na ligação aos pares), interagir (relacionamento com os cuidadores), localizar-se e situar-se (por comparação) e, desenvolvimento de confiança e *coping*. Nos “**indicadores de resultados**” estão incluídos o domínio de novas capacidades (necessárias para gerir a transição) e, o desenvolvimento fluido e integrativo de identidade (Meleis et al., 2000, p.17, 24-26).

As “**terapêuticas de enfermagem**” em eventos transicionais podem atuar de forma preventiva, interventiva, ou de suplementação de papel. Schumacher e Meleis (1994, p.124) identificaram estas três medidas de enfermagem aplicáveis à intervenção terapêutica durante as transições: a avaliação precoce pela equipa multidisciplinar; a preparação para a transição, onde se insere a educação prévia, mas que requer tempo suficiente para o assumir gradual de novas responsabilidades e a implementação de novas capacidades; e a suplementação do papel.

Para Zagonel (1999), “a transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente” (p.28). O adolescente experienciará sentimentos de insegurança e ansiedade, exigindo apoio por parte da equipa de enfermagem. Neste sentido, o enfermeiro especialista (EE), para além do conhecimento científico que fundamenta a sua prática, deve ser detentor de capacidades de comunicação e de relação, ser dotado de sensibilidade e perspicácia para compreender a essência dessa vivência pelo adolescente e a existência de necessidades individuais de cuidados.

2. PERCURSO FORMATIVO

Este capítulo descreve e analisa reflexivamente a metodologia e os procedimentos realizados face aos objetivos definidos, assim como faz referência às competências desenvolvidas ao longo do período de estágio, integrado na unidade curricular Estágio com Relatório.

Previamente ao período de estágio foi elaborado para cada contexto um projeto onde se definiram os objetivos a atingir e as atividades a desenvolver para lhes dar resposta.

O planeamento inerente a cada local de estágio foi alvo de reformulação e reorganização de algumas atividades, resultante das necessidades identificadas através das experiências vividas, conforme se verifica e fundamenta no decorrer deste capítulo.

2.1. Os Contextos de Estágio: justificação pela sua escolha e breve caracterização

A perícia, segundo Benner, desenvolve-se quando se “testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” e ao longo do tempo, sendo que “a experiência é por isso necessária para a perícia” (2001, p.32). Os contextos de aprendizagem prática (estágios) devem então ser promotores de experiências reais acerca da problemática identificada.

Face à problemática identificada, com os objetivos propostos e competências a desenvolver, a escolha dos locais de estágio foi orientada para contextos que permitissem contactar preferencialmente com o adolescente/jovem.

Do ponto de vista do desenvolvimento da aprendizagem profissional especializada, a procura dos locais teve igualmente influência pela presença de

enfermeiros especialistas, que pudessem ser modelos orientadores em contexto de trabalho, aceitando ser o enfermeiro de referência da estudante.

A escolha da **Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)** deveu-se à existência de um projeto, no âmbito dos cuidados de saúde primários, destinado a atender jovens entre 15 e 21 anos. Estruturalmente este projeto desenvolve-se num espaço diferenciado do centro de saúde, projetado especificamente para o adolescente. A sala de espera e respetivos gabinetes são exclusivos, o atendimento é maioritariamente presencial, individual ou em grupo, mas que também é efetuado por telefone.

Neste local os jovens “encontram um atendimento personalizado, desburocratizado e gratuito que valoriza a privacidade, confidencialidade e acessibilidade e que ao longo do tempo tem tido a capacidade de se renovar, inovar e ir ao encontro das necessidades e interesses dos jovens de hoje”.¹ A enfermeira especialista coordena o projeto, integrando uma equipa de enfermeiras, médicos e uma psicóloga e efetua igualmente consultas de enfermagem a jovens, de uma forma humanizada, com iniciativas e atitudes promotoras do acolhimento, intervindo pela escuta ativa e pelo respeito ético e cultural dos adolescentes.

A escolha da **Unidade de Saúde Familiar (USF)** prendeu-se com o facto de nesta unidade se efetuar a consulta de enfermagem de saúde infantil de forma estruturada, autónoma e individualizada, com, entre outros, a avaliação do desenvolvimento infantil e cuidados antecipatórios à criança, jovem e família, numa perspetiva de parceria de cuidados.

A equipa de saúde desta USF tem como missão “prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade”, promovendo a “participação e autonomia dos cidadãos”.² É uma unidade de saúde recente, tornando-se um desafio fazer parte (como estudante) do seu início e da sua adaptação aos novos espaços, aos novos elementos na equipa de saúde e à nova população/cliente.

O estágio nesta USF inseriu-se principalmente no âmbito do seu programa de saúde infantil e juvenil, que tem como objetivo “detetar e dissipar precocemente os

¹ Unidade de Cuidados na Comunidade. (2013). *Relatório de Atividades 2012*.

² Unidade de Saúde Familiar. (2013). *Plano de Ação 2014-2016*.

problemas de saúde, promover comportamentos promotores da saúde, bem como o desenvolvimento de capacidades parentais e apoio familiar”², mas também no programa de vacinação da USF, no sentido de “motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidade para vacinar”.²

A missão da **Unidade de Internamento de Adolescentes (UIA)** integra-se na filosofia de cuidados ao adolescente do seu hospital, tendo como objetivos “o atendimento adequado e abrangente do ponto de vista biológico, psíquico e social, de modo a dar atenção integral e específica à saúde dos adolescentes” e “proteger, promover e recuperar a saúde do adolescente, dentro da visão global (...), sua relação com o meio que o rodeia e correta integração social”.³

Estruturalmente a UIA possui algumas características adequadas a um internamento para adolescentes, com uma sala de atividades dinamizada e projetada aos seus gostos e necessidades, separação dos quartos e casas de banho por sexos, e com horários de visitas mais alargados para os amigos/pares. Os cuidados de saúde aos adolescentes internados enquadram-se nas diretrizes da DGS para o atendimento ao adolescente, sendo a razão pela qual foi escolhida como local de estágio.

A escolha do serviço de **Neonatologia** deveu-se à necessidade de aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados especializados ao recém-nascido (RN) internado e família, particularmente na promoção da vinculação precoce entre RN e pais, se possível, adolescentes.

Este serviço beneficia de instalações novas, com uma equipa de saúde experiente em cuidados ao RN doente/com necessidades especiais. Tem como missão “oferecer a todos os bebés desde o nascimento até aos 29 dias de vida cuidados de qualidade, visando segurança, conforto em todos os procedimentos, o ensino/orientação dos pais para uma rápida reintegração familiar, valorizando sempre a comunicação e relações inter-pessoais humanizadas”.⁴

Foi de fundamental importância a escolha do contexto atual de trabalho para realização de estágio, um **Serviço de Urgência Pediátrica (SUPed)**, designado

² Unidade de Saúde Familiar. (2013). *Plano de Ação 2014-2016*.

³ Hospital. (2005). *Filosofia de Cuidados ao adolescente*. Manual da Qualidade,

⁴ Hospital. (s.d.). *Unidade de Cuidos Especiais ao Recém-nascido*. (Folheto informativo).

neste relatório de **SUPed-x**, uma vez que se pretendia mobilizar os conhecimentos e as competências desenvolvidas no atendimento ao adolescente, interligando os contributos adquiridos nos contextos anteriores, e intervir de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a esta população.

Por outro lado, a problemática identificada, conforme referido anteriormente, surge através de mudanças ocorridas recentemente no referido local, que se prendem com a adaptação dos profissionais a novas e diferentes instalações e com o alargamento do atendimento em idade pediátrica até aos 17 anos e 364 dias. A missão do SUPed-x integra-se na missão genérica do hospital de “promoção e prestação de serviços de saúde à população dos concelhos (...), assim como a qualquer cidadão em situação de emergência médica, com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual da organização, numa busca permanente do melhor”.⁵

Os profissionais de saúde do segundo SUPed onde se escolheu estagiar, passando a identificá-lo como **SUPed-y**, têm há largos anos experiência no atendimento a adolescentes, razão pela qual foi pretensão complementar o meu percurso de aprendizagem com estes enfermeiros, na especificidade das suas experiências e dinâmica das suas intervenções. O SUPed-y está integrado no departamento de urgência e emergência do hospital em que se insere e tem por objetivo “dar resposta assistencial especializada a crianças com idade inferior a 17 anos e 365 dias, em situação urgente ou emergente” com elevada qualidade.⁶

No que concerne aos recursos temporais para cada local de estágio, o período total de estágio decorreu entre 30 de Setembro de 2013 e 14 de Fevereiro de 2014 e, os períodos específicos estão descritos no cronograma proposto e concretizado (apêndice I).

⁵ Hospital. (2013) *Manual de Orientação do Colaborador*.

⁶ Hospital. (2005) *Boletim Informativo 191/05* de 06 de Setembro.

2.2. A Concretização dos Objetivos Propostos: reflexão e análise crítica

Por meio da problemática identificada e explicitada, do quadro conceptual apresentado e face à finalidade da referida unidade curricular, que consiste no desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família⁷, definiram-se dois objetivos gerais, como já referidos na introdução, o primeiro transversal aos diferentes locais de estágio e o segundo mais dirigido à problemática:

1. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).

2. Promover boas práticas de atendimento ao adolescente, particularmente em serviços de urgência pediátrica.

Planearam-se ainda os seguintes objetivos específicos:

1. Desenvolver competências de apreciação e interpretação do crescimento e do desenvolvimento da criança e do jovem.

2. Promover comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis no adolescente, no âmbito dos Programas Nacionais de Saúde.

3. Adquirir competências de planeamento e intervenção face ao Recém-Nascido e família, com necessidades específicas de saúde.

4. Caracterizar a população adolescente que recorre aos serviços de urgência pediátrica e os motivos de procura, especificamente de um serviço, durante o período de 10 meses (Abril de 2013 a Janeiro de 2014).

5. Identificar as necessidades de atendimento dos adolescentes quando recorrem e durante o internamento em serviços de urgência pediátrica.

⁷ ESEL (2013b). *Programa de Unidade Curricular. Estágio com Relatório. 2013/2014*. Lisboa: ESEL.

6. Conhecer as preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente/família, particularmente em serviços de urgência pediátrica.

7. Refletir com a equipa de saúde sobre as práticas atuais de atendimento ao adolescente e família, incluindo necessidade de eventuais mudanças ou de formação e planeamento da sua implementação.

A pertinência destes objetivos revela-se elevada, considerando como alvo de intervenção do enfermeiro nesta área de especialidade, a criança, o jovem e a família. É especialmente valorizada pelas intervenções de enfermagem que satisfaçam as necessidades de atendimento do adolescente, aumentando o sentimento de bem-estar e os recursos do adolescente, para fazer face à(s) transição(ões) que sucede(m).

A promoção da qualidade do atendimento ao adolescente na equipa de saúde, fortalece os profissionais de saúde no sentido de adequarem as suas intervenções às necessidades específicas deste grupo etário, contribuindo no final, para os ganhos em saúde do utente (pediátrico) e respetiva família.

No intuito de organização pessoal, reajustaram-se os objetivos gerais e específicos para cada contexto de estágio (apêndice II). Para apresentação aos diversos enfermeiros de referência dos locais de estágio, estes foram posteriormente incluídos em cinco projetos específicos de estágio, onde se incluíram o planeamento das atividades a desenvolver e os recursos perspetivados. Todos eles foram apresentados e discutidos com as respetivas enfermeiras de referência dos diferentes locais de estágio.

Como se pode verificar no documento em apêndice II, cinco novos objetivos específicos foram introduzidos para concretização específica do estágio nos contextos da UCC, UIA, Neonatologia, SUPed-x e SUPed-y. Tal facto teve o intuito de valorizar o estágio, direcionado ao adolescente e família.

Os novos objetivos específicos foram:

1. Identificar os motivos de procura de atendimento dos adolescentes que recorrem aos cuidados de saúde da UCC e a oferta de cuidados disponível à população juvenil desta comunidade.

2. Desenvolver competências no âmbito da promoção da vinculação RN/pais em situação de internamento e/ou com necessidades especiais, nomeadamente em pais adolescentes.

3. Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de internamento hospitalar.

4. Promover a adaptação do adolescente e família à doença e internamento hospitalar.

5. Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de urgência.

Relativamente às competências desenvolvidas ao longo do estágio, de acordo com Benner (2001, p. 43) as competências e práticas competentes “referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em contextos reais” que englobam a “noção de cuidados de enfermagem competentes e as capacidades de julgamento clínico”.

Sousa (s.d.) diz-nos ainda que a competência “não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduz só a um saber, nem a um saber fazer, mas no saber utilizá-la com eficácia e eficiência”. Neste sentido, a ação eficaz do saber, responsável e assertivo, sustentado em conhecimentos teóricos e práticos, pessoais, profissionais e contextuais (nomeadamente em estágio), indica a aquisição e/ou desenvolvimento de competências.

A OE (2010a, p.2) define que o EE detém “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Partindo dos objetivos específicos propostos e integrando as principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio, a seguinte reflexão e análise crítica, evidencia a aquisição e desenvolvimento de competências de EE e EEESCJ.

Desenvolver competências de apreciação e interpretação do crescimento e do desenvolvimento da criança e do jovem

Este objetivo, assim como os dois seguintes, foram essencialmente projetados para desenvolvimento de competências em contexto de Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), conforme se pode observar pelo projeto específico de estágio (apêndice III).

Foram concretizadas as atividades descritas no referido projeto específico. Substancialmente tive oportunidade de efetuar consultas de enfermagem, dentro do Programa de Saúde Infantil e Juvenil da USF: maioritariamente consultas com RN até aos 28 dias, mas também realização de diagnóstico precoce, consulta domiciliária de enfermagem a RN e família, consultas de vigilância infantil e juvenil nas idades-chave preconizadas, segundo os objetivos definidos no PNSIJ (DGS, 2013b), e contactos com a Equipa Local de Intervenção para referenciação das crianças/famílias em situação de risco.

A observação, a colaboração e a participação nas atividades foram adequadas, ativas e bastante favoráveis, com a interação, culturalmente sensível, entre enfermeira-criança/jovem e família, onde a linguagem e o brincar com as crianças, atendeu ao seu nível de desenvolvimento. A minha ação centrou-se numa filosofia de cuidados sensíveis à participação da família, quebrando as barreiras culturais, interpessoais e sociais, promovendo a parceria e o respeito pela experiência da família nos cuidados à sua criança (Casey, 1995; Harrison, 2010).

Fui persistente na atenção dada aos cuidados antecipatórios promotores da parentalidade e do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, assim como na consideração pela continuidade de cuidados, efetuando a marcação da consulta seguinte ou encaminhando (com prévio contato) para os parceiros comunitários, gerindo as oportunidades para a vacinação, e conciliando o esquema cronológico do PNV (DGS, 2012a) com a calendarização das consultas.

As oportunidades de reflexão em equipa sobre os cuidados de enfermagem, constituíram-se de grande importância, para a interiorização da responsabilidade ética e profissional acrescida do EE, nomeadamente através da discussão de casos

ou partilha de informação atualizada, gerando uma reorganização dos cuidados ou articulação com os parceiros comunitários (nas situações de crianças com necessidades de saúde ou educativas especiais).

Enquanto estudante, as intervenções efetuadas nesta área de ação do EE foram tornando-se mais autónomas, na apropriação da segurança, conhecimento e atitude proactiva, nomeadamente atingindo a capacidade de efetuar a consulta de saúde infantil sem a atuação da enfermeira de referência.

No que concerne aos cuidados antecipatórios, elaborei novos folhetos sobre a diversificação alimentar no lactente para utilização na USF. Os dois folhetos, um dirigido a pais de lactentes alimentados com leite materno e outro destinado aos pais com filhos alimentados com leite adaptado; por um lado, apresentavam as diretrizes mais atuais e por outro, tinham como objetivo promover uma maior coesão na informação que a equipa de saúde transmite aos pais/família nos cuidados antecipatórios (apêndice IV).

Após a sua validação com a enfermeira de referência, estes folhetos foram apresentados em sessão formal à equipa de saúde (apêndice V). A sessão decorreu de forma bastante positiva, como se pode observar pelo quadro resumo da avaliação efetuada (apêndice VI), tendo os folhetos sido aprovados por todos os presentes, incluindo o coordenador da USF, contribuindo assim para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pela equipa de saúde.

As atividades concretizadas, inerentes a este objetivo, anteriormente analisadas e igualmente refletidas no documento em apêndice VII, permitiram-me o desenvolvimento e a aquisição de algumas das competências de EE e de EEESCJ, principalmente: promove o crescimento e o desenvolvimento Infantil; comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura; implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; e incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática (OE, 2010a, 2010b).

Identificar os motivos de procura de atendimento dos adolescentes que recorrem aos cuidados de saúde da UCC e a oferta de cuidados disponível à população juvenil desta comunidade

Durante o período de estágio na UCC, tive oportunidade de acompanhar a enfermeira de referência na sua intervenção junto dos adolescentes que procuraram este serviço de saúde. A atividade da enfermeira especialista abrange diversas áreas direcionadas aos adolescentes, seja pelos motivos expressos de procura do atendimento, ou por outros problemas subjacentes que são posteriormente detetados na consulta de enfermagem.

A observação participativa nas consultas e reflexão sobre as mesmas permitiu-me, a par da revisão bibliográfica prévia, a compreensão mais aprofundada dos comportamentos de saúde e estilos de vida atuais dos adolescentes, pelas preocupações, necessidades, sentimentos, e pedidos expressos pelos adolescentes.

Verificou-se que nem sempre os jovens expressam inicialmente o motivo real da procura, sendo que na entrevista deve ser facilitada pelo profissional de saúde a comunicação para os motivos “ocultos”. Os motivos de procura descritos pela enfermeira de referência são sobretudo a necessidade de informação ou aconselhamento, vigilância de saúde, problemas de relacionamento, sexualidade, e comportamentos aditivos. No curto tempo de estágio que realizei, a maioria foi por suspeita de gravidez, dúvidas sobre sexualidade e saúde reprodutiva.

Na intervenção de enfermagem é garantida (explorada e aceite logo na primeira consulta) a privacidade e confidencialidade, criando um ambiente de segurança e de bom relacionamento entre enfermeiro-jovem. A conduta ética em benefício do adolescente é considerada essencial para atuar eficazmente na educação para a saúde, intervindo na motivação do adolescente e dos pares, promovendo escolhas saudáveis (DGS, 2013b; Taquette, 2010).

Nas consultas de enfermagem que observei foi sempre pedida e dada a autorização do jovem para a minha presença no local, ainda que com o cuidado de me ausentar da consulta sempre que a minha presença pudesse interferir negativamente na relação terapêutica estabelecida com a enfermeira de referência.

O estudo de Britto, Tivorsak e Slap (2010) confirma que os adolescentes desejam e valorizam os aspetos da privacidade nos cuidados de saúde, salientado a “privacidade informacional” (ou confidencialidade), no entanto, todas as outras dimensões da privacidade (psicológica, social, física) afetam a sua experiência nos serviços de saúde e a própria vontade de participar nos cuidados.

Promover comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis no adolescente, no âmbito dos Programas Nacionais de Saúde

É na adolescência que a maioria dos jovens inicia a atividade sexual. Estudos internacionais sugerem que a idade de início da atividade sexual está a diminuir nos países industrializados, e a prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) a aumentar (Godeau, Gabhainn, Magnusson, & Zanotti, 2011). Os dados nacionais mostram que o uso de contraceção com pílula e preservativo tem vindo a aumentar nos adolescentes, mas “há ainda algum desconhecimento no que diz respeito a temas de saúde sexual e reprodutiva e alguma ineficácia pessoal a nível das atitudes” em relação à sexualidade (Matos et al., 2011, p.190).

O consumo de álcool e drogas, o insucesso e o abandono escolar são fatores de risco para o início da atividade sexual em idades mais jovens, assim como para a gravidez na adolescência e para as IST. Neste sentido, os adolescentes são considerados um grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e da prevenção das IST (Almeida, Rodrigues, & Simões, 2007; Barros, 2003; Madkour et al., 2010; Matos, 2008; Matos et al., 2011; OMS, 2010).

Matos (2008, p.253) refere que o adolescente necessita de “participar nas decisões que afetam a sua vida, evoluindo de uma dependência face aos pais para uma autonomia característica do adulto”. Nesta oferta de cuidados ao adolescente, o enfermeiro preocupa-se com ações de educação/promoção para a saúde que visem a capacitação do jovem para participar na gestão da sua própria saúde valorizando a sua autonomia e responsabilidade, por exemplo, o esclarecimento sobre comportamentos sexuais de risco, para a tomada de decisão sobre o método contraceptivo a utilizar e a sua utilização correta (Rojas, s.d.).

O ambiente educativo na consulta (observado na UCC) proporciona ao adolescente a possibilidade do encontro consigo mesmo, num contexto simultaneamente protegido e aberto, com o tempo necessário para se consolidar como pessoa, sem ter que esconder, ou converter em agressividade, as suas fragilidades, dúvidas e descobertas (Fonseca, 2012; Rojas, s.d.; Sampaio, 2002).

A consulta de enfermagem neste projeto é autónoma, pretende uma avaliação geral da saúde do adolescente, formula um diagnóstico de enfermagem, sem juízos de valor, baseado na identificação dos problemas de saúde, sociais e psicológicos, procurando dar resposta imediata às necessidades dos jovens que ali se dirigem.

É competência do EE, criar com o adolescente, oportunidades de aquisição de competências pessoais, de acordo com as suas necessidades individuais e sociais, intervindo em situações de disfuncionalidade, acompanhar e dar suporte à intervenção de forma continuada, articular e encaminhar para os recursos existentes na comunidade, prevenir comportamentos de risco, promover fatores protetores e de resiliência ao longo das consultas de enfermagem.

As atividades concretizadas nestes objetivos, encontram-se refletidas no documento em apêndice VIII, e permitiram-me o desenvolvimento de algumas das competências de EEESCJ e EE nomeadamente, promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde e, promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo (OE, 2010a, 2010b).

Adquirir competências de planeamento e intervenção face ao Recém-Nascido e família, com necessidades específicas de saúde

Este objetivo, tal como o seguinte, foram projetados para aquisição e desenvolvimento de competências em contexto hospitalar de Neonatologia, conforme se pode observar pelo projeto específico de estágio (apêndice IX).

Durante o estágio na Neonatologia, acompanhei a enfermeira de referência (EEESCJ) na sua intervenção com o RN/família, colaborando de modo

progressivamente mais autônomo na prestação dos cuidados ao RN e família, (por exemplo, cuidar o RN no berço ou na incubadora, avaliar e intervir com base na resposta comportamental do RN, orientar os momentos para a menor manipulação possível, valorizar os períodos de sono e os períodos de interação com os pais) o que me permitiu um desenvolvimento pessoal e profissional ao nível das competências especializadas nesta área.

O internamento do RN provoca na família uma complexidade de sentimentos, emoções e vivências que podem ser assustadoras (Ferreira & Costa, 2004). O medo, a ansiedade, a depressão ou a irritabilidade que os pais podem evidenciar, relacionam-se com a preocupação com a sobrevivência do bebé, o desenvolvimento futuro ou a sua falta de competência para os cuidados (Barros, 2006).

Neste sentido, o conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais durante a transição para a parentalidade, na busca de uma transição bem-sucedida, com objetivos de melhorar as habilidades parentais e o bem-estar emocional (Meleis & Trangenstein, 1994).

Por outro lado, quando internados em Neonatologia, os RN estão expostos a procedimentos dolorosos ou potencialmente dolorosos, e tudo indica que a dor repetida atua como um fator de citotoxicidade e de lesão neuronal, sendo fundamental, avaliar e tratar a dor no RN (Oliveira et al., 2008).

Face à necessidade da equipa de enfermagem de normalizar os procedimentos no âmbito da dor no RN, elaborei, em colaboração com a enfermeira de referência, uma proposta de “instrução de trabalho” com o objetivo de “uniformizar procedimentos na avaliação, alívio e controlo não farmacológico da dor no RN” (apêndice X).

Segundo a DGS (2012b, 3) é “atualmente reconhecido que os recém-nascidos (RN) têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo”, preconizando um “controlo eficaz da dor” como um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos RN.

Desenvolver competências no âmbito da promoção da vinculação RN/pais em situação de internamento e/ou com necessidades especiais, nomeadamente em pais adolescentes

Reconhece-se a importância da permanência da família junto do RN para a melhoria do seu estado de saúde, e torna-se cada vez mais comum o conceito do cuidar centrado na família, com a valorização do *empowerment*, e do “envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação” onde o enfermeiro e a família contribuem para esta relação com os seus conhecimentos, atitudes, sentimentos, habilidades e padrões de conduta (Apolinário, 2012, p.84). A participação dos pais nos cuidados de saúde ao RN implica uma relação de parceria com a equipa, desenvolvimento de ações complementares tendo em vista o bem-estar do filho.

O nascimento de um filho pré-termo ou com necessidades de saúde especiais gera uma situação de *stress*, conjuntamente com o ambiente na neonatologia que é hostil e assustador, que pode bloquear os pais na aproximação do bebé e comprometer o processo de vinculação com o RN (Ferreira & Costa, 2004). O facto de poder ver, tocar e cuidar do bebé, contribui para o fortalecimento dos laços afetivos após o nascimento, daí a importância dos pais visitarem o bebé o mais cedo possível.

O EEESCJ assume um papel preponderante na minimização das possíveis consequências negativas resultantes da recente e inesperada separação, através da parceria de cuidados e da estimulação da vinculação segura, com a promoção do contato entre RN/pais. Durante o período de estágio na neonatologia, valorizei a comunicação e interação com os pais, promovendo o desenvolvimento da parentalidade e da vinculação entre pais e RN, através da orientação, apoio, demonstração, supervisão nos cuidados ao RN, promoção do aleitamento materno, do método de canguru e da massagem ao RN de acordo com as necessidades individuais de cada díade RN/pais.

Após o período de estágio na neonatologia foi igualmente elaborada a síntese reflexiva sobre a prática, em apêndice XI. Este estágio permitiu o desenvolvimento

das seguintes competências de EE e de EEESCJ: implementa e gere em parceria um plano promotor da parentalidade; faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN, otimizando as respostas; promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais; incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade e; participa em projetos institucionais na área da qualidade (OE, 2010a, 2010b).

Promover a adaptação do adolescente e família à doença e internamento hospitalar e Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de internamento hospitalar

Conforme o projeto específico para a UIA (apêndice XII), durante o estágio observei e participei na prestação de cuidados de enfermagem especializados aos adolescentes e família, integrando a equipa multidisciplinar.

Sendo um ser vulnerável, o adolescente, segundo Zagonel (1998, p.61) “necessita não apenas da habilidade técnica do enfermeiro, mas de seu cuidado humanizado”. Deste modo, a equipa de enfermagem deve apoiar os adolescentes a explorarem a transição que vivenciam, através das suas expectativas (condições das transições), identificando os elementos que mais os destabilizam, ajudando o adolescente a compreender quais as capacidades intrínsecas que pode mobilizar, assim como deve providenciar suporte e estratégias externas ao adolescente (terapêuticas de enfermagem) (Zagonel, 1998).

Procurei analisar eficazmente as situações (clínicas), utilizando uma linguagem técnica e científica nas passagens de turno e registos de enfermagem, mas principalmente estabelecer uma relação terapêutica com os adolescentes. Tentei manter uma atitude flexível, com abertura, sensibilidade, e treinar as competências necessárias para avaliar o comportamento dos adolescentes, as suas manifestações e preocupações, procurando promover, desde o acolhimento, um ambiente facilitador do desenvolvimento dos mecanismos necessários à adaptação à hospitalização (por exemplo, esclarecimento de dúvidas, garantindo a privacidade,

promovendo atividades lúdicas), de acordo com as suas necessidades de saúde e de atendimento.

As intervenções de enfermagem na UIA, direcionaram-se particularmente, pelo predomínio no serviço, para os adolescentes e famílias com doenças crónicas. Nesta fase, o adolescente começa a questionar-se sobre o seu futuro, e como esse futuro seria se ele não estivesse doente, o que pode diminuir a sua autoestima e conduzir a sentimentos de fracasso e impotência (Barros, 2003).

É fundamental compreender a perceção que cada adolescente tem relativamente à sua doença, mas também, compreender de que forma a doença e a hospitalização interferem no seu processo de transição de desenvolvimento (Maas & Zagonel, 2005; Zagonel, 1999). Os enfermeiros da UIA, por se encontrarem próximos do adolescente hospitalizado, são os que “melhor identificam os seus receios, as suas inseguranças e as dificuldades, pelo que devem mostrar-se receptivos e sensíveis às necessidades implícitas e explícitas dos adolescentes” (Abreu & Azevedo, 2012, p.21).

Seguindo as indicações da OMS (2002), durante as intervenções de enfermagem, foi mantida a privacidade do adolescente, quer referente a informações pessoais, quer na realização de qualquer procedimento, utilizando a sala reservada para o efeito, ou utilizando os biombos existentes na enfermaria.

Para ter a oportunidade de conhecer verdadeiramente o adolescente, dando-lhe oportunidade para falar de si, dos seus problemas e receios, procurei ter momentos a sós com os adolescentes, uma vez que eles poderiam não querer revelar algumas informações junto dos seus pais (Taquette, 2010).

A comunicação é considerada uma competência imprescindível na relação com o adolescente, implica disponibilidade e atenção recíproca, assim como saber descodificar o que o adolescente/família quer dizer no contexto do seu sofrimento, da sua ansiedade, na sua inibição ou agressividade, com a maior objetividade possível, criando um ambiente de confiança e disponibilidade efetiva (OE, 2010c).

Pretendendo ir de encontro às necessidades educacionais, específicas deste grupo etário, que se encontra hospitalizado, e interligando ao anterior objetivo de estágio “*Promover comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis no*

adolescente”, foi elaborada e apresentada na sala de atividades da UIA, uma sessão de educação para a saúde, dirigida aos adolescentes internados e disponíveis para participar, sobre o *Cyberbullying* (apêndice XIII).

O uso das tecnologias de informação e comunicação corresponde a algo tão frequente entre os jovens, que segundo Matos (2008, p. 259) “este facto acarreta já contornos de grande mudança no âmbito das relações interpessoais e práticas de lazer”, mas que se pode tornar uma dependência que limita e estreita o âmbito da vida pessoal do adolescente e “alguns, menos atentos ou mais vulneráveis, tornam-se, vítimas incautas de processos persecutórios”. Com a preocupação por este fenómeno, considera-se pertinente o objetivo geral da sessão de sensibilizar os adolescentes para adoção de comportamentos saudáveis na sua utilização, tendo esta sido considerada bastante positiva pela enfermeira de referência e pelas 5 adolescentes raparigas que estiveram presentes.

As atividades desenvolvidas, sujeitas a reflexão no documento em apêndice XIV, permitiram a concretização dos objetivos propostos para o estágio na UIA e principalmente o desenvolvimento de algumas competências de EEESCJ, tais como, promove a adaptação do jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (OE, 2010b).

Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de urgência

Este objetivo, assim como os próximos, foram essencialmente projetados para aquisição e desenvolvimento de competências em contexto hospitalar de Urgência Pediátrica, nomeadamente no SUPed-x e SUPed-y, conforme se pode observar pelos projetos específicos de estágio apresentados para cada local de estágio (apêndices XV e XVI).

Durante o período de estágio no SUPEd-y, acompanhei o enfermeiro de referência enquanto coordenador de equipa. Este enfermeiro tem a responsabilidade de distribuição de funções (postos de trabalho) durante o turno e igualmente atuar

como referência em situações de maior complexidade agindo de forma concisa, objetiva e promotora da prestação de cuidados de qualidade à criança/adolescente e família.

No que concerne ao SUPed-x, esta não é uma atividade formal (com nomeação do EEESCJ como responsável do serviço ou de turno) no entanto, transpondo estas atividades e competências para o local onde trabalho, procurei ser um modelo para os enfermeiros, pelo exemplo nas práticas e/ou partilha de saber, exercendo alguma influência/orientação na equipa, de modo a melhorar a qualidade do atendimento ao jovem neste serviço.

No seu desenvolvimento de competências de EE e EEESCJ, procurei fortalecer as minhas características de líder informal, descritas por Downey, Parslow e Smart (2011) de criatividade, interesse, partilha do conhecimento, união da equipa, credibilidade/confiança e ética profissional.

Num serviço de urgência/emergência, a capacidade de observação, avaliação da situação, associadas a rapidez e destreza manual, são fundamentais para antecipar e atuar em situações suscetíveis de agravamento do estado de saúde da criança/adolescente que recorre ao SUPed. De acordo com Benner “as enfermeiras peritas “são particularmente capazes de separar os problemas, estabelecer rapidamente as prioridades e delegar no pessoal disponível. Elas sabem como agir face a situações imprevisíveis e ajustar a sua estratégia” (2001, p.140).

Na triagem, compete aos enfermeiros, estabelecer o grau de prioridade do utente pediátrico para o atendimento médico, em função da sua gravidade clínica (Grupo Português de Triagem, 2002). Esta é uma área de grande complexidade, onde é necessário revelar a perícia em matéria de tomada de decisão e identificar as necessidades individuais de cuidados, no qual o EEESCJ, igualmente com formação específica no modelo de triagem adotado pela instituição, será o mais habilitado.

No processo de tomada de decisão, Nunes (2006) defende a autonomia e a responsabilidade como fundamentais na centralidade nos cuidados. Ao EEESCJ, valendo-se para a sua análise/avaliação, da sua experiência passada, perícia e do conhecimento da situação presente, cabe-lhe um papel ativo, na complexidade

especial da decisão, cada vez mais autônoma, no atendimento ao jovem e família no SUPed, seja na triagem, na vigilância ou intervenção subsequente (Benner, 2001).

Para os adolescentes e família, o atendimento no SUPed é maioritariamente uma situação de angústia, medo e *stress*, onde se deparam com uma situação inesperada de doença, surgindo um processo de transição de saúde-doença, que provoca o aumento da vulnerabilidade e risco de desequilíbrio (Meleis, 2007, 2010).

As necessidades de atendimento do adolescente no SUPed, vão ser influenciados pelo seu desenvolvimento cognitivo, nível de conhecimentos, capacidade em lidar com a situação, cultura, atitudes da família (condições da transição). A confiança que estes depositam nos profissionais de saúde, será um fator determinante para a implementação em parceria, de um plano (terapêutica de enfermagem) que satisfaça as suas necessidades de saúde e aumente o seu bem-estar (indicador de transição saudável) (Meleis, 2007).

Procurei proporcionar ao adolescente e família, algum conhecimento das possíveis intervenções e acontecimentos a ocorrer, através da comunicação efetiva e linguagem adequada, de modo a que pudessem adquirir competências para vivenciar mais facilmente a sua situação/transição.

No que respeita à privacidade no atendimento ao adolescente, tal como em outros contextos de estágio, frequentemente os pais estão presentes, sendo que após a abordagem inicial foi solicitado aos pais a sua ausência de modo a criar condições necessárias para que o adolescente possa expor os seus problemas, garantindo a confidencialidade acordada com o adolescente. Igualmente promovi e saloguei a privacidade física (exposição corporal), do adolescente, nomeadamente com as cortinas do quarto de internamento e a porta da sala de tratamentos permanecerem fechadas durante a consulta/entrevista ao adolescente ou procedimentos de enfermagem, impedindo interrupções (Aquino, 2009; Grossman, Ruzany, & Taquette, 2004).

Caracterizar a população adolescente que recorre aos serviços de urgência pediátrica e os motivos de procura, especificamente de um serviço, durante o período de 10 meses (Abril de 2013 a Janeiro de 2014)

O 2º objetivo geral do estágio, como referido anteriormente, reside em promover boas práticas de atendimento ao adolescente, particularmente em serviços de urgência pediátrica, no sentido de potenciar a concretização deste objetivo, oportunamente apresentei aos enfermeiros do SUPed-x, na reunião do serviço de 9 de Outubro de 2013, o projeto de estágio específico, o qual foi aceite, já que o atendimento ao adolescente é referido como uma dificuldade sentida, desde que foi alargada a idade de atendimento neste serviço.

No que alude ao objetivo específico de estágio acima descrito, apropria-se a obtenção da informação sobre a população alvo de cuidados, durante o período de 10 meses, período que corresponde à data de início do alargamento da idade pediátrica (na instituição) até ao penúltimo mês de estágio naquele SUPed.

A recolha dos dados de caracterização da população adolescente foi efetuada com o suporte da enfermeira-chefe do serviço e dos técnicos de informática da referida unidade de saúde, através da pesquisa retrospectiva dos utentes admitidos neste serviço. Posteriormente estes dados foram analisados quantitativamente e efetuado um documento para divulgação no serviço (apêndice XVII).

Habitualmente o adolescente é um indivíduo saudável, que recorre pouco aos serviços de saúde (OE, 2010c; OMS 2012). Pelos dados obtidos verifica-se esta concordância, em que os adolescentes correspondem apenas a 18,84% (N=4637) da população admitida no serviço de urgência pediátrica, sendo 5,98% (N=1472) adolescentes com 15 ou mais anos.

As diferenças de género na procura do serviço de saúde têm evidência na maioria de raparigas adolescentes (N=2553, 55,06%) em relação aos rapazes adolescentes (N=2084, 44,94%), calculando-se mais 1,53 raparigas por dia em relação aos rapazes.

Os fluxogramas de decisão atribuídos na triagem têm um carácter de identificação da queixa principal e inicial verbalizada pelo adolescente e/ou família, como tal poderão não expressar todos os motivos de procura do serviço de saúde (Grupo Português de Triagem, 2002). Os motivos de urgência/queixas iniciais dos adolescentes foram variados, constatando-se nos 47 fluxogramas de decisão atribuídos, um discreto predomínio de “Dor de Garganta” (N= 586, 12,64%) e de “Dor abdominal na Criança” (N= 504, 10,87%).

No que respeita às diferenças de género nos motivos de procura do serviço de urgência, a par das exclusivas de género (“Gravidez”, “Hemorragia vaginal” e “Dor Testicular”) salientam-se valores acima de 2 terços nos fluxogramas “Agressão” e “Feridas” nos adolescentes rapazes, e “Auto-agressão”, “Dor Lombar”, “Estado de Inconsciência”, “Problemas Urinários”, “Queimaduras Profundas e Superficiais” e, “Sobredosagem ou envenenamento” nas adolescentes raparigas.

Perante a diversidade de motivos de procura e de níveis de prioridade atribuídos ao adolescente no SUPed-x, entende-se a necessidade da cooperação multiprofissional e interdisciplinar qualificada, e a necessidade da constante atualização técnica e científica dos profissionais de saúde, com o aprofundamento de áreas como seja a adolescência, numa visão voltada para o autoconhecimento, controlo das suas próprias emoções e conhecimento dos seus limites e das suas potencialidades.

Identificar as necessidades de atendimento dos adolescentes quando recorrem e durante o internamento em serviços de urgência pediátrica.

Um bom relacionamento com os profissionais de saúde, associado a um ambiente seguro no SUPed, irá constituir uma condição facilitadora do processo de transição do adolescente em situação de urgência, ao passo que características do local desadequadas a esta faixa etária, podem constituir-se como uma condição inibidora da transição (Abreu & Azevedo, 2012).

Para identificar as necessidades de atendimento do adolescente no SUPed-x, realizei um estudo, de natureza qualitativa, onde participaram 10 adolescentes, tendo sido utilizada a entrevista como instrumento de colheita de dados (apêndice XVIII).

Efetuei previamente (em Novembro de 2013), o pedido de autorização ao Conselho de Administração para a realização do estudo, uma vez que implicava a realização de entrevistas a adolescentes internados em serviços do hospital, tendo obtido a aprovação do Conselho de Administração associado ao parecer da Comissão de Ética para a Saúde (apêndice XVIII).

Os objetivos das entrevistas consistiam em: a) identificar as necessidades dos adolescentes em relação ao atendimento no serviço de Urgência Pediátrica, no âmbito dos critérios de qualidade preconizados (OMS e OE), b) Conhecer a opinião dos adolescentes sobre o atendimento dos profissionais de saúde e as condições do serviço e, c) recolher sugestões dos adolescentes para possíveis mudanças a implementar relativamente ao seu atendimento neste serviço (apêndice XVIII).

Antes das entrevistas os participantes foram informados, de uma forma breve, acerca do objetivo e natureza do estudo, tendo-lhes sido reforçada a confidencialidade e o anonimato, e efetuado o pedido de autorização de gravação áudio das entrevistas, sendo que as entrevistas ocorreram após o consentimento escrito dos adolescentes e dos seus representantes legais (apêndice XVIII).

Todas as entrevistas foram transcritas para documento Word®, conforme se exemplifica com duas entrevistas no apêndice XVIII. Posteriormente foi efetuada a análise de conteúdo, com a interpretação dos dados, de uma forma objetiva, sistemática, qualitativa e quantitativa, segundo as orientações de Amado (2000) e de Bardin (1977).

A análise dos dados das entrevistas revelaram que as necessidades destes adolescentes prevalecem nas questões do relacionamento com os profissionais de saúde, nomeadamente na comunicação e linguagem, confidencialidade, e disponibilidade para o atendimento, ainda que a organização e funcionamento do serviço tenha bastante influência, nomeadamente na adequação dos espaços e permissão de acompanhamento familiar. A avaliação dos adolescentes foi positiva

em relação à acessibilidade e adequabilidade. Na aceitabilidade do serviço, os adolescentes revelaram pouca participação na decisão sobre os procedimentos ou tratamentos, assim como alguma dificuldade no que respeita à privacidade durante a interação com os profissionais de saúde.

Com o objetivo de contribuir para a produção de conhecimento e divulgação de resultados de estudos que sustentem as práticas dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, estão planejados, a elaboração de um artigo para publicação, tendo por base o estudo no apêndice XVIII, assim como a apresentação do estudo em comunicação livre na 13ª Conferência Internacional de Investigação Enfermagem, conforme resumo enviado para apreciação (apêndice XIX).

Conhecer as preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento do adolescente/família, particularmente em serviços de urgência pediátrica

No SUPed-y, após a discussão com o enfermeiro de referência do projeto específico de estágio (apêndice XVI), foi proposto pelo mesmo a realização de um questionário destinado aos enfermeiros, que seria útil para o serviço em questão e contribuía para a concretização do 2º objetivo geral. O referido questionário foi elaborado e pré-testado, contendo perguntas abertas e fechadas, com o objetivo de conhecer as preocupações e dificuldades especificamente dos enfermeiros deste serviço de urgência relativamente ao atendimento do adolescente (apêndice XX).

Após a aprovação do enfermeiro chefe do serviço para a sua aplicação (apêndice XX), o questionário foi distribuído pelos enfermeiros durante o período de 25 a 27 de Janeiro de 2014.

Obteve-se a participação de cerca de 55% (N=17) dos enfermeiros. Os dados recolhidos foram analisados qualitativa e quantitativamente e efetuado um documento para divulgação no serviço (apêndice XX).

Os resultados deste questionário revelam bastante preocupação e importância atribuída pelos enfermeiros à privacidade e à confidencialidade no

atendimento ao adolescente neste SUPed. A privacidade está presente nas respostas em quase todas as questões, e é considerada pelos enfermeiros como uma das dificuldades do adolescente, nomeadamente em internamento, assim como sendo a maior dificuldade dos enfermeiros no atendimento. As características inadequadas do local de atendimento, outra das dificuldades percebidas pelos enfermeiros poderão justificar a dificuldade na manutenção da privacidade do adolescente.

De acordo com possíveis dificuldades sentidas pelos adolescentes no serviço de urgência e pelos enfermeiros no atendimento ao adolescente, a comunicação com o adolescente, foi a área temática predominante para formação.

Ao nível da eficácia do serviço, a avaliação do atendimento ao adolescente pelos enfermeiros não é unânime, mas revela-se tendencialmente positiva.

No SUPed-x, foi elaborado, pré-testado, e aplicado após aprovação da enfermeira-chefe do serviço, um outro questionário dirigido aos enfermeiros do SUPed-x, com os objetivos de identificar e compreender as principais preocupações e as necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família, assim como de conhecer possíveis sugestões para melhoria do atendimento (apêndice XXI).

Obteve-se a participação de todos os enfermeiros (N=19). Os dados recolhidos foram analisados qualitativa e quantitativamente e efetuado um documento para apresentação e divulgação no serviço (apêndice XXI).

Destacam-se nas respostas dos enfermeiros, as suas preocupações e dificuldades no relacionamento e comunicação com o adolescente. A privacidade, corresponde à maioria das preocupações dos enfermeiros no atendimento ao adolescente no entanto, é minoritariamente vista como uma das suas dificuldades. A perceção do enfermeiro, no que respeita às dificuldades do adolescente, revela a privacidade do adolescente como sendo a maior das suas dificuldades quando recorre (associada à exposição corporal) e, principalmente, quando fica internado neste serviço de urgência pediátrica.

Os principais resultados deste questionário indicam também que o maior impacto, do alargamento da idade pediátrica até aos 17 anos e 365 dias neste SUPed-x, ocorreu na organização e funcionamento do serviço.

Ao nível da eficácia do serviço, a avaliação do atendimento ao adolescente não é unânime, mas revela-se tendencialmente positiva. Todos os participantes consideram ser necessária formação no âmbito do atendimento ao adolescente neste serviço, particularmente nas áreas da comunicação e entrevista ao adolescente, seguida das questões associadas ao desenvolvimento do adolescente.

Refletir com a equipa de saúde sobre as práticas atuais de atendimento ao adolescente e família, incluindo necessidades de eventuais mudanças ou formação e planeamento da sua implementação

Uma distinta atividade, efetuada ao longo do estágio no SUPed-x, e intitulada de “e-formação”, consistiu na partilha com a equipa de saúde, via e-mail, das mais recentes conceções, projetos de intervenção e investigação da OMS, DGS, OE, SPP e outras instituições sobre o atendimento ao adolescente.

Foram divulgados quatro e-mails por 47 destinatários pertencentes à equipa de saúde do SUPed-x (apêndice XXII). Obteve-se a resposta/participação de cerca de 13%, nomeadamente com sugestões de natureza organizacional e características do local (retirar uma maca do local de triagem para ser possível efetuar a triagem com maior privacidade e utilizar o gabinete de observação individual para atendimento ao adolescente) e sugestões respeitantes ao desenvolvimento profissional (formação sobre o atendimento ao adolescente).

Para a concretização deste objetivo específico de estágio, concomitantemente à “e-formação”, foram realizadas diversas reuniões oportunistas entre a equipa de saúde presente, durante os turnos de serviço, no local de trabalho, permitindo a troca e comunhão de ideias sobre o atendimento (preocupações e dificuldades comuns aos médicos e enfermeiros, e possíveis sugestões de melhoria), assim como para comentários (positivamente reveladores) sobre os e-mails recebidos.

Durante as atividades de estágio, incluindo a aplicação do questionário no SUPed-x e subseqüentes discussões com os diversos profissionais da equipa de saúde verificou-se que a temática do projeto foi, sem dúvida, pertinente face à realidade vivenciada no decorrer do exercício profissional, assim como ponderada a sensibilização dos enfermeiros face à problemática.

O potencial formativo no local de trabalho decorre pela transformação das experiências em aprendizagens. Segundo Abreu (2001), os adultos formam-se, para além dos momentos formativos, a partir da reflexão das práticas profissionais, de negociação com diferentes formas de poder e das interações com os pares.

Identificadas as necessidades formativas, foi delineada e apresentada uma primeira ação de formação em serviço sob o tema do atendimento ao adolescente no SUPed, com o objetivo geral de refletir com os enfermeiros sobre as práticas de atendimento ao adolescente neste serviço, delineando possíveis melhorias.

Os objetivos específicos da sessão consistiam em: sistematizar alguns princípios e conceitos sobre o atendimento ao adolescente; apresentar os dados de caracterização dos adolescentes que recorreram ao SUPed; apresentar os resultados do estudo efetuado no serviço; e analisar com os enfermeiros do serviço as questões passíveis de melhoria relativamente ao atendimento ao adolescente (apêndice XXIII).

A sessão decorreu de forma bastante positiva, como se pode observar pelo quadro resumo da avaliação da sessão no apêndice XXIV. Salienta-se a discussão gerada em torno das sugestões sobre eventuais melhorias, onde a maioria dos presentes participou ativamente, e da qual surgiram sugestões para a apresentação de novas ações de formação no âmbito da temática, nomeadamente sobre a entrevista ao adolescente e o aprofundar das questões do atendimento ao adolescente em situação de perturbações de somatização e psiquiátricas.

As atividades concretizadas, inerentes a estes objetivos, analisadas nos documentos em apêndices XXV e XXVI contribuíram, em muito, para o desenvolvimento das competências de EE e de EEESCJ.

2.3. As Competências Desenvolvidas: de Enfermeiro de Cuidados Gerais a Enfermeiro Especialista e a Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Reforçando a ideia de Benner, compreende-se o cuidar como uma prática, que “em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer (...) reforçada nas comunidades que apoiam a aprendizagem, e em climas organizacionais adequados” em que os enfermeiros prestadores de cuidados “desenvolvem tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral, pois aprendem com os seus pacientes e as suas famílias” (2001, p13-16).

O aprofundamento de conhecimentos na área de especialização através do conhecimento de novos contextos de intervenção, mostrou ser uma mais-valia para o desenvolvimento profissional, sendo que os objetivos propostos foram progressivamente concretizados, numa avaliação continuamente bastante positiva.

Esta concretização permitiu o desenvolvimento de competências comuns de EE que, segundo a OE (2010a, p.3) são “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade”, nas esferas de ação, em cada domínio:

- No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal,
- No domínio da Gestão dos Cuidados,
- No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais,
- No domínio da melhoria da qualidade (OE, 2010a).

A Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém a sua intervenção no período que compreende o nascimento até aos 18 anos de idade. As suas áreas de atuação comportam a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com a deteção precoce e encaminhamento de situações que podem afetar de forma negativa a qualidade de vida das crianças e dos jovens ou mesmo a sua própria vida (OE, 2010b).

Pelos objetivos atingidos, a centralidade do processo de cuidar efetuou-se considerando quatro conceitos básicos estruturantes: a pessoa alvo dos cuidados (o adolescente e família), o ambiente que a envolve (aqui para além do seu contexto sociocultural, refere-se também aos diversos contextos de estágio em que o adolescente se encontra), as crenças de saúde e de doença (pelas quais se rege e em que acredita) e o cuidado de enfermagem (especializado) de que necessita, por meio das terapêuticas de enfermagem, de modo a promover, recuperar ou facilitar a saúde (Basto, 2009; Meleis, 2007).

Tendo por base a evidente concretização de todos os objetivos de estágio considero, assim, ter desenvolvido na prática clínica, em diversos contextos, as competências de EEESCJ, descritas no Regulamento da OE de 20 de Novembro de 2010, publicado no Diário da República, 2ª Série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011:

- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde,
- Cuida da Criança/jovem e família nas situações de especial complexidade,
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2010b).

Face aos objetivos propostos, atividades efetuadas e competências desenvolvidas em intervenções específicas e especializadas de enfermagem de SIP, situo-me em diferentes contextos, respetivamente em diferentes níveis, de competente a proficiente, este último, referindo-se ao contexto de urgência pediátrica, o que traduz a capacidade da enfermeira em reconhecer situações no seu todo, melhorando “o seu processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso, porque a enfermeira possui, agora, uma perspetiva que lhe permite saber quais dos muitos aspetos e atributos são importantes” (Benner, 2001, p.55).

3. QUESTÕES ÉTICAS

Neste capítulo, e antes de finalizar o relatório de estágio, importa refletir sobre as questões éticas mais proeminentes dos cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família.

Enquanto pessoa e profissional de saúde, o enfermeiro desenvolve o seu quadro conceptual ético e moral, integra os princípios éticos da profissão e responsabiliza-se pela visibilidade dos cuidados nas questões e dilemas éticos com que se depara. Na abordagem descrita por Isabel e Michel Renaud (1996, p.35) a ética é a “teoria que percorre o itinerário desde a interioridade do agir para a sua fundamentação”.

Os cuidados de enfermagem estão intrinsecamente relacionados com padrões éticos profissionais, assentes num “conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p.17). Neste sentido, a intervenção durante o estágio esteve sensível para a valorização do sofrimento e da dor, seja perante o adolescente que recorre ao SUPed, avaliando a sua dor e agindo em conformidade com terapêutica farmacológica protocolada, seja pela avaliação, alívio e controlo não farmacológico da dor do RN internado na neonatologia, onde foi igualmente importante a realização de uma instrução de trabalho nesse âmbito.

Encontra-se disposto no artigo 8.º alínea 1 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro), que “...os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”. Nomeadamente, o direito de acesso a informação apropriada, com o respeito pela informação existente e pelas suas crenças e cultura, efetuou-se através do fornecimento da informação orientadora dos cuidados antecipatórios dirigida às famílias (particularmente na USF), informação sobre os procedimentos/tratamentos, e esclarecimento de dúvidas ao adolescente e família, segundo as suas necessidades.

Ao EE compete a responsabilidade ética, profissional e legal acrescida (OE, 2010a). Ao longo do estágio as decisões foram sustentadas pelo código Deontológico dos Enfermeiros, que tem, de acordo com Veiga (2006, p. 47) “um elevado sentido ético, alicerçando-se numa ideologia profundamente humanista em que o corporativismo é secundarizado pela procura da excelência profissional”. Promovi, através do exemplo na prática, o exercício profissional de acordo com código deontológico, sistematicamente avaliando a melhor forma de agir, de acordo com as preferências da criança/jovem e família, e apoiando os enfermeiros (como consultor) nos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade.

No que concerne ao direito à privacidade, seja esta informacional, psicológica, social ou física (Britto, Tivorsak & Slap, 2010), este foi sempre uma preocupação na interação com o adolescente, considerando, de acordo com Veiga, referenciando Watson (1985) “um elemento básico para que se estabeleça uma relação de confiança entre o paciente e o profissional” (2006, p.81). As práticas de cuidados ao longo do estágio foram geridas de modo a não comprometer a privacidade do adolescente, com o cuidado de fechar as cortinas/portas, adaptando espaços (nomeadamente na triagem) para que o adolescente tivesse a oportunidade de ser atendido sozinho e/ou protegido da exposição corporal.

Durante as consultas de enfermagem, a par de não fazer juízos de valor, foi garantida e preservada a confidencialidade das informações, em acordo com o adolescente, assim como salvaguardada a possibilidade de atendimento sem o acompanhante familiar.

No que se refere ao estudo efetuado com os adolescentes, estiveram presentes os princípios éticos da privacidade, desejo de participação, anonimato, confidencialidade, com o sentido de responsabilidade e honestidade do investigador, não fazendo juízos de valor acerca de atitudes ou opiniões diferentes. Iniciou-se a colheita de dados depois de ter obtido a autorização para a realização da entrevista pelo conselho de administração e o parecer da comissão de ética para a saúde, e após a explicação do trabalho em desenvolvimento e do pedido e obtenção de consentimento informado para a participação na mesma ao adolescente e seu responsável legal.

O respeito pela autonomia do adolescente e pelas suas decisões foi algo que se procurou sempre ao longo do estágio, nomeadamente com o seu consentimento para os procedimentos de enfermagem, precedido de informação e esclarecimento, embora em situações concretas (por exemplo: perturbações psiquiátricas), segundo Cabral (1996, p.57) “legitimamente limitado pelo respeito por outros valores, assegurados por outros princípios”, o conteúdo desse dever, foi mediado por critérios, nomeadamente de capacidade ou não da pessoa na decisão em causa, dentro do plano legal.

Um conflito ético relacionado com a autonomia do adolescente, que foi mediado pelo enfermeiro, ocorreu quando um adolescente foi trazido à revelia ao SUPed para avaliação médica, por desacordos familiares e alterações comportamentais, segundo os pais. Nesta situação, percecionada como cada vez mais frequente no meu local de trabalho, a mediação passa (na ausência de doença, risco de vida, ou comportamentos de risco), do ponto de vista ético, pela obtenção do consentimento do adolescente para a consulta, e por outro lado pela avaliação da capacidade e sensibilização da família para lidar com a transição da adolescência.

No contexto do SUPed, as fragilidades do processo de tomada de decisão, prendem-se com o tempo limitado de contato com algumas crianças/jovens e famílias, que não permite conhecer as suas reais características e necessidades. No entanto, o respeito pelos princípios éticos inerentes à profissão é assegurado mediante o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com o adolescente e família, sendo “fundamental ouvir os adolescentes, promover a sua auto-estima e a consciência do bem melhor, quer pessoal, quer colectivo” (OE, 2010c, p.20).

De acordo com a Professora Taylor (2014), em conferência recente realizada na ESEL, “ser ético pode ser desafiar o colega”, e igualmente ser sensível às consequências humanas da ação, saber identificar um problema e mobilizar as pessoas certas para a resolução do mesmo. A tomada de decisão em equipa, com a partilha de experiências com os enfermeiros mais experientes, o discernimento, a mediação do conflito ético, e o apoio no processo de tomada de decisão, foram conjuntamente algumas das estratégias utilizadas para a resolução de problemas em estágio.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prestação de cuidados de enfermagem de excelência foi e, será sempre, um desafio, interligado ao saber, saber fazer e saber ser. É uma tarefa árdua, mas gratificante, em que a enfermagem, como diz Benner (2001, p.18) “é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais (...) é socialmente construída e colectivamente concretizada”.

Ao EEESCJ, em qualquer que seja o contexto que a criança/adolescente e a família/pessoa significativa se encontrem, compete dar resposta nas situações de especial complexidade e vulnerabilidade. Para tal detém conhecimentos e habilidades que lhe permitem antecipar e responder a diversas situações específicas de saúde, nomeadamente em situações de emergência (OE, 2010b).

A OE descreve que compete ao EEESCJ prestar cuidados específicos em resposta às necessidades da criança/jovem e família e nesse sentido deve procurar conhecer essas mesmas necessidades. Assim sendo, e associando as competências comuns do EE, este deve assumir um papel importante neste âmbito, de forma a criar, gerir, supervisionar e promover projetos e programas de saúde que possam ir, particularmente, ao encontro das necessidades dos adolescentes (OE, 2010a, 2010b).

Ao longo do estágio, o “cuidado transicional” (Zagonel, 1999, p.25), incluiu as questões do crescimento e do desenvolvimento, a promoção da saúde, o lidar com a doença e a sua recuperação. Pela sua especificidade, o atendimento ao adolescente exigiu especial atenção, com o aprofundamento dos conhecimentos relativos ao desenvolvimento nesta fase da adolescência, no sentido de responder atempada e adequadamente às suas necessidades de atendimento, de saúde e de educação.

O adolescente é um cidadão pleno de direitos e o principal ator na promoção e construção da sua saúde, pelo que os serviços de saúde devem dar enfoque a um atendimento específico que abarque todas as mudanças e necessidades específicas do adolescente de forma integrada, num ambiente adequado (OE, 2010c; OMS, 2012; SPP, 2009; Taquette, 2010; Tavares & Fonseca, 2009).

Esta experiência permitiu igualmente cimentar as competências relacionais previamente existentes, e explorar o desenvolvimento de competências de atendimento, comunicação e disponibilidade em situações particulares de transição com todos os receios e medos que lhe são inerentes.

Pessoalmente, desenvolvi a capacidade de organização e gestão dos cuidados de maior especificidade ao adolescente, ou de maior complexidade ao RN internado, assim como no desenvolvimento e suporte de iniciativas de melhoria da qualidade dentro da equipa de saúde, como por exemplo os folhetos sobre diversificação alimentar para a USF e a proposta de instrução de trabalho no âmbito da dor no RN para a Neonatologia.

Identifiquei oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados no atendimento ao adolescente no SUPed-x, tendo auscultado a equipa de saúde durante os turnos, efetuado entrevistas aos adolescentes, questionários aos enfermeiros do serviço, e solicitado a participação da equipa de saúde com ideias via *e-mail*, após o qual, integrando as suas sugestões, planeei e implementei algumas ações para melhoria do atendimento ao adolescente, salientando-se a reorganização dos espaços e funcionamento do serviço de modo a aumentar a privacidade do adolescente e sua família.

Foi feita a proposta de utilização de um gabinete de observação específico para o adolescente, sugerida por alguns membros da equipa de saúde, e a proposta de introdução de alguns meios lúdicos destinados aos adolescentes no internamento (eg. televisão e wireless), sugeridos pelos adolescentes, que ficam pendentes de autorização do diretor do serviço.

Através dos questionários aos enfermeiros, foram identificadas algumas das suas necessidades de formação, tendo intervindo através da formação em serviço sobre o atendimento ao adolescente (via *e-mail* e em sessão presencial), contribuindo para uma maior sensibilização, conhecimento, e coesão da equipa de saúde no que diz respeito ao atendimento do adolescente.

Perspetiva-se a continuidade das sessões de formação, nomeadamente sobre a comunicação com o adolescente e a entrevista ao adolescente; a

organização de umas jornadas de enfermagem no âmbito dos cuidados ao adolescente particularmente com problemas do foro psicossomático e psiquiátrico, em complementaridade com enfermeiros especialistas em saúde mental (possivelmente no final do ano corrente); a elaboração de uma instrução de trabalho no âmbito da continuidade dos cuidados ao adolescente e referenciação adequada para os cuidados de saúde primários; e a constituição de um grupo de trabalho com enfermeiros e médicos (com formação específica na área da adolescência), psicóloga e assistente social, dinamizador da qualidade de atendimento ao adolescente no serviço de pediatria.

Com responsabilidade profissional, ética e legal acrescida de EE (estudante), desenvolvi a minha capacidade de decisão, liderança, proatividade e de ação enquanto modelo de referência, onde a minha participação foi valorizada pelos colegas, para a prática de atendimento ao adolescente no SUPed. Foram enriquecedores os momentos de reflexão entre a equipa de saúde, bem como as minhas observações face aos cuidados prestados aos adolescentes, contribuindo especificamente para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Inserida na visão do atual PNS, de “maximizar os ganhos em saúde através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis”, contribuí para aumentar da qualidade do atendimento ao adolescente e família no SUPed (DGS, 2013a, p.18).

Segundo a OE (2006) o conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem permite melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Assim sendo, a divulgação dos resultados dos estudos que realizei, ainda que incluam amostras de dimensão reduzida, poderão contribuir para o aumento do conhecimento sobre as necessidades dos adolescentes e as preocupações e/ou dificuldades dos enfermeiros no atendimento aos adolescentes em alguns serviços de saúde, contribuindo para a motivação das equipas de saúde para aumentarem a qualidade dos cuidados prestados aos jovens com base em resultados que evidenciam a necessidade de mudanças nas práticas dos profissionais.

Numa perspetiva futura, considera-se fundamental continuar o estudo sobre o atendimento ao adolescente, seja porque a saúde dos adolescentes é considerada

uma prioridade pela OMS (2002) seja no sentido de acrescentar conhecimento relativo aos cuidados específicos de enfermagem dirigidos às necessidades reais do adolescente que aumentam, segundo Zagonel (1998) as suas capacidades para lidar e adaptar-se à(s) transição(ões).

Face aos resultados dos estudos, com a maior importância atribuída pelos enfermeiros à privacidade, e igualmente valorizada pelos adolescentes portugueses, quando recorrem aos serviços de saúde, considero pertinente a realização de outro estudo que identifique e analise as várias dimensões da privacidade no atendimento.

As dificuldades encontradas ao longo do estágio prenderam-se, sobretudo com as limitações temporais de trabalhador-estudante, e com o tempo de resposta institucional aos pedidos de autorização necessários à realização de trabalhos nos respetivos contextos. No entanto, distinguem-se como pontos fortes a possibilidade de escolha dos locais de estágio, a motivação pessoal durante o percurso nos mesmos, as oportunidades de realização de atividades específicas de formação e de iniciar estudos de investigação, especificamente no contexto onde exerço atualmente a minha atividade profissional.

Para Le Boterf (2005), a competência situa-se no centro da interação entre três eixos: a pessoa (definindo uma dimensão de pessoalidade), a sua formação (no sentido mais académico) e a sua experiência profissional. O profissional competente não é aquele que tem os recursos, mas aquele que, em contexto profissional, articulando os seus vários domínios, consegue mobilizar esses recursos.

O desenvolver do referido percurso formativo, que partiu da reflexão sobre as minhas competências e necessidades de aprendizagem, permitiu-me percorrer um caminho potenciador de crescimento e de desenvolvimento de competências no âmbito do EEESCJ, nos cuidados à criança/jovem e família, procurando resultados positivos para a enfermagem e, para o serviço onde exerço funções, muito especialmente para a qualidade de cuidados disponibilizados ao adolescente e família que a ele se dirigem.

A análise do percurso formativo tornou oportuna a reflexão no campo das competências desenvolvidas, demonstrando a articulação dos saberes em múltiplas vertentes e, a aquisição de atributos que considero essenciais para alcançar a excelência dos cuidados enquanto potencial EEESCJ.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: Como facilitar a transição? *Adolescência e Saúde*, 9 (3), 21-28. Acedido 27/10/2012. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327
- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Almeida, I. S., Rodrigues, B. M. R. D. & Simões, S. M. F. (2007). O adolescer... um vir a ser. *Adolescência & Saúde*, 4 (3), 24-28. Acedido a 04-07-2013. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=95
- Amado, J. S. (2000). A técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, 5, 53-63.
- American Psychological Association (2014). *Frequently asked questions about APA style*. Acedido a 25-04-2014. Disponível em: <http://www.apastyle.org/learn/faqs/index.aspx>
- Amorim, V. L., Viera, N., Monteiro, E., Sherlock, M. S. & Barroso, M. G. T (2006). Práticas Educativas desenvolvidas por Enfermeiros na Promoção à Saúde do Adolescente. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 19 (4), 240-246. DOI: 10.5020./18061230.2006.p240.
- Apolinário, M. I. C. G. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 83-92.
- Aquino, J. H. W. (2009) Unidades de internação hospitalar específicas para adolescentes: vale a pena. *Adolescência & Saúde*, 6 (2), 47-50. Acedido a 27-10-2012. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=30
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2006). A Unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Coord.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (pp.297-316). Coimbra: Quarteto Editora.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18. Acedido a: 07-07-2013. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Breinbauer, C. & Maddaleno, M. (2005). *Youth: choice and change: promoting health behaviors in adolescents*. Washington: Pan American Health Organization.
- Britto, M. T., Tivorsak, T. L. & Slap, G. B. (2010). Adolescent's Needs for Health Care Privacy. *Pediatrics*, 126 (6), e1469-e1476. DOI:10.1542/peds.2010-0389.
- Cabral, R. (1996). Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. In L. Archer, J. Biscaia & W. Osswald (Coord.). *Bioética* (pp.53-58). Lisboa: Editorial Verbo.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (6), 1058-1062.
- Castanheira, J. (2006). Adolescentes: que respostas? In Santos, L. (coord.). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. (pp.44-46). Lisboa: IAC.
- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Pennsylvania: School of Nursing Departmental Papers. Acedido a 04-06-2013. Disponível em: <http://repository.upenn.edu/nrs/9/>
- Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (2011). *Relatório de Resultados. Questionário sobre o Consentimento Informado, Acompanhamento de crianças até aos 18 anos de idade e Visitas a doentes no internamento hospitalar*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Acedido 24-10-

2012. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/2E38231C-BE68-4060-B439-9A5C690BC0D3/0/relatorio_acs_2011.pdf

Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (2013). *Relatório Síntese das atividades da comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente - setembro/2012 a junho/2013*. Lisboa: DGS. Acedido 04-06-2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/comissao-nacional-da-saude-materna-da-crianca-e-do-adolescente/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/comissao-nacional-da-saude-materna-da-crianca-e-do-adolescente/publicacoes.aspx>

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.). Lisboa: OE (Tradução do original do inglês ICNP® Version 2 – International Classification for Nursing Practice, 2010, Genebra: International Council of Nurses).

Cordeiro, R. A. (2007). O planeamento de um programa de intervenção com adolescentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 709-711.

Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República I Série-A, N.º 205 (04-09-1996) 2959-2962.

Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Definição da idade pediátrica em Portugal. Diário da República II Série, N.º 112 (11-01-2010) 32123.

Direção-Geral da Saúde (2005). *Saúde dos Jovens em Portugal: elementos de caracterização 2005*. (V. Prazeres, coord.). Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2012a). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Norma nº 40/2011 (atualização em 26/01/2012) Lisboa: DGS. Acedido a 05-01-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/vacinacao.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2012b) *Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Orientação n.º24/2012. Lisboa: DGS. Acedido a 05-11-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Versão resumo*. Lisboa: DGS. Acedido a 03-06-2013. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20134.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS. Acedido a 03-06-2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>
- Dodds, H. (2010). Meeting the Needs of Young People in Hospital. *Pediatric Nursing*, 22 (9), 14-18. Acedido a 19-02-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21140889>
- Downey, M., Parslow, S. & Smart, M. (2011). The hidden treasure in nursing leadership: informal leaders. *Journal of Nursing Management*, 19, 517-521.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013a). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos escritos, Referências Bibliográficas e Citações. Normas APA e ISSO 690 (NP 405)*. Lisboa: ESEL. Acedido a 02-03-2014. Disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/1DA4C429-60C4-4A6E-81B8-BAAA77236839/0/Guia2013_Recuperado_set.pdf
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013b). *Programa de Unidade Curricular. Estágio com Relatório. 2013/2014*. Lisboa: ESEL.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). *Regulamento de Mestrado 2014*. Lisboa: ESEL. Acedido a 12-03-2014. Disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf
- Ferreira, M. M. C. & Costa, M. G. F. A. (2004). Cuidar em parceria: subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium. Revista do ISPV*, 30, 51-58. Acedido a 22-06-2013. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/442/1/Cuidar%20em%20parceria.pdf>
- Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes. Um desafio para Pais e Educadores*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

- Godeau, E.; Gabhainn, S. N.; Magnusson, J. & Zanotti, C. (2011). A profile of Young People's Sexual Behaviour: Findings from the Health Behaviour in School-aged Children study. *Entre Nous*, 72, 24-26. Acedido a 08-05-2014. Disponível em: <http://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/8915/904719.pdf?sequence=1>
- Grossman, E., Ruzany, M. H. & Taquete (2004). A consulta do adolescente. *Adolescência e Saúde*, 1 (1), 9-13. Acedido a 04-06-2013. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=223
- Grupo Português de Triagem (2002). *Triagem no Serviço de Urgência: Grupo Português de Triagem de Manchester*. (2ª Ed.). Portugal: BMJ Publishing Group.
- Harrison, T. M. (2010). Family Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25 (5), 335-343. DOI:10.1016/j.pedn.2009.01.006.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Kirk, S. (2001). Negotiating lay and professional roles in the care of children with complex health care needs. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (5), 593-602.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Porto: Asa Editores, S.A.
- Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro (2007). Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82 de 23 de Setembro. Diário da República, I Série N.º 170. (04-09-2007) 6181-6258.
- Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde, Diário da República I Série N.º 134 (14-07-2009) 4467.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série N.º 180 (16-09-2009) 6528-6550.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de Março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República I Série N.º 57 (21-03-2014) 2127-2131.

- Maas, T. & Zagonel, I (2005). Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 68-75.
- Machado, M. V. P. & Zagonel, I. P. S. (2003). O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, 8 (2), 26-33. Acedido a 29-04-2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1691/1399>
- Madkour, A. S.; Farhat, T.; Halpern, C. T.; Godeau, E. & Gabhainn, S. N. (2010). Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *Journal of Adolescent Health*, 47 (4), 389-398. Acedido a 08-05-2014. Disponível em: <http://europepmc.org/articles/PMC2945604>
- Maia, G. (2006). As necessidades do adolescente no hospital. In L. Santos (Coord.) *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no hospital* (73-74). Lisboa: IAC.
- Matos, M. G. (2008). A saúde do adolescente: O que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2 (26), 251-263.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L. (...) & Equipa Aventura Social (2011). *A Saúde Dos Adolescentes Portugueses. Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Aventura Social & Saúde. Acedido a 06-03-2013. Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (4th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theory in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H. & Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255-259.
- Mendes, M. G. S. R. & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 113-121.
- Miller, O. N.; Friedman, S. B. & Coupey, S. M. (1998). Adolescent preferences for rooming during hospitalization. *Journal of Adolescent Health*, 23 (2), 89-93. Acedido a 09-05-2014. Disponível em: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(98\)00015-9/abstract](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(98)00015-9/abstract)
- Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In *II congresso Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem do Enfermeiros., Lisboa, 10-12 Maio 2006. Acedido a 10-01-2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010). *Desafios em tempo de crise. Relatório de Primavera 2010*. Lisboa: OPSS. Acedido a 10-12-2013. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf
- Oliveira, A.; Cunha, M.; Ferreira, L.; Figueiredo, H.; Cadete, A. & Machado, M. C. (2008). Cuidar para o desenvolvimento – Intervenção para o Recém-Nascido Pré-Termo de Muito Baixo Peso. *EssFisiOnline*, 4 (2), 44-61. Acedido a 04-11-2013. Disponível em: <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol4n2.pdf>
- Opperman, C. S. & Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. (I. Albernaz, M. H. Bertolo, M. Quitério & K. Furtado, Trads.) Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Contemporary Pediatric Nursing, Philadelphia: Mosby –Year Book, Inc.).
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. Lisboa: OE. Acedido a 25-04-2014. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE. Acedido a 05-03-2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Acedido a 24-10-2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE. I Série (1) 3 - Vol.1 (Cadernos OE). Lisboa: OE. Acedido a 02-11-2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Acedido a 24-10-2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE. I Série (2) 3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02-11-2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VollI.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012a). Ordem dos Enfermeiros propõe que o Ministério da Saúde isente de taxas moderadoras a crianças e jovens. *Notícias*. Acedido a 21-06-2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/OEIsenteTaxasModeradorasCriançasJovens.aspx>

- Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization. Acedido 21-11-2012. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Strengthening the health sector response to adolescent health and development*. Geneva: World Health Organization. Acedido 21-11-2012. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_adh_flyer_2010/en/
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 08-05-2014. Disponível em: <http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2010/adolescent-sexual-reproductive-health/pdf/WHO-mainstreaming-adolescent-pregnancy-efforts-MPS-2010.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Geneva: World Health Organization. Acedido 11-12-2012. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/
- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, S. W. (2001). *O mundo da criança*. (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos Adolescentes: Princípios Orientadores*. Lisboa: DGS.
- Renaud, I. & Renaud, M. (1996). Ética e moral. In L. Archer, J. Biscaia & W. Osswald (Coord.). *Bioética* (pp.34-40). Lisboa: Editorial Verbo.
- Rojas, J. R. (s.d.). *La importancia de la promoción de la salud durante de la Adolescencia*. Acedido 18-03-2013. Disponível em: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/La%20importancia%20de%20>

[la%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20durante%20de%20la%20Adolescencia-Dra.%20Julieta%20Rodr%C3%ADquez%20Rojas..pdf](#)

Saleeba, A. (2008), The Importance of Family-Centered Care in Pediatric Nursing. *School of Nursing Scholarly Works*. Paper 48. Acedido a 24-10-2012. Disponível em: http://digitalcommons.uconn.edu/son_articles/48

Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2009). *Requisitos Para o Atendimento ao Adolescente. Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Acedido a 25-02-2013. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_SPP/Atendimento_Adolescente.pdf

Sousa, D. (s.d.). *Competências e Saberes em enfermagem*. Madeira: OE. Acedido a 19-02-2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%Aancias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>

Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (2008). *Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista*. (C. M. C. Vieira, Trad.) (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Tradução do original do inglês *Adolescent Psychology. A Developmental View*, New York:McGraw-Hill Inc.).

Staa, A. L.; Jedeloo, S. & Stege, H. (2011). "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Preference and Adherence*. Dove Medical Press, Ltd. 291-305. Acedido a 15-12-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140311/pdf/ppa-5-291.pdf>

Taquette, S. R. (2010). Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Adolescência & Saúde*, 7 (1), 6-11. Acedido 25-02-2013. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=174

Tavares, H.B & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica*

Portuguesa. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 40 (4), 154-159. DOI: 0873-9781/09/40-4/154.

Taylor, C. (2014). *Conferência: Assistential Ethics: the Center for Clinical Bioethics Experience*. Lisboa, 19 de Maio de 2014. ESEL.

Veiga, J. (2006). *Ética em enfermagem. Análise, Problematização e (Re)Construção*. Lisboa: Climepsi Editores.

Vicario, M. I. H. (2004). Atención integral del adolescente. Revisión crítica. *Contenido Científico del XVIII Congreso de la SEPEAP Alicante 2004*. 76-84. Acedido a 11-04-2014. Disponível em: <http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Contenido-Cient%C3%ADfico-del-XVIII-Congreso-2004-Alicante.pdf>

Viner, R. M. (2007). Do Adolescent Inpatient Wards Make a Difference? Findings from a National Young Patient Survey. *Pediatrics*, 120 (4), 749-755. DOI:10.1542/peds.2006-3293.

Warren, N. (2012) Involving Patient and Family Advisors in the Patient and Family-Centered Care Model. *MedsurgNursing*, 21 (4), 233-239.

Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana enfermagem*, 7 (3), 25-32.

ANEXOS

**Anexo I – Despacho nº9871/2010 de 11 de Junho. Alargamento da Idade
Pediátrica**

Instituto da Segurança Social, I. P.

Centro Distrital do Porto

Despacho n.º 9870/2010

Nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 35.º do CPA e no uso dos poderes que me foram subdelegados pelo Despacho do Exmo. Senhor Director Adjunto do Centro Distrital do Porto, n.º 5425/2010, publicado no *Diário da República*, 2.ª série n.º 59, de 25 de Março de 2010, subdelego na Directora do Núcleo de Prestações de Desemprego, a licenciada Anabela de Assunção Costa Paulo Magalhães, a competência para:

1.1 — Decidir sobre as prestações do sistema previdencial, no âmbito da competência do Núcleo de Prestações de Desemprego do Centro Distrital do Porto;

1.2 — Decidir sobre as prestações do subsistema de solidariedade do sistema de protecção social de cidadania, no âmbito da competência do Núcleo de Prestações de Desemprego do Centro Distrital do Porto;

1.3 — Despachar pedidos de justificação de faltas;

1.4 — Decidir sobre a justificação das faltas ao serviço dos colaboradores sob sua dependência;

1.5 — Despachar os pedidos de autorização para ausência ao serviço, por motivos de tratamento ambulatorio, consultas médicas ou exames complementares de diagnóstico.

1.6 — Assinar a correspondência relacionada com assuntos de natureza corrente necessária ao normal funcionamento dos serviços, incluindo a dirigida aos tribunais, com excepção da que for dirigida ao Presidente da República, à Assembleia da República, ao Governo e aos titulares deste órgão de soberania, à Provedoria de Justiça e a outras entidades de idêntica ou superior posição na hierarquia do Estado, salvaguardando situações de mero expediente ou de natureza urgente;

1.7 — Autorizar a passagem de certidões e declarações respeitantes a beneficiários no âmbito da competência do Núcleo de Prestações de Desemprego do Centro Distrital do Porto.

2. — O presente despacho produz efeitos a partir de 15 de Março do ano corrente, ficando assim ratificados os actos praticados no âmbito dos poderes nele conferidos, nos termos do artigo 137.º do CPA.

30 de Abril de 2010. — A Directora da Unidade de Prestações, *Ana Paula Machado da Costa*.

203339641

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete da Ministra

Despacho n.º 9871/2010

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança é o mais amplamente ratificado instrumento internacional de direitos humanos. A Convenção sobre os direitos das crianças foi adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

A criança é definida no artigo 1.º da Convenção como todo o ser humano com menos de 18 anos, excepto se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo. De acordo com o artigo 24.º da Convenção a criança tem direito a gozar do mais alto padrão de saúde possível a ser assegurado pelo Estado. Com vista à realização plena destes objectivos, as políticas em saúde e as medidas tomadas nos últimos 20 anos tornaram Portugal uma referência na promoção da saúde da criança e do adolescente.

A idade pediátrica em Portugal foi inicialmente estabelecida por despacho da Direcção-Geral dos Hospitais, em 24 de Fevereiro de 1987, até aos 14 anos e 364 dias nas consultas, urgência e internamento. Na sequência da aprovação da Convenção sobre os direitos das crianças, e da consequente evolução da prática internacional, em Portugal, quando as crianças necessitam de cuidados hospitalares são frequentemente seguidas nos serviços de pediatria, até que seja feita a transição para a idade adulta, o que sucede em idades variáveis, de acordo com a patologia em questão e os protocolos aplicáveis ao caso concreto.

Estudos realizados pela Direcção-Geral de Saúde e pelo Instituto de Apoio à Criança — Sector Humanização revelam que hoje o atendimento estabelecido nos serviços de pediatria em todos os hospitais varia entre os 12 e os 18 anos. Nesta medida, o âmbito subjectivo do Programa Tipo Saúde Infantil e Juvenil da Direcção-Geral de Saúde aprovado em 2005 e que revogou a circular normativa n.º 9/DSI, de 6 de Outubro de 1992, e que constitui a orientação técnica dada ao Sistema Nacional de Saúde em matéria de avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças abrange crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos.

Com vista à realização plena dos direitos decorrentes do artigo 1.º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças, cumpre proceder à harmonização da idade de atendimento à criança e ao adolescente em todo o País, assegurando a acessibilidade à rede de cuidados pediátricos em todo o Sistema Nacional de Saúde a todos os utentes até aos 18 anos.

Considerando que no seu percurso de crescimento e desenvolvimento as crianças têm necessidades muito diversas, deverá atender-se às especificidades das diferentes características da idade da criança e adolescente, criando as condições para o cumprimento das recomendações das Nações Unidas e da Carta da Criança Hospitalizada no âmbito da rede de cuidados pediátricos.

Assim, determino:

1 — O alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos 17 anos e 364 dias.

2 — A implementação do alargamento da idade de atendimento deverá ser gradual e progressiva, em termos a definir por cada instituição, em articulação estreita com a respectiva administração regional de saúde, atendendo às especificidades de cada área de intervenção.

1 de Junho de 2010. — A Ministra da Saúde, *Ana Maria Teodoro Jorge*.

203338775

Despacho n.º 9872/2010

As unidades coordenadoras funcionais (UCF) da Saúde Materna e Neonatal foram criadas pelo despacho n.º 6/91, de 28 de Maio, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, e reestruturadas pelo despacho n.º 12917/98, de 27 de Junho, da Ministra da Saúde, que alargou o seu âmbito e competências à criança e ao adolescente. Durante os seus quase 20 anos de existência, as UCF desempenharam um papel fundamental na promoção da saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente, assim como na indispensável articulação entre a prestação de cuidados de saúde primários e hospitalar, tendo permitido uma melhoria significativa nos indicadores, sendo Portugal hoje apontado como país de referência dos indicadores materno-infantis. Sucessivas alterações legislativas, nomeadamente a modificação dos modelos de gestão ao nível da prestação de cuidados de saúde primários e gestão hospitalar designadamente com a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), a aprovação da rede de referenciação materno-infantil, por despacho ministerial, em 26 de Abril de 2001, a criação da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, através do despacho n.º 21929/2009, de 1 de Outubro, tornam premente proceder à reestruturação das UCF da saúde materna e neonatal e da saúde da criança e do adolescente, permitindo a sua consolidação enquanto organismos funcionais indispensáveis à promoção da prestação de cuidados de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente. Considera-se, ainda, fundamental proceder à redefinição das comissões técnicas regionais, criadas ao abrigo do despacho n.º 5411/97, de 6 de Agosto, da Ministra da Saúde, através da criação de comissões regionais de saúde da mulher, da criança e do adolescente (CRSMCA), estruturas consultivas das administrações regionais de saúde. As CRSMCA, através do alargamento das suas competências, potenciam uma articulação optimizada entre todos os interlocutores na área da saúde materna e neonatal e da saúde da criança e do adolescente a nível local, regional e nacional na promoção da prestação de cuidados de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente.

Nestes termos, e nos do artigo 8.º, n.º 1, e do artigo 22.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 321/2009, de 11 de Dezembro, determino:

1 — A criação, em cada região de saúde, de unidades coordenadoras funcionais de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente as quais devem ser constituídas de acordo com a arquitectura definida pela rede de referenciação materno-infantil em vigor, e tendo como referência a existência de uma maternidade, hospital ou centro hospitalar que sejam dotados de blocos de partos e de serviços de obstetria e de pediatria, e dos ACES da sua área de influência.

2 — Cada UCF é constituída por duas subunidades de acordo com as seguintes vertentes:

- a) Saúde materna e neonatal;
- b) Saúde da criança e do adolescente.

3 — As duas subunidades funcionam de forma autónoma, desenvolvendo um programa próprio, sem prejuízo da complementaridade de objectivos, os quais são definidos em reunião anual da UCF.

4 — A subunidade de saúde materna e neonatal é composta pelos seguintes membros:

- a) Director do serviço de ginecologia/obstetria do hospital, centro hospitalar ou maternidade;

Anexo II – Idade limite de atendimento nos serviços de pediatria

ARS	Número de Serviços	Idade de atendimento em Pediatria
ARS Algarve	1	14 anos e 364 dias
	1	12 anos e 364 dias
ARS Alentejo	2	14 anos e 364 dias
	1	17 anos e 364 dias
ARS Lisboa e Vale do Tejo	9	17 anos e 364 dias
	4	15 anos e 364 dias
	4	14 anos e 364 dias
	1	18 anos e 364 dias
	1	16 anos e 364 dias
	1	28 dias (Neonatologia)
	1	<i>Sem reposta</i>
ARS Centro	2	17 anos e 364 dias
	3	14 anos e 364 dias
	1	15 anos e 364 dias
ARS Norte	12	17 anos e 364 dias
	1	15 anos e 364 dias
Madeira	1	15 anos e 364 dias
Açores	2	15 anos e 364 dias
	1	14 anos e 364 dias
	Total	49

Distribuição da idade de atendimento em Serviço de Pediatria, por número de Serviços, Administração Regional de Saúde e Ilhas

Fonte: Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, 2011, p.4.

**Anexo III – Comparação entre o pensamento da criança e o pensamento do
adolescente**

Comparação entre o pensamento da criança e o pensamento do adolescente

Infância	Adolescência
Pensamento limitado à realidade	Pensamento alargado a possibilidades
Resolução de problemas ditada pelos detalhes (análise parcial)	Resolução de problemas orientada pela verificação de hipóteses prévias
Pensamento limitado aos objetos e situações concretas	Pensamento alargado a ideias, assim como à realidade concreta
Pensamento concentrado na própria perspectiva individual	Pensamento alargado às perspetivas dos outros

Fonte: Sprinthall & Collins, 2008, p. 90

Anexo IV – Comparação das Teorias de Desenvolvimento

Comparação das Teorias de Desenvolvimento

	Erikson	Piaget	Kohlberg	Duvall	Havighurst
Lactente (0>12 meses)	Confiança vs. Desconfiança	Sensoriomotora	Orientação punição e obediência	Família com crianças de colo	Aprender a andar Aprender a comer alimentos sólidos
Toddler (13-36 meses)	Autonomia vs. Vergonha e Dúvida	Sensoriomotora; pré-concei- tual	Orientação instrumental- -relativista	Família com crianças de colo	Aprender a distinguir os sexos e o pudor Aprender a falar Controlar a os esfíncteres
Idade pré- -escolar (3-6 anos)	Iniciativa vs. Culpa	Intuitiva	Concordância interpessoal ou orienta- ção bom menino/boa menina	Família com crianças na idade pré- escolar	Distinguir o bem do mal Desenvolver a consciência Aprender a linguagem para descrever a realidade Preparar-se para ler
Idade esco- lar (7-11 anos)	Indústria vs. Inferioridade	Operações Concretas	Orientação "Lei e ordem"	Família com crianças em idade esco- lar	Competências: ler, escrever, fa- zer contas, físicas Dar-se com crianças da mesma idade Papel masculino ou feminino Consciência, moralidade e valo- res Alcançar a independência pes- soal Atitudes: eu/ grupos/instituições
Adolescente (12-18 anos)	Identidade vs. Confusão de Papéis	Operações Formais	Contrato-social, orientação legalista	Família com adoles- centes	Relações maduras com jovens da mesma idade Papel social masculino ou femi- nino Aceitação do corpo Alcançar a independência emo- cional Preparação para o casamento/ família/carreira Desenvolver um conjunto de valores/sistema ético Comportamento socialmente responsável

Fonte: Opperman & Cassandra, 2001, p.69.

Anexo V – Dimensões da qualidade dos serviços de saúde para adolescentes
(Dimensions of quality health services to adolescents)

Generic characteristics of adolescent-friendly health services within WHO-defined dimensions of quality

Dimensions of quality health services to adolescents

Equitable

All adolescents, not just some groups of adolescents, are able to obtain the health services that are available.

Accessible

Adolescents are able to obtain the health services that are available.

Acceptable

Adolescents are willing to obtain the health services that are available.

Appropriate

The right health services (i.e. the ones they need) are provided to them.

Effective

The right health services are provided in the right way, and make a positive contribution to their health.

EQUITABLE: All adolescents, not just some groups of adolescents, are able to obtain the health services that are available
Characteristics
Policies and procedures are in place that do not restrict the provision of health services.
Health care providers treat all adolescent clients with equal care and respect, regardless of status.
Support staff treat all adolescent clients with equal care and respect, regardless of status.
ACCESSIBLE: Adolescents are able to obtain the health services that are available
Characteristics
Policies and procedures are in place that ensure that health services are either free or affordable to adolescents.
Point of service delivery has convenient working hours.
Adolescents are well informed about the range of reproductive health services available and how to obtain them.
Community members understand the benefits that adolescents will gain by obtaining the health services they need, and support their provision.
Some health services and health-related commodities are provided to adolescents in the community by selected community members, outreach workers and adolescents themselves .
ACCEPTABLE: Adolescents are willing to obtain the health services that are available
Characteristics
Policies and procedures are in place that guarantee client confidentiality.
Point of service delivery ensures privacy.
Health care providers are non-judgmental, considerate, and easy to relate to.
Point of service delivery ensures consultations occur in a short waiting time, with or without an appointment, and (where necessary) swift referral.
Point of service delivery has an appealing and clean environment.
Point of service delivery provides information and education through a variety of channels.
Adolescents are actively involved in designing, assessing and providing health services.
APPROPRIATE: the right health services (i.e. the ones they need) are provided to them
Characteristics
The required package of health care is provided to fulfil the needs of all adolescents either at the point of service delivery or through referral linkages.
EFFECTIVE: The right health services are provided in the right way, and make a positive contribution to their health
Characteristics
Health care providers have the required competencies to work with adolescents and to provide them with the required health services.
Health care providers use evidenced-based protocols and guidelines to provide health services.
Health care providers are able to dedicate sufficient time to deal effectively with their adolescent clients.
The point of service delivery has the required equipment, supplies, and basic services necessary to deliver the required health services.

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2012, p.30-31.

Anexo VI – Transições: uma teoria de médio-alcance

(Transitions: a middle range theory)

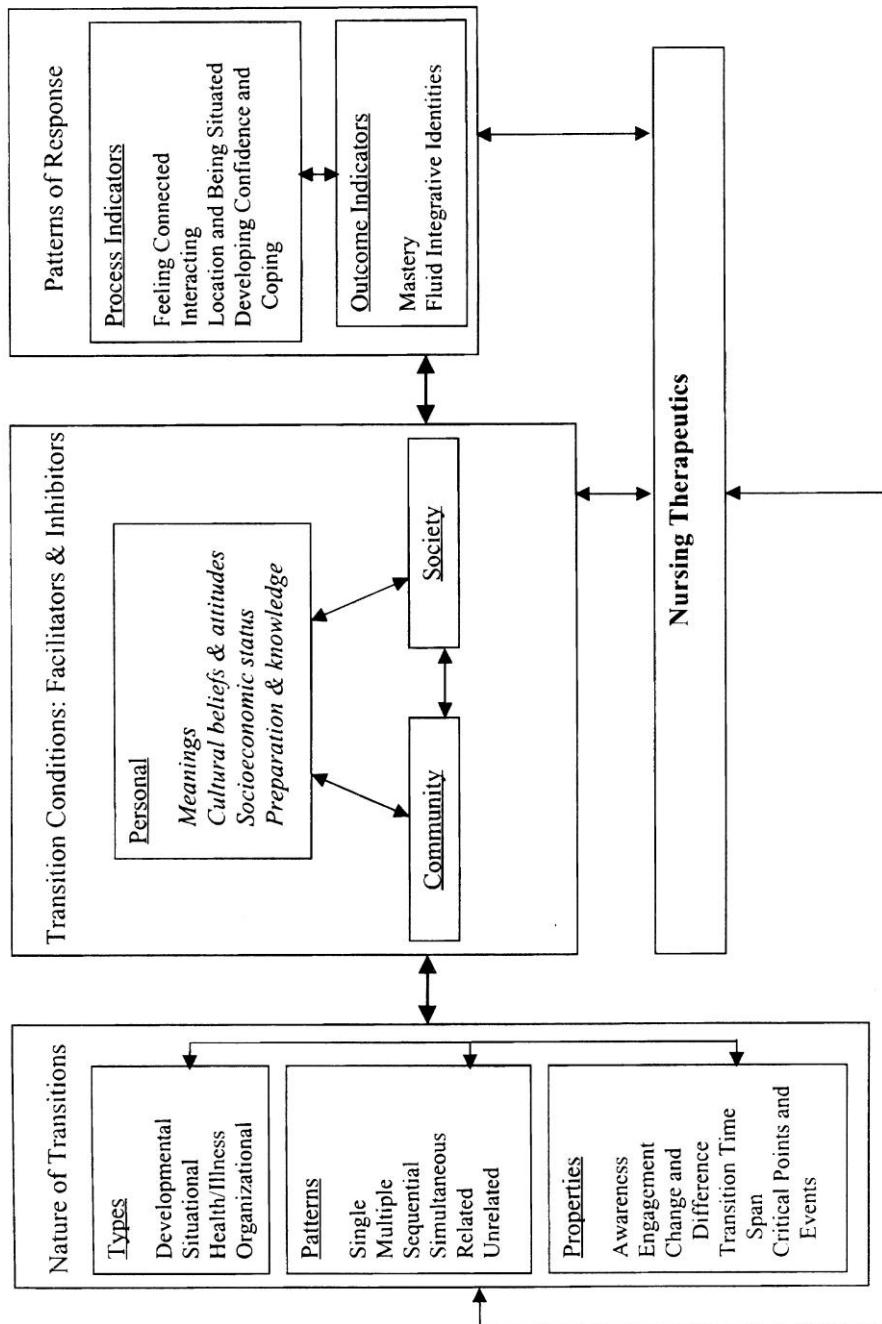


Fig 1. Transitions: a middle-range theory.

Fonte: Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000, p.17

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio

Cronograma de Estágio

ANOS		2013													2014										
MESES		Set.	Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro			Mar.		
DIAS		30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	20	3	6	13	20	27	3	10	17	24	3	
		4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	19	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7		
3 ^o S e m e s t r e	ESTÁGIO COM RELATÓRIO																								

Legenda:

	ESEL
	ACES – UCC (4d) + USF (4S)
	UIA (3S)
	Neonatologia – (4S)
	SUPed – SUPED-x (4S) + SUPed-y (2S)
	Elaboração do Relatório de Estágio

Apêndice II – Objetivos Gerais e Específicos por Local de Estágio

Objetivos Gerais e Específicos por Local de Estágio

	Objetivos gerais	Objetivos específicos
USF	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências de apreciação e interpretação do crescimento e do desenvolvimento da criança e do jovem. • Promover comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis no adolescente, no âmbito dos programas em curso na Unidade de Saúde.
UCC	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) • Promover boas práticas de atendimento ao adolescente 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis no adolescente, no âmbito dos programas em curso na Unidade de Saúde. • Identificar os motivos de procura de atendimento dos adolescentes que recorrem aos cuidados de saúde da UCC e a oferta de cuidados disponível à população juvenil desta comunidade. • Conhecer as principais

		preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família.
UIA	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) • Promover boas práticas de atendimento ao adolescente 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de internamento hospitalar • Promover a adaptação do adolescente e família à doença e internamento hospitalar. • Conhecer as preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente/família.
Neonatologia	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) • Promover boas práticas de atendimento ao adolescente 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir competências de planeamento e intervenção face ao RN e família com necessidades específicas de saúde. • Desenvolver competências no âmbito da promoção da vinculação RN/pais em situação de internamento e/ou com necessidades especiais, nomeadamente em pais adolescentes.

		<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento aos pais adolescentes com RN internado no serviço de neonatologia
SUPed-y	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências de EEESCJ. • Promover boas práticas de atendimento ao adolescente, particularmente em serviços de urgência pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de urgência. • Conhecer as preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente/família, particularmente em serviços de urgência pediátrica.
SUPed-x	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências de EEESCJ • Promover boas práticas de atendimento ao adolescente, particularmente em 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de urgência. • Caracterizar a população adolescente que recorre aos serviços de urgência pediátrica e os motivos de procura, especificamente deste serviço

	serviços de urgência pediátrica.	<p>durante o período de 10 meses (Abril de 2013 a Janeiro de 2014)</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar as necessidades de atendimento dos adolescentes quando recorrem e durante o internamento neste serviço• Conhecer as preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente/família, particularmente em serviços de urgência pediátrica.• Conhecer possíveis sugestões dos enfermeiros para a melhoria do atendimento ao adolescente e família neste serviço.• Refletir com a equipa de saúde sobre as práticas atuais de atendimento ao adolescente e família, incluindo necessidade de eventuais mudanças ou de formação e planeamento da sua implementação.
--	----------------------------------	--

Apêndice III – Documento Orientador para o estágio em ACES



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

3º Semestre

Documento Orientador

Contextos de Estágio em ACES:

USF e UCC

Discente:

Maria Inês Pereira Serrão

Professora Orientadora:

Maria da Graça Vinagre

Lisboa

Outubro 2013

Nota Introdutória

O presente documento surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório. Tem como objectivo efetuar uma breve apresentação do meu projeto específico de estágio, no que se refere ao contexto do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) [REDACTED], na USF [REDACTED], em [REDACTED] e, ao contexto do ACES [REDACTED], na UCC [REDACTED], no [REDACTED], em [REDACTED].

O referido curso, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tem a duração de três semestres letivos, sendo que o Estágio com Relatório é realizado no último semestre. A finalidade desta unidade curricular é desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

O período global de estágio decorrerá entre 30 de Setembro de 2013 e 14 de Fevereiro de 2014, estando projetadas experiências de estágio em contexto de ACES de 7 de Outubro a 1 de Novembro de 2013, em cerca de 25 horas semanais, abrangendo 5 horas no [REDACTED] (à 6ª feira) e as restantes 20h na USF [REDACTED]. Estão igualmente projetadas, para o restante período, experiências em internamento de Pediatria (especificamente de adolescentes), em neonatologia e em urgência pediátrica.

As experiências de estágio assentam nas disposições curriculares, nas necessidades e interesses do estudante e no autodiagnóstico de competências, assim como implicam a mobilização de competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, à qualidade e gestão dos cuidados e ao desenvolvimento profissional; recorrendo aos quadros de referência próprios da profissão e da área da especialidade.¹

¹ ESEL (2013). *Programa de Unidade Curricular. Estágio com Relatório. 2013/2014*. Lisboa: ESEL.

A avaliação da Unidade Curricular é baseada no conjunto do trabalho produzido nos vários estágios, de acordo com as atividades constantes do projeto de estágio, na discussão das sínteses reflexivas das experiências, na discussão produzida nas orientações tutoriais e, concretizada pela entrega do relatório de estágio no final do semestre.

A orientação do meu processo formativo será efetuada pela Professora Maria da Graça Vinagre, a quem caberá a orientação tutorial continuada do meu projeto.

Justificação do Tema e Objetivos

Como enfermeira de cuidados gerais, exerci funções no serviço de Internamento de Pediatria do Hospital ██████████ durante 9 anos, após o qual e, há cerca de 2 anos, exerço funções no serviço de Urgência Pediátrica do mesmo hospital.

O grupo de utentes que o abrange compreende a faixa etária dos 0 aos 18 anos menos 1 dia, sendo que o atendimento aos adolescentes mais velhos, a partir dos 15 anos, só ocorre em pleno desde o passado dia 3 de Abril de 2013, consequência da entrada em vigor do Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho, determinando a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria (urgência, consultas e internamento) até aos 17 anos e 364 dias.

Segundo a OMS a saúde dos adolescentes é considerada uma prioridade e o enfermeiro que deles cuida procura, a partir da perspetiva da qualidade, adequar as suas intervenções às necessidades de desenvolvimento, de saúde e de atendimento dos adolescentes, favorecendo a proteção e melhoria da sua saúde e bem-estar.²

² Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization.

Considero primordial promover a qualidade do atendimento ao adolescente e que, devemos estar atentos às necessidades de atendimento em saúde do adolescente, qualquer que seja o contexto da prática. Neste sentido desenvolvi um Projeto de Estágio intitulado: ***O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde.***

O presente estágio, a decorrer entre 7 de Outubro e 1 de Novembro, tem como objetivos gerais:

1. Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).
2. Promover boas práticas de atendimento ao adolescente.

Objetivos específicos:

1. Desenvolver competências de apreciação e interpretação do crescimento e do desenvolvimento da criança e do jovem.
2. Promover comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis no adolescente, no âmbito dos programas em curso na Unidade de Saúde.
3. Identificar os motivos de procura de atendimento dos adolescentes que recorrem aos cuidados de saúde da UCC e a oferta de cuidados disponível à população juvenil desta comunidade.
4. Conhecer as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família.

Planeamento das atividades e Recursos

Seguidamente apresento as atividades e recursos planeados relacionadas com os objetivos específicos que procuro desenvolver na USF [REDACTED] e no [REDACTED] da UCC [REDACTED], que serão seguramente enriquecidos com as sugestões das enfermeiras orientadoras.

1º Objetivo Geral:

Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

1º Objetivo Específico: Desenvolver competências de apreciação e interpretação do crescimento e do desenvolvimento da criança e do jovem.

Atividades	Recursos
<p>Integrar a equipa multidisciplinar, no sentido de observar, colaborar e participar ativamente nas intervenções e atividades realizadas nas consultas de saúde infantil, atendimento de jovens ou outras consideradas pertinentes.</p> <p>Conhecer os instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil utilizados na unidade de saúde.</p> <p>Conhecer os indicadores de saúde e objetivos de trabalho da unidade de saúde no que respeita à saúde da Criança e do jovem/família.</p> <p>Avaliar o crescimento e desenvolvimento registando os dados obtidos nos suportes próprios da unidade de saúde.</p> <p>Efetuar cuidados antecipatórios promotores da parentalidade e do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.</p>	<p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bases de dados científicas, sites da área da saúde, legislação.- Documentos da instituição de saúde.- Documentos da Ordem dos Enfermeiros.- PNSIJ de 2013 <p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none">- EEESCJ- Restante equipa de saúde da unidade de saúde

<p>Identificar os recursos da comunidade e métodos de referência/sinalização de crianças e jovens com incapacidades ou em risco.</p> <p>Redigir documento síntese com as aprendizagens realizadas, e a respetiva reflexão.</p>	<p>- Criança, jovem e família</p>
<p>2º Objetivo Específico: Promover comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis no adolescente, no âmbito dos programas em curso na Unidade de Saúde.</p>	
<p>Atividades</p>	<p>Recursos</p>
<p>Identificar as necessidades de educação em saúde do adolescente e família.</p> <p>Participar nos programas de promoção de hábitos alimentares saudáveis, higiene oral e pessoal, condições ambientais seguras, prevenção de dificuldades no desenvolvimento e prevenção do abuso na criança e no jovem, ou outros em desenvolvimento na unidade de saúde.</p> <p>Redigir documento síntese com as aprendizagens realizadas, e a respetiva reflexão.</p>	<p>Idênticos aos anteriores</p>

2º Objetivo Geral:

Promover boas práticas de atendimento ao adolescente, particularmente em serviços de urgência pediátrica

3º Objetivo Específico: Identificar os motivos de procura de atendimento dos adolescentes que recorrem aos cuidados de saúde da UCC e a oferta de cuidados disponível à população juvenil desta comunidade.

Atividades	Recursos
<p>Integrar a equipa multidisciplinar, observar, colaborar, participar ativamente nas intervenções e atividades realizadas aos adolescentes pelos enfermeiros especialistas.</p> <p>Observar o espaço físico e intervenções de enfermagem, através de grelha de observação formulada segundo os critérios de qualidade de atendimento ao adolescente.</p> <p>Efetuar entrevista informal aos adolescentes para identificação das suas necessidades/ motivos de procura e acessibilidade à unidade de saúde.</p> <p>Sintetizar e analisar os aspetos mais valorizados pela instituição, pelos enfermeiros e pelos adolescentes no atendimento ao adolescente.</p> <p>Redigir documento síntese com as aprendizagens realizadas, e a respetiva reflexão.</p>	<p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none">- Documentos das instituições de saúde.- Grelha de observação do atendimento ao adolescente, elaborada segundo os critérios de atendimento ao adolescente da DGS, SPP e OMS. <p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none">- EEESCJ.- Restante equipa de saúde dos respetivos serviços.- Adolescente e família.

4º Objetivo Específico: Conhecer as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família.

Atividades	Recursos
<p>Realizar entrevistas aos enfermeiros da unidade de saúde, no sentido de recolher a sua perceção sobre as necessidades de atendimento ao adolescente e as suas preocupações nesta área.</p> <p>Sintetizar e analisar os aspetos mais valorizados pela instituição e enfermeiros no atendimento ao adolescente</p> <p>Redigir documento síntese com as aprendizagens realizadas, e a respetiva reflexão.</p>	<p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bases de dados científicas, sites da área da saúde, legislação.- Documentos das instituições de saúde.- Documentos da Ordem dos Enfermeiros. <p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none">- EEESCJ.- Restante equipa de saúde da unidade de saúde.

Contatos

De forma a ser possível o contato adequado entre todos os intervenientes do processo formativo, indico os contatos pessoais e da escola, com a disponibilização para qualquer esclarecimento adicional.

ESEL – Serviços académicos - 217913400

Professora Orientadora Maria da Graça Vinagre - [REDACTED]@esel.pt

Estudante Enf.^a Inês Serrão – [REDACTED] – [REDACTED]@gmail.com

Agradeço desde já, a disponibilidade da Sr.^a Enf.^a e da sua equipa para me receberem.

Com os melhores Cumprimentos,

Maria Inês Pereira Serrão

Apêndice IV – Folhetos: Diversificação Alimentar

Aos 9-11 meses:

Introduza as **leguminosas secas** (feijão, lentilha, ervilha, fava e grão), bem demolidas, sem casca e em pequenas porções.

Aos 11-12 meses:

A **clara de ovo** poderá ser introduzida.

Oferecer ovo no máximo 2/3 vezes por semana.



A partir dos 12 meses:

- Mantém o leite de continuação até aos 3 anos ou inicia o leite de vaca (máx. 500ml/dia).
- Separe a carne e o peixe da sopa, oferecendo-os com o acompanhamento (incluindo os legumes) no 2º prato.
- Evite o sal, as gorduras e os açúcares.

É feita a adaptação gradual ao regime de alimentação saudável da família



www.dgs.pt

Não desista se o bebé rejeitar o alimento na 1ª vez, volte a tentar.

Esquema Alimentar

0-6 meses	6 a 8 refeições de leite
6 meses	1 refeição de papa ou puré de legumes Restantes refeições de leite
6,5 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Jantar—1 papa com glúten Restantes refeições de leite
7,5 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Lanche—1 papa com glúten Jantar—1 puré de legumes com peixe + fruta Restantes refeições de leite
> 9 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Lanche—1 papa com glúten intercalado com iogurte natural Jantar—1 puré de legumes com peixe + fruta Restantes 2 refeições de leite

Observações:



Logótipo da USF

A alimentação do bebé é um dos aspetos mais importantes para o seu normal crescimento e desenvolvimento.

Uma correta introdução dos alimentos ao longo do 1º ano de vida vai aumentar o bem-estar do seu bebé.



www.danonbaby.com.br

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR



O Aleitamento Materno exclusivo até aos 6 meses é a alimentação ideal.

escolhisermãe.com.br

A INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS:

- Não é rígida, poderá ser alterada caso haja história de alergia.
- É sempre feita com **colher**.
- Deve ser **lenta e gradual** de forma a detetar possíveis reações alérgicas.
- Guarde tempo para as refeições.
- Cada bebé tem o seu ritmo e gostos individuais.



www.net-bebes.com

- Ofereça **água à colher ou no copo** no intervalo das refeições.

- Não adicione sal, açúcar e mel no 1º ano de vida.

- Os alimentos devem ser confeccionados diariamente ou de 3/3 dias e conservados no frigorífico.

Prefira os **alimentos confeccionados por si**, em detrimento do uso de boiões de compra.

Aos 6 meses:

Substitua 1 refeição diária de leite por uma refeição de colher de:

* **Papa de cereais sem glúten** (35 a 50gr de farinha de papa). A **papa não láctea** pode ser feita com o leite materno. A **papa láctea** é feita com água fervida.

ou

* **Puré de legumes** (cerca de 150ml ou 1 concha e meia). A 1ª sopa deverá ser de batata e cenoura ou abóbora. Quando a criança estiver adaptada deverá **introduzir 1 legume a cada 3-4 dias**: alface, feijão verde, agrião, alho francês, cebola, curgete, brócolo, couve branca.

Depois de cozido, junte 1 colher de chá de **azeite** em cada dose.



www.tudodebebecampinas.com.

O espinafre, o nabo, a nabiça, a beterraba e o aipo não devem ser introduzidos antes dos 12 meses.

Aos 6,5 meses:

Como sobremesa pode dar **fruta** (1/2 peça ou 50gr) iniciando com maçã, pêra ou banana. A fruta poderá ser crua bem lavada, cozida ou assada e triturada.

Durante o 1º ano devem ser evitados o morango, a amora, o kiwi, e o maracujá.

Adicione **carne triturada sem gordura** (frango, peru, coelho) ao puré de legumes. Inicie com porções de 10gr e aumente gradualmente até atingir 25-30gr (1 colher de sopa) por dia.

Substitua a papa sem glúten por **papa com glúten**.



Pixelbay.com

Aos 7,5 meses:

- Diversifique a fruta, ofereça a **fruta da época**.
- Adicione **peixe branco e magro** (pescada, linguado, solha ou faneca) ao puré de legumes.

O peixe ou a carne poderão ser oferecidos numa única refeição ou serem repartidos por almoço e jantar, contabilizando 30gr/dia.

Aos 8,5 meses:

Adicione **arroz branco** ou **massa**, cozidos sempre com os legumes.

Progressivamente os **alimentos devem ser menos triturados** de forma a estimular a mastigação.

Aos 9 meses:

- Dê **iogurte natural** ao lanche, pode juntar bolacha tipo maria ou fruta.
- Dê 1/2 **gema** numa refeição semanal durante 2 semanas, seguida de 1 gema semanal. Quando der gema, não ofereça carne nem peixe.

Aos 9-11 meses:

Introduza as **leguminosas secas** (feijão, lentilha, ervilha, fava e grão), bem demolidas, sem casca e em pequenas porções.



Aos 11-12 meses:

A **clara de ovo** poderá ser introduzida.

Ofereça ovo no máximo 2/3 vezes por semana.

A partir dos 12 meses:

- Mantém o leite de continuação até aos 3 anos ou inicia o leite de vaca (máx. 500ml/dia).
- Separe a carne e o peixe da sopa, oferecendo-os com o acompanhamento (incluindo os legumes) no 2º prato.
- Evite o sal, as gorduras e os açúcares.

É feita a adaptação gradual ao regime de alimentação saudável da família



www.dgs.pt

Não desista se o bebé rejeitar o alimento na 1ª vez, volte a tentar.

Esquema Alimentar

0-4 meses	6 a 8 refeições de leite
4-5 meses	1 refeição de papa ou puré de legumes Restantes refeições de leite
5-6 meses	1 refeição de papa ou puré de legumes + fruta Restantes refeições de leite
6 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Lanche—1 papa com glúten Restantes refeições de leite
7 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Lanche—1 papa com glúten Jantar—1 puré de legumes com peixe + fruta Restantes refeições de leite
> 9 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Lanche—1 papa com glúten intercalado com iogurte natural Jantar—1 puré de legumes com peixe + fruta Restantes 2 refeições de leite

Observações:



Logótipo da USF

A alimentação do bebé é um dos aspetos mais importantes para o seu normal crescimento e desenvolvimento.

Uma correta introdução dos alimentos ao longo do 1º ano de vida vai aumentar o bem-estar do seu bebé.



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR



Até aos 4 meses o bebé deve fazer apenas leite adaptado.

A INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS:

- Não é rígida, poderá ser alterada caso haja história de alergia.
- É sempre feita com colher.
- Deve ser lenta e gradual de forma a detetar possíveis reações alérgicas.
- Guarde tempo para as refeições.
- Cada bebé tem o seu ritmo e gostos individuais.



www.net-bebes.com

- Ofereça água à colher ou no copo no intervalo das refeições.
- Não adicione sal, açúcar e mel no 1º ano de vida.
- Os alimentos devem ser confeccionados diariamente ou de 3/3 dias e conservados no frigorífico.

Prefira os alimentos confeccionados por si, em detrimento do uso de boiões de compra.

Aos 4 meses:

Substitua 1 refeição diária de leite por uma refeição de colher de:

- * **Papa de cereais sem glúten** (35 a 50gr de farinha de papa). A **papa não láctea** pode ser feita com o leite materno. A **papa láctea** é feita com água fervida.
ou
- * **Puré de legumes** (cerca de 150ml ou 1 concha e meia). A 1ª sopa deverá ser de batata e cenoura ou abóbora. Quando a criança estiver adaptada deverá introduzir 1 legume a cada 3-4 dias: alface, feijão verde, agrião, alho francês, cebola, curgete, brócolo, couve branca.

Depois de cozido, junte 1 colher de chá de azeite em cada dose.



www.tudodebebecampinas.com

O espinafre, o nabo, a nabiça, a beterraba e o aipo não devem ser introduzidos antes dos 12 meses.

Aos 5 meses:

Como sobremesa pode dar **fruta** (1/2 peça ou 50gr) iniciando com maçã, pêra ou banana. A fruta poderá ser crua bem lavada, cozida ou assada e triturada.

Durante o 1º ano devem ser evitados o morango, a amora, o kiwi, e o maracujá.

Aos 6 meses:

Adicione **carne triturada sem gordura** (frango, peru, coelho) ao puré de legumes. Inicie com porções de 10gr e aumente gradualmente até atingir 25-30gr (1 colher de sopa) por dia.

Substitua a papa sem glúten por **papa com glúten**.

Diversifique a fruta, ofereça a **fruta da época**.



Pixelbay.com

Aos 7 meses:

Adicione **peixe branco e magro** (pescada, linguado, solha ou faneca) ao puré de legumes.

O peixe ou a carne poderão ser oferecidos numa única refeição ou serem repartidos por almoço e jantar, contabilizando 30gr/dia.

Aos 8/9 meses:

Adicione **arroz branco** ou **massa**, cozidos sempre com os legumes.

Progressivamente **os alimentos devem ser menos triturados** de forma a estimular a mastigação.

Aos 9 meses:

- Dê **iogurte natural** ao lanche, pode juntar bolacha tipo maria ou fruta.
- Dê 1/2 **gema** numa refeição semanal durante 2 semanas, seguida de 1 gema semanal. Quando der gema, não ofereça carne nem peixe.

Apêndice V – Sessão de formação: Diversificação Alimentar

Plano da Sessão

Tema: Diversificação Alimentar

Local: USF

Formador: Maria Inês Pereira Serrão Público-Alvo: Equipa de Saúde da USF

Data: 29 de Outubro de 2013

Duração da Sessão: 20'

Objetivos da Sessão

Objetivo Geral:

- Contribuir para a coesão da informação transmitida aos pais pela equipa de saúde, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados

Objetivos específicos

- Apresentar uma proposta de folheto sobre diversificação alimentar para a USF entregar aos pais.

- Descrever, de forma sucinta, as recomendações dos principais comités de nutrição pediátrica sobre a alimentação e nutrição do lactente.

- Apresentar os principais dados relativos à idade de início da diversificação alimentar e ao modo de progressão da alimentação ao longo do primeiro ano de vida.

Fases	Conteúdos	Método Pedagógico	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	- Folheto sobre diversificação alimentar no primeiro ano de vida	Expositiva	Computador e videoprojetor	5'
Desenvolvimento	- Conceitos chave sobre a alimentação do lactente - Aleitamento Materno ou leite adaptado nos primeiros meses - Introdução de novos alimentos - Momentos ideais para o treino da aceitação de alimentos progressivamente mais sólidos e de paladares e texturas diferentes do leite.	Expositiva	Computador e videoprojetor	15'
Conclusão	- Síntese do esquema alimentar - Referências bibliográficas	Expositiva	Computador e videoprojetor	10'
Avaliação	-Avaliação da sessão segundo modelo da instituição de saúde			5'

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
4º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular Estágio com Relatório

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR



Professora Orientadora:
Maria da Graça Vinagre

Discente:
Maria Inês Pereira Serrão

Contexto de Estágio:
USF
Enfermeira Orientadora:
C. P.

Objetivos da sessão

- Objetivo Geral:
 - Contribuir para a coesão da informação transmitida aos pais pela equipa de saúde, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados
- Objetivos específicos
 - Apresentar uma proposta de folheto sobre diversificação alimentar para a USF entregar aos pais.
 - Descrever, de forma sucinta, as recomendações dos principais comités de nutrição pediátrica, sobre a alimentação e nutrição do lactente.
 - Apresentar os principais dados relativos à idade de início da diversificação alimentar e ao modo de progressão da alimentação ao longo do primeiro ano de vida.

29-10-2013

Plano da Sessão

Fases	Conteúdos	Tempo
Introdução	- Folheto sobre diversificação alimentar no primeiro ano de vida	5'
Desenvolvimento	- Conceitos chave sobre a alimentação do lactente - Aleitamento Materno ou leite adaptado nos primeiros meses - Introdução de novos alimentos - Momentos ideais para o treino da aceitação de alimentos progressivamente mais sólidos e de paladares e texturas diferentes do leite.	15'
Conclusão	- Síntese do esquema alimentar - Referências bibliográficas	10'
Avaliação	-Avaliação da sessão segundo modelo da USF	5'

29-10-2013

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- A alimentação do bebé é um dos aspetos mais importantes para o seu normal crescimento e desenvolvimento.
- Uma correta introdução dos alimentos ao longo do 1º ano de vida vai aumentar o bem-estar do seu bebé.



29-10-2013

INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS

- **Não é rígida**, poderá ser alterada caso haja história de alergia.
- É sempre feita com **colher**.
- Deve ser **lenta e gradual** de forma a detetar possíveis reações alérgicas.
- Guarde tempo para as refeições.
- Cada bebé tem o seu ritmo e gostos individuais.
- Ofereça **água à colher ou no copo** no intervalo das refeições.
- Não adicione sal, açúcar e mel no 1º ano de vida.
- Os alimentos devem ser confeccionados diariamente ou de 3/3 dias e conservados no frigorífico.
- Prefira os **alimentos confeccionados por si**, em detrimento do uso de boiões de compra.

29-10-2013

Leite Materno

- O **Aleitamento Materno** exclusivo até aos **6 meses** é a alimentação ideal.



Leite Adaptado

- **Até aos 4 meses** o bebé deve fazer apenas leite adaptado.



29-10-2013

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Leite adaptado

– Inicia aos 4 meses

Leite Materno

– Inicia aos 6 meses

Substitua 1 refeição diária de leite por uma refeição de colher de:

- **Papa de cereais sem glúten** (35 a 50gr de farinha de papa). A **papa não láctea** pode ser feita com o leite materno ou leite adaptado. A **papa láctea** é feita com água fervida.

ou

- **Puré de legumes** (cerca de 150ml ou 1 concha e meia). A 1ª sopa deverá ser de batata e cenoura ou abóbora. Quando a criança estiver adaptada deverá introduzir 1 legume **a cada 3-4 dias**: alface, feijão verde, agrião, alho francês, cebola, curgete, brócolo, couve branca.
- Depois de cozido, junte 1 colher de chá de **azeite** em cada dose.
- O espinafre, o nabo, a nabiça, a beterraba e o aipo não devem ser introduzidos antes dos 12 meses.

29-10-2013

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Leite adaptado

– 5 meses

Leite Materno

– 6,5 meses

- Como sobremesa pode dar **fruta** (1/2 peça ou 50gr) iniciando com maçã, pêra ou banana . A fruta poderá ser crua bem lavada, cozida ou assada e triturada.

- Durante o 1º ano devem ser evitados o morango, a amora, o kiwi, e o maracujá.



29-10-2013

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Leite adaptado
– 6 meses



Leite Materno
– 6,5 meses

- Adicione carne triturada sem gordura (frango, peru, coelho) ao puré de legumes. Iniciar com porções de 10gr e ir aumentando gradualmente até atingir 25-30gr (1 colher de sopa) por dia.
- Substitua a papa sem glúten por **papa com glúten**.
- Diversifique a fruta, ofereça a **fruta da época** (7,5 meses, se leite materno)

29-10-2013

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Leite adaptado – 7
meses

Leite Materno –
7,5 meses

- Adicione **peixe branco e magro** (pescada, linguado, solha ou faneca) ao puré de legumes.
- O peixe ou a carne poderão ser oferecidos numa única refeição ou serem repartidos por almoço e jantar, contabilizando 30gr/dia.



29-10-2013

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

8,5 meses

- Adicione **arroz branco** ou **massa**, cozidos sempre com os legumes.

Progressivamente **os alimentos devem ser menos triturados** de forma a estimular a mastigação.

9 meses

- Dê **iogurte natural** ao lanche, pode juntar bolacha tipo maria ou fruta.
- Dê **1/2 gema** numa refeição semanal durante 2 semanas, seguida de 1 gema semanal. Quando der gema, não ofereça carne nem peixe.

29-10-2013

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

9-11 meses

- Introduza as **leguminosas secas** (feijão, lentilha, ervilha, fava e grão), bem demolhadas, sem casca e em pequenas porções.

11-12 meses

- A **clara de ovo** poderá ser introduzida.
- Oferecer ovo no máximo 2/3 vezes por semana



29-10-2013

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR



A partir dos 12 meses:

- Mantém o leite de continuação até aos 3 anos ou inicia o leite de vaca (máx. 500ml/dia).
- Separe a carne e o peixe da sopa, oferecendo-os com o acompanhamento (incluindo os legumes) no 2º prato.
- Evite o sal, as gorduras e os açúcares.

É feita a **adaptação gradual ao regime de alimentação saudável da família**

29-10-2013

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Esquema Alimentar

Leite Adaptado

0-4 meses	6 a 8 refeições de leite
4-5 meses	1 refeição de papa ou puré de legumes Restantes refeições de leite
5-6 meses	1 refeição de papa ou puré de legumes + fruta Restantes refeições de leite
6 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Lanche—1 papa com glúten Restantes refeições de leite
7 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Lanche—1 papa com glúten Jantar—1 puré de legumes com peixe + fruta Restantes refeições de leite
> 9 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Lanche—1 papa com glúten intercalado com iogurte natural Jantar—1 puré de legumes com peixe + fruta Restantes 2 refeições de leite

Leite Materno

0-6 meses	6 a 8 refeições de leite
6 meses	1 refeição de papa ou puré de legumes Restantes refeições de leite
6,5 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Jantar—1 papa com glúten Restantes refeições de leite
7,5 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Lanche—1 papa com glúten Jantar—1 puré de legumes com peixe + fruta Restantes refeições de leite
> 9 meses	Almoço— 1 puré de legumes com carne + fruta Lanche—1 papa com glúten intercalado com iogurte natural Jantar—1 puré de legumes com peixe + fruta Restantes 2 refeições de leite

29-10-2013

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- **Não desista** se o bebé rejeitar o alimento na 1ª vez, volte a tentar. Sem forçar.

29-10-2013

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Referência Bibliográficas:

- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H. & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 43 (2) S17-S40.
- www.dgs.pt

29-10-2013

Apêndice VI – Avaliação da Sessão: Diversificação Alimentar

AVALIAÇÃO DA SESSÃO - DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Participantes – 8

Total de questionários respondidos – 7

ITENS AVALIADOS	AVALIAÇÃO		
Atividade decorreu	Muito interesse	Algum interesse	Sem interesse
	100%	0	0
Adquiriu conhecimentos	Muitos	Alguns	Poucos
	43%	57%	0
O tema apresentado foi	Muito útil	Útil	Pouco útil
	100%	0	0
O tema foi	Muito fácil de entender	Fácil de entender	Difícil de entender
	43%	57%	0
Duração da ação foi	Adequada	Muito curta	Muito longa
	100%	0	0
Documentação entregue	Com interesse	Com algum interesse	Sem Interesse
	100%	0	0
Metodologia utilizada	Muito adequada	Adequada	Pouco adequada
	14%	86%	0
Interesse em continuar este tipo de atividade	Muito	Pouco	Nenhum
	100%	0	0

Apêndice VII – Reflexão sobre o estágio na USF

Reflexão sobre o estágio na USF

O presente documento é apresentado no âmbito do Estágio com Relatório que decorreu entre 7 de Outubro e 1 de Novembro de 2013 em contexto de ACES. Os objetivos gerais do estágio consistiam em desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e promover boas práticas de atendimento ao adolescente. Especificamente na USF onde estagiei pretendia principalmente, desenvolver competências de apreciação e interpretação do crescimento e do desenvolvimento da criança e do jovem, e num segundo objetivo específico, promover comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis no adolescente, no âmbito dos programas em curso na unidade de saúde.

Esta USF, com 10765 pessoas inscritas, é bastante recente, com inauguração em Agosto de 2013 e como tal encontra-se num período experimental e de adaptação aos novos espaços, aos novos elementos na equipa de saúde e à nova população/cliente, para alguns profissionais que anteriormente não trabalhavam na localidade, o que inicialmente poderia ser uma dificuldade na minha própria integração na equipa, mas que dada a dinâmica da coordenadora de enfermagem e a sinergia já estabelecida entre a equipa, não veio a acontecer. Isto é, o acolhimento proporcionado, no sentido de poder observar, colaborar e participar nas atividades foi excelente, proporcionando-me momentos de reflexão em equipa sobre os cuidados de enfermagem. Estas reflexões, que se efetuavam frequentemente e com a discussão de casos (por exemplo, de uma criança de 6 meses com Síndrome de Down, de outra criança com 8 anos com obesidade, e de uma família desestruturada, em processo de responsabilidade e guarda parental), partilha de informação atualizada, reorganização de cuidados, gestão de horários, articulação com outros parceiros (UCC, UCSP, Hospital de referência, escolas), fizeram-me perceber e integrar a enorme responsabilidade profissional existente, assim como a exigência e a eficiência que esta equipa pretende obter com o seu trabalho.

A equipa desta USF tem como missão “prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade”, promovendo a participação e

autonomia dos cidadãos”.¹ Sendo que, como observei, os cuidados de enfermagem integram-se nas condições de vida das famílias e dos grupos sociais, com uma proximidade acentuada, promotora de um maior contacto ao longo de todo o ciclo de vida das pessoas, seja por estarem inseridos no seu ambiente, poderem conhecer e compreender melhor a situação de cada um, seja pela disponibilidade demonstrada, adequando eficientemente os cuidados de enfermagem.

Ao longo do tempo de estágio, integrei as minhas atividades no âmbito do Plano de Ação da USF no que respeita ao Programa de Saúde Infantil e Juvenil, onde a porta da USF está sempre aberta à população. A disponibilidade anteriormente referida é largamente demonstrada pela relação que se estabelece com a criança/jovem e família, onde se reorganizam os cuidados em torno das necessidades individuais dos utentes.

Numa perspetiva de disponibilidade, mas também de oportunidade para a intervenção de enfermagem, efetuam-se atividades, por exemplo, de esclarecimento de dúvidas a outros utentes nos intervalos de consultas previamente marcadas, de marcação de consultas de enfermagem no imediato, de se mobilizar rapidamente alguém da equipa de enfermagem para, no domicílio, efetuar atempadamente o diagnóstico precoce aquando da chegada de uma notícia de nascimento e aproveitar esse momento para o atendimento global à família, incluindo não só a consulta de saúde infantil, mas a consulta de saúde materna e paterna (esta última não está legitimamente descrita, mas porque não, quando estamos a promover a parentalidade e a avaliar a interação entre pai/RN?).

Claro que o custo da disponibilidade não deixa de ter alguns constrangimentos, quando por exemplo, ultrapassa os períodos de descanso da equipa; mas talvez seja um “mal necessário” num momento inicial de adaptação da população a uma nova organização de saúde, cujo objetivo é comprovar a sua qualidade e, intencionalmente, melhorar a acessibilidade a cuidados de saúde que respondam às necessidades da população inscrita.

¹ Unidade de Saúde Familiar. (2013). *Plano de Acção 2014-2016*.

O programa de Saúde Infantil e Juvenil da USF foi elaborado segundo as orientações mais recentes da Direção Geral da Saúde, tendo como objetivo “detetar e dissipar precocemente os problemas de saúde, promover comportamentos promotores da saúde bem como o desenvolvimento de capacidades parentais e apoio familiar”.² Consistentes com os meus objetivos do Estágio com Relatório em contexto de ACES, e com as competências que pretendia desenvolver de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, esta foi mais uma fonte de motivação e facilitadora da minha integração na equipa de saúde. Neste sentido tive oportunidade de observar, colaborar e participar ativamente nas intervenções e atividades nas consultas de saúde infantil, treinar a avaliação do crescimento e desenvolvimento utilizando a escala Mary Sheridan, adotada pela USF e principalmente, porque é necessário um planeamento do futuro, efetuei os cuidados antecipatórios promotores da parentalidade e do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem; por exemplo, no que respeita à nutrição, à higiene, ao repouso, ao exercício físico, ao brincar, à prevenção de acidentes adequados ao estadió de desenvolvimento da criança, e efetuando o respetivo registo no suporte informático SAPE, onde também fica logo prevista ou marcada a consulta seguinte.

A maior parte das consultas de enfermagem de saúde infantil em que participei, teve como utente o RN e família (incluindo avós), onde foram avaliados os aspetos relacionais, com especial atenção ao estado emocional da mãe, à dinâmica familiar e rede de suporte, identificando as suas necessidades de informação e educação, seja pelos comportamentos observados ou pelas dúvidas e preocupações demonstradas, seja pela deteção dos sinais de alerta (por exemplo um bebé inconsolável ou apático), para além do exame físico ao bebé e estado vacinal, entre outros. Nestas consultas tive a preciosa ajuda da enfermeira de referência. Inicialmente, com a necessidade própria de treinar a avaliação dos reflexos no bebé, não me apercebia que era necessário dar mais algum tempo para os pais manipularem o filho (e evitar estar eu a acariciar intencionalmente no sentido de o avaliar), isto porque se corria o risco de perder alguns dos momentos de avaliação da interação/relação familiar. Pelo que a enfermeira me alertou para outras formas

² Unidade de Saúde Familiar. (2013). *Plano de Ação 2014-2016*.

de aproximação, conversando primeiro com os pais enquanto eles despiam o bebé, o que se revelou um sucesso nas consultas em que tive oportunidade de efetuar autonomamente, porque me permitiu um espaço para, no mesmo momento, efetuar registos das observações enquanto os pais demonstravam o carinho pelo RN.

De modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde, adequar a acessibilidade e de acordo com a disponibilidade da família, conciliava-se a calendarização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no Programa Nacional de Vacinação (PNV), conforme as orientações da DGS.^{3,4}

Particpei também em algumas consultas de enfermagem a crianças mais velhas, adequando sempre a minha linguagem ao seu nível de desenvolvimento, e neste âmbito participei com a enfermeira de referência, especialista no brincar, na mobilização deste instrumento terapêutico ao longo das consultas de saúde infantil, que por vezes se iniciavam logo na sala de espera. O brincar, apesar de parecer uma ação natural, tinha a intencionalidade de estabelecer uma relação de confiança entre criança/pais (numa perspetiva de parceria e integração de cuidados) e enfermeiro, de modo a não ser traumática, por exemplo, a exposição corporal para o exame físico, e obter a sua participação na aplicação da escala de avaliação de desenvolvimento, ou para a avaliação da tensão arterial a partir dos 3 anos., O brincar, considerado uma necessidade básica e uma experiência humana rica e complexa não pode ser descurado e assume-se como essencial ao desenvolvimento infantil porque ajuda a criança na sua adaptação e demonstração da realidade onde vive, proporcionando ao enfermeiro informação valiosa sobre a mesma.

Esta equipa de saúde articula-se com a Equipa Local de Intervenção da UCC, no que respeita a crianças/famílias com incapacidade, em situação de risco ou maus tratos, no entanto durante o período de estágio não foi necessário efetuar novas sinalizações, mas efetuado o contacto com a enfermeira da referida equipa quando eram detetadas situações de risco, tendo sido confirmado que as famílias já estavam referenciadas e acompanhadas, pelo que foi registado no processo informático.

³ Direção-Geral da saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

⁴ Direção-Geral da saúde. (2012). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: DGS.

No que se refere ao utente adolescente, apenas participei num exame global de saúde, onde a adolescente estava acompanhada pela mãe. Foi assegurada a privacidade e confidencialidade e efetuado um momento de consulta a sós, proporcionando o esclarecimento de dúvidas e a entrevista sobre temas potencialmente mais sensíveis como a sexualidade e os consumos nocivos e, objetivamente promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. Sobre esta consulta, optamos por uma estratégia de inicialmente comunicar com a jovem e mãe, estabelecendo uma relação de confiança, e depois encaminhámos a mãe para o gabinete médico, com o consentimento da jovem em falar connosco a sós mais um pouco; isto porque, não as conhecendo previamente, a jovem poderia não estar à vontade para demonstrar um desejo de maior privacidade.

Relativamente aos cuidados antecipatórios e à promoção da saúde em grupo, o trabalho desta equipa também se articula com a equipa de saúde escolar da UCC, sendo que participei em 2 sessões de informação/educação para a saúde numa escola da localidade, envolvendo as crianças do 1º ano do 1º ciclo do Ensino Básico, no tema da saúde oral em colaboração com as professoras.

Ao nível individual, nos cuidados antecipatórios à criança/jovem e família, independentemente do tema, procurava para além da comunicação verbal, entregar a informação escrita, nomeadamente os diversos folhetos/panfletos existentes da USF, DGS ou outras instituições relevantes, como a APSI no que respeita à prevenção de acidentes e à segurança da criança. Especificamente em relação à diversificação alimentar no lactente, tive a necessidade de elaborar um novo folheto, por um lado, com as diretrizes mais atuais e por outro, para promover uma maior coesão na informação que a equipa de saúde transmite aos utentes. Neste sentido, em colaboração com a enfermeira de referência, elaborei e apresentei em sessão formal à equipa de saúde, duas propostas de folhetos sobre a diversificação alimentar, um dirigido a pais de lactentes alimentados com leite materno e outro destinado aos pais com filhos alimentados com leite adaptado. A sessão decorreu de forma bastante positiva e tendo os folhetos sido aprovados, penso que contribui para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pela equipa da USF.

Avalio muito positivamente este período de estágio porque por um lado, inicialmente senti alguns constrangimentos em sair da minha “zona de conforto” do meu local de trabalho hospitalar para integrar uma equipa de cuidados de saúde primários, e iniciar um momento novo do curso de especialização, que é o estágio numa perspetiva de profissional experiente, mas que neste local poderá considerar-se iniciado. Por outro lado, tive a oportunidade de colaborar com enfermeiras sensíveis às necessidades de cada cliente, com intervenções, na minha perspetiva, derivadas de todo um processo de tomada de decisão com vista ao bem-estar da criança/jovem e família, coordenadas por uma enfermeira especialista com quem aprendi a desenvolver várias competências técnicas e relacionais de EEESCJ. Especificamente, ao nível de competências comuns de enfermeiro especialista, interiorizei competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pela sua atuação na minha supervisão e orientação, ou seja, foi um modelo facilitador da aprendizagem, que me permitiu gerar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional e, que pretendo seguir no meu contexto profissional, na supervisão em enfermagem.

31 de Dezembro de 2013

Maria Inês Pereira Serrão

Apêndice VIII – Reflexão sobre o estágio na UCC

Reflexão sobre o estágio na UCC

O presente documento, de cariz reflexivo, surge no seguimento do Estágio com Relatório decorrido entre 7 de Outubro e 1 de Novembro, no [REDACTED] em contexto de ACES. Planeei elaborar uma síntese reflexiva sobre as atividades do atendimento no [REDACTED], baseando-me nas minhas observações e experiências de estágio e na consulta do relatório de atividades de 2012 e do Plano de Ação 2013-2015 da UCC.

O [REDACTED], criado em 1999, é dirigido a jovens entre os 12 e 21 anos, sendo que proporciona um atendimento “personalizado, desburocratizado e gratuito que valoriza a privacidade, confidencialidade e acessibilidade e que ao longo do tempo tem tido a capacidade de se renovar, inovar e ir ao encontro das necessidades e interesses dos jovens de hoje”¹, com uma equipa de saúde onde constatei ser a enfermeira a profissional mais presente, mas que é composta por 2 enfermeiras, 2 médicos e 1 psicóloga. O espaço físico existente permite a garantia de privacidade de quem lá se dirige, por apresentar os gabinetes e a sala de espera autónomos em relação à restante estrutura da unidade de saúde, por outro lado também apresenta, na minha perspetiva, uma decoração adequada, pensada nas necessidades e interesses dos jovens, com música, televisão, revistas e um cartaz onde estes podem deixar mensagens (sejam sugestões para o serviço, elogios, conselhos para outros adolescentes ou a expressão de pensamentos do próprio).

Ao nível da acessibilidade, embora integrado numa UCC do SNS, este atendimento é gratuito e não discrimina a origem geográfica dos jovens, sendo que estes comparecem, por iniciativa própria ou referenciados (provenientes de escolas, USF, UCSP, etc.), de modo imediato ou programado (para reavaliação ou marcação com psicóloga ou médico), onde existe a possibilidade de justificação de falta à escola por motivo de consulta.

O atendimento é efetuado em grupo ou individualmente, conforme a decisão do jovem onde, logo na primeira consulta, conforme assisti, é garantida a

¹ Unidade de Cuidados na Comunidade. (2013). *Relatório de Atividades 2012*.

confidencialidade da informação, o jovem pode fornecer ou não o seu nome, data de nascimento, contacto, freguesia de residência; é-lhe efetuada uma entrevista simples, nomeadamente sobre antecedentes pessoais e familiares de saúde, relacionamento escolar, comportamentos aditivos e entregue um cartão com o seu número de processo que fica de desígnio para posteriores consultas.

Os objetivos deste projeto de atendimento a jovens, nos quais me inseri durante os curtos 4 dias de estágio, são contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis e para a prevenção de problemas de saúde ligados aos estilos de vida, identificar e acompanhar/encaminhar situações de risco, identificar fatores de risco da gravidez na adolescência, proporcionar acesso a acompanhamento psicológico, contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais dos jovens, identificar situações que possam ser articuladas com outros projetos e parceiros da comunidade.²

O ■ é efetuado de uma forma humanizada, com iniciativas e atitudes promotoras do acolhimento, respeito ético e cultural do jovem, que não termina na consulta de enfermagem, mas articula-se com a consulta médica e de psicologia e, também é feito o encaminhamento dos jovens, se necessário, para outros parceiros como a Câmara Municipal, CPCJ, Teatro M., ou para o hospital da área de influência, por exemplo, em caso de interrupção voluntária da gravidez, ou para outros projetos da UCC, como por exemplo “Mais Saúde-Menos riscos” cujo alvo de atuação são famílias que apresentam situações de risco biopsicossocial e cujo objetivo do projeto é a aquisição de competências e a adoção de comportamentos promotores de saúde e a prevenção de reincidências.

Nas consultas de enfermagem em que colaborei, foi sempre pedida autorização ao jovem sobre a minha presença no local, em que a enfermeira de referência me apresentou como enfermeira e estagiária e não houve nenhuma recusa quanto à minha presença. Neste sentido tive o cuidado de me ausentar da consulta sempre que considere que a minha presença poderia interferir na relação terapêutica estabelecida com a enfermeira. Por exemplo, quando uma adolescente

² Unidade de Cuidados na Comunidade. (2013). *Plano de Ação 2013-2015*.

no decorrer da consulta começou a chorar devido a um problema de cariz sexual, entendi que seria melhor para ela falar a sós com a enfermeira que já conhecia e expor o seu problema sem restrições, e assim, saí para “ir buscar lenços de papel” e voltei apenas após a consulta. O que me fez tomar esta decisão foi o fato de o cuidado estar centrado na necessidade do cliente, e não na minha oportunidade de experiência de estágio, porque era importante que aquela jovem pudesse expor as suas dúvidas com a enfermeira em quem tinha confiança, garantindo a sua privacidade.

Pelo curto tempo de estágio, não tive oportunidade de efetuar uma consulta de enfermagem completa, mas participei em várias, colocando questões aos adolescentes ou esclarecendo-os sobre algumas dúvidas que expunham ou que depreendia o seu discurso.

Nesta consulta específica também aprendi algo que me fez bastante sentido, a prática da entrevista ao adolescente, isto é, o modo como são efetuadas as perguntas, que direcionam o jovem a pensar sobre os seus atos, e sobre assuntos que eles próprios não questionam, e assim reforçar a tomada de decisão responsável e negociar o contrato de saúde com o adolescente, que não pode ser feito sem passar por todo um processo de esclarecimento de dúvidas e encontro do real motivo de procura do serviço de saúde... Por exemplo, um casal que teve um bebé e quer reiniciar a pilula contracetiva, quando é feita a entrevista, verifica-se que não tem definido um projeto de vida para o futuro, não tem uma organização diária, passando o dia a dormir e noites a jogar videojogos e a própria vida sexual não é satisfatória. Antecipando a transição para a parentalidade e para a vida adulta, o enfermeiro intervém no sentido de facilitar essas mesmas transições, procurando encontrar os fatores condicionantes facilitadores e inibidores, sejam individuais ou na comunidade (com a rede de apoio), para tal fazendo a avaliação precoce da situação e procurando os padrões de resposta dos jovens, nomeadamente a ligação aos pares, mecanismos de adaptação e a interação com a equipa de saúde.

Efetivamente para ajudar os jovens que recorrem a este serviço é necessário que estes sintam que o mesmo é realmente adequado, eficaz, e que fiquem motivados a regressar, ou seja, para que o utilizem as vezes necessárias, e seja

possível efetuar o acompanhamento ao longo desta fase de desenvolvimento, tratando-se de uma importante transição no seu ciclo de vida (OMS, 2002).³

Na adolescência são empreendidas novas tarefas de exploração, descoberta e aprendizagem, onde o adolescente procura novas referências, adquirindo novo sentido de pertença, e estabelece novos objetivos de vida. Para tal, os adolescentes testam novas potencialidades e procuram conhecer os limites pessoais no domínio biológico, psicoafectivo e social. (Fonseca, 2012⁴; OMS, 2002³; Prazeres, 1998⁵).

Neste sentido, participei nas consultas de enfermagem de um modo não totalmente autónomo, (pelo curto espaço de tempo não seria possível) tentando não fazer juízos de valor (o que poderia anular a aceitabilidade do jovem em relação ao ■), com o respeito pela informação existente e pelas crenças e cultura do jovem, facilitação da comunicação, envolvimento, capacitação com o adolescente, onde o Enfermeiro Especialista tem determinante responsabilidade no *modus operandi* do projeto do ■, seja no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade, da gestão de cuidados ou do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Verifica-se que nem sempre os jovens expressam inicialmente o motivo da procura, e a enfermeira, na entrevista ao adolescente facilita a comunicação para os motivos “ocultos”. Os motivos de procura descritos pela enfermeira de referência são sobretudo a necessidade de informação ou aconselhamento, vigilância de saúde, problemas de relacionamento, sexualidade, comportamentos aditivos, embora no curto tempo de estágio, a maioria terá sido sobre suspeita de gravidez, sexualidade e planeamento familiar, com tomada de decisão sobre o método contraceutivo a utilizar e a sua utilização correta ou esclarecimento sobre comportamentos sexuais de risco.

³ Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization.

⁴ Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes. Um desafio para Pais e Educadores*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

⁵ Prazeres, V. (1998). *Saúde dos Adolescentes: Princípios Orientadores*. Lisboa: DGS.

Segundo o relatório de atividades de 2012 da UCC, maioritariamente os jovens inscritos são do género feminino, (cerca de 89%), e quando refleti sobre este aspeto com a enfermeira, concluímos que para modificar esta realidade é fundamental modificar os paradigmas de pensamento, isto é, a ideia que algumas questões são só femininas.

Um jovem masculino que estava a acompanhar uma jovem perguntava “isto é só para raparigas?”, ao que se responde, “é um atendimento juvenil, os rapazes também são jovens”. Neste sentido, a enfermeira convida os rapazes que acompanham as raparigas a participar nas consultas, ou a efetuar uma consulta privada, quando percebe que a sua intenção inicial é ficar na sala de espera. Para os incentivar a procurarem ajuda no ■■■, tem acompanhado igualmente grupos de rapazes e raparigas em trabalhos escolares direcionados a questões de saúde e participado nas respetivas apresentações e debates dos mesmos nas escolas, valorizando o trabalho efetuado pela equipa do ■■■.

Através das afirmações dos jovens foi possível perceber que estes têm uma boa expectativa relativamente ao ■■■. Quando perguntei esporadicamente aos jovens “O que mais gostas dos profissionais aqui?”, as respostas surgiam em torno de “ela (a enfermeira) é muito boa para falar sobre os nossos problemas”, “não vimos só por causa da pílula, é também para falar”. No âmbito da avaliação da qualidade, a equipa do ■■■ aplicou em 2011 um questionário a 79 jovens com o objetivo de saber a sua opinião sobre o atendimento, tendo tido resultados bastante positivos, cuja apreciação sobre o ■■■ é referida como sendo imediato, rápido, gratuito, confidencial e de grande competência.

Este seria um local onde com certeza me daria prazer trabalhar, seja pela autonomia na tomada de decisão evidenciada nos cuidados de enfermagem, não negligenciando a interação entre equipa de saúde e as intervenções interdependentes, seja por ser um projeto largamente centrado nas necessidades do adolescente (o cliente deste contexto), com uma perspetiva de alto nível de satisfação, e neste aspeto, considero ter observado e participado num projeto que não é utópico mas muito realista, com uma equipa dinâmica que realmente

consegue efetivar na prática o plano de ação a que se propõe, dentro das muitas contingências socioeconómicas atuais.

Termino este documento de síntese reflexiva, agradecendo a oportunidade de ter integrado esta equipa e referindo que este é, sem dúvida, um bom local de estágio.

31 de Dezembro de 2013

Maria Inês Pereira Serrão

Apêndice IX – Documento Orientador para o estágio em Neonatologia



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

3º Semestre

Documento Orientador

Contexto de Estágio: Neonatologia

Discente:

Maria Inês Pereira Serrão

Professora Orientadora:

Maria da Graça Vinagre

Lisboa

Novembro 2013

Nota Introdutória

O presente documento surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório. Tem como objetivo efetuar uma breve apresentação do meu projeto específico de estágio, no que se refere ao contexto do Hospital ██████████, no serviço de Neonatologia.

O referido curso, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tem a duração de três semestres letivos, sendo que o Estágio com Relatório é realizado no último semestre. A finalidade desta unidade curricular é desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

O período global de estágio decorrerá entre 30 de Setembro de 2013 e 14 de Fevereiro de 2014, estando planeadas experiências de estágio no referido contexto de 25 de Novembro a 19 de Dezembro de 2013, em cerca de 25 horas semanais. Estão igualmente planeadas, para o restante período, experiências em centro de saúde, em internamento de pediatria (especificamente em adolescentes) e em urgência pediátrica.

As experiências de estágio assentam nas disposições curriculares, nas necessidades e interesses do estudante e no autodiagnóstico de competências, assim como implicam a mobilização de competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, à qualidade e gestão dos cuidados e ao desenvolvimento profissional; recorrendo aos quadros de referência próprios da profissão e da área da especialidade.¹

A avaliação da Unidade Curricular é baseada no desenvolvimento das atividades planeadas no conjunto dos vários estágios que culmina na elaboração e discussão de sínteses reflexivas sobre as diferentes experiências, na discussão

¹ ESEL (2013). *Programa de Unidade Curricular. Estágio com Relatório. 2013/2014*. Lisboa: ESEL.

produzida nas orientações tutoriais e, é concretizada pela entrega do relatório de estágio no final do semestre.

A orientação de este percurso formativo será efetuada pela Professora Maria da Graça Vinagre, a quem caberá a orientação tutorial continuada do meu projeto.

Justificação do Tema e Objetivos

Como enfermeira de cuidados gerais, exerci funções no serviço de Internamento de Pediatria do Hospital ██████████ durante 9 anos, após o qual e, há cerca de 2 anos, exerço funções no serviço de Urgência Pediátrica do mesmo hospital.

O grupo de utentes que o abrange compreende a faixa etária dos 0 aos 18 anos menos 1 dia, sendo que o atendimento aos adolescentes mais velhos, a partir dos 15 anos, só ocorre em pleno desde o passado dia 3 de Abril de 2013, consequência da entrada em vigor do Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho, determinando a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria (urgência, consultas e internamento) até aos 17 anos e 364 dias.

Segundo a OMS a saúde dos adolescentes é considerada uma prioridade e o enfermeiro que deles cuida procura, a partir da perspetiva da qualidade, adequar as suas intervenções às necessidades de desenvolvimento, de saúde e de atendimento dos adolescentes, favorecendo a proteção e melhoria da sua saúde e bem-estar.²

Neste sentido desenvolvi um Projeto de Estágio intitulado: ***O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde.***

² Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization.

Considero primordial promover a qualidade do atendimento ao adolescente e que, devemos estar atentos às suas necessidades de atendimento em saúde, qualquer que seja o contexto da prática.

O presente estágio, a decorrer entre 25 de Novembro e 19 de Dezembro, tem como objetivos gerais:

1. Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).
2. Promover boas práticas de atendimento ao adolescente.

Objetivos específicos:

1. Adquirir competências de planeamento e intervenção face ao recém-nascido (RN) e família com necessidades específicas de saúde.
2. Desenvolver competências no âmbito da promoção da vinculação RN/pais em situação de internamento e/ou com necessidades especiais, nomeadamente em pais adolescentes.
3. Conhecer as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento aos pais adolescentes com RN internado no serviço.

Planeamento das atividades e Recursos

Apresento as atividades e recursos planeados, com base nos objetivos específicos, que procurarei desenvolver no serviço de Neonatologia, que serão seguramente enriquecidos com as sugestões das enfermeiras de referência.

1º Objetivo Geral:

Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

1º Objetivo Específico: Adquirir competências de planeamento e intervenção face ao RN e família com necessidades específicas de saúde.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Efetuar pesquisa bibliográfica aprofundada sobre competências do RN, desenvolvimento da parentalidade, cuidados ao RN com necessidades especiais.- Recolher dados sobre os indicadores de saúde e objetivos da unidade de saúde no que respeita aos cuidados ao RN internado e família.- Observar e participar ativamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados aos RN e pais, integrando a equipa multidisciplinar:- Realizar o acolhimento e integração dos pais e RN no serviço de neonatologia, identificando os stressores existentes e avaliando a sua resposta comportamental no ambiente da neonatologia.- Avaliar o desenvolvimento do RN, utilizando a escala adotada no serviço- Utilizar medidas não farmacológicas no controlo da dor do RN, nomeadamente massagem, posicionamento, sacarose, glicose ou aleitamento materno.- Preparar progressivamente a alta do RN, promovendo a autonomia dos pais,	<p><u>Recursos Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Bases de dados científicas, sites da área da saúde, legislação.- Documentos da instituição de saúde.- Documentos da Ordem dos Enfermeiros. <p><u>Recursos Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- EEESCJ e restante equipa de saúde- RN e famílias- Pais adolescentes

<p>através da aprendizagem e com supervisão adequadas às suas dificuldades e questões.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os conhecimentos e as capacidades dos pais para prestar cuidados ao RN durante a hospitalização. - Proporcionar apoio/orientação/esclarecimento aos pais sobre cuidados ao RN internado (nomeadamente na higiene e conforto, alimentação, sono e repouso, afetividade, cuidados pré e pós operatórios, outras atividades diárias) adequado às suas necessidades. 	
<p>2º Objetivo Específico: Desenvolver competências no âmbito da promoção da vinculação RN/pais em situação de internamento e/ou com necessidades especiais, nomeadamente em pais adolescentes.</p>	
<p style="text-align: center;">Atividades</p>	<p style="text-align: center;">Recursos</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Criar oportunidades favorecedoras da relação, particularmente com os pais adolescentes com RN internado, compreendendo as diferentes necessidades pelas dúvidas expostas - Promover a interação entre pais e RN, integrando os pais na prestação de cuidados ao RN. - Prestar cuidados conforto ao RN (massagem, toque, contenção, posicionamento, <i>método canguru</i>), em parceria com os pais evidenciando as reações positivas e as vantagens para o desenvolvimento do RN. - Promover o aleitamento materno. 	<p>Idênticos aos anteriores</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Promover o treino das habilidades dos pais na prestação de cuidados ao RN, valorizando as competências adquiridas. - Identificar e reforçar os sistemas de apoio dos pais, nomeadamente pais adolescentes, durante o internamento e após a alta do RN. 	
---	--

2º Objetivo Geral: Promover boas práticas de atendimento ao adolescente	
3º Objetivo Específico: Conhecer as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento aos pais adolescentes com RN internado no serviço de Neonatologia.	
Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Criar oportunidades para a realização de entrevistas breves e conversas informais com os enfermeiros da unidade de saúde. - Registrar aspectos mais valorizados pelos enfermeiros na “passagem de ocorrências” (reveladores de preocupações e necessidades relativamente ao atendimento aos pais adolescentes) - Sintetizar e reflectir sobre os aspetos mais valorizados pela instituição e enfermeiros no atendimento aos pais adolescentes e sugestões de melhoria. - Redigir documento síntese com as aprendizagens realizadas, e a respetiva reflexão. 	<p>Idênticos aos anteriores</p>

Contatos

De forma a ser possível o contato adequado entre todos os intervenientes do processo formativo, indico os contatos pessoais e da escola, com a disponibilização para qualquer esclarecimento adicional.

ESEL – Serviços académicos - 217913400

Professora Orientadora Maria da Graça Vinagre - [REDACTED]@esel.pt

Estudante Enf.^a Inês Serrão – [REDACTED] – [REDACTED]@gmail.com

Agradeço desde já, a disponibilidade da Sr.^a Enf.^a e da sua equipa para me receberem.

Com os melhores Cumprimentos,

Maria Inês Pereira Serrão

**Apêndice X – Instrução de Trabalho: Avaliação, Alívio e Controle Não
Farmacológico da Dor no RN**

**Avaliação, Alívio e Controle Não
Farmacológico da Dor no RN**

1. OBJECTIVO

Uniformizar procedimentos na avaliação, alívio e controle não farmacológico da dor no Recém-Nascido (RN).

2. ÂMBITO

Este procedimento aplica-se na unidade de Neonatologia.

3. DESCRIÇÃO

A avaliação, alívio e controle da dor, orientados para as necessidades individuais do RN, aumentando o seu conforto e estabilidade, reduzindo o *stress* e as possíveis consequências das intervenções ambientais e terapêuticas.

3.1 CRITÉRIOS QUE PODERÃO ANTEVER A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO, ALÍVIO E CONTROLO DA DOR

- Procedimentos invasivos/dolorosos;
- Manipulação do RN;
- Agitação no RN;
- Outras situações onde se manifeste essa necessidade.

3.2 AVALIAÇÃO DA DOR

- Avaliação Inicial na admissão, com História de dor;
- Avaliar a dor antes, durante e após procedimentos invasivos;
- Utilização de instrumento de avaliação de dor NIPS (Escala de dor no RN e no Lactente):

NIPS	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão Facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	Fraco	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Alterada/Irregular	-
Braços	Relaxados	Fletidos/Distendidos	-
Pernas	Relaxados	Fletidos/Distendidos	-
Estado de Consciência	Dormir/Calmo	Desconfortável	-

Pontuação máxima de 7 pontos, considerando dor ≥ 4

- Avaliar a dor em simultâneo com os outros sinais vitais.

**Avaliação, Alívio e Controle Não
Farmacológico da Dor no RN****3.3 ALÍVIO E CONTROLO DA DOR**INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

- Redução da incidência de luzes sobre o RN;
- Redução do ruído ambiente, promovendo o silêncio, e diminuindo os alarmes sonoros dos aparelhos;
- Preservação dos períodos mais prolongados de sono e repouso;
- Posicionamento adequado do RN, através da contenção em “ninhos” e rolos de posicionamento;
- Agrupar os momentos de cuidados, com manipulações mínimas;
- Presença/Contato físico dos pais com o RN;
- Embalo, carícias, “colinho”;
- Método canguru;
- Massagem terapêutica;
- Sucção não nutritiva;
- Leite materno;
- Sacarose a 24% (preparação em farmácia hospitalar) ou solução glicosada a 30%:

Modo de aplicação	Observações
<ul style="list-style-type: none">- Administrar solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, ou molhando a chupeta na solução (volume estimado é 0,1-0,2ml), 2 minutos antes do procedimento.- Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. Dose mínima eficaz: 0,05-0,5 ml. Doses máximas/procedimento: 27-31 semanas de IG:0,5 ml 32-36 semanas de IG:1 ml Recém-nascidos de termo: 2 ml- Frequência máxima: 4 tomas no prematuro e 6 tomas no RN de termo	<ul style="list-style-type: none">- A redução das respostas de dor resulta da estimulação oro-gustativa, que parece ativar o sistema opioide endógeno, e não da absorção da solução.- Em recém-nascidos entubados e conscientes, a administração, ponderada caso a caso, é feita por seringa, gota a gota, sobre a língua, vigiando a tolerância.- A hora, volume e eventual ocorrência de efeitos adversos devem ser sempre registrados no processo clínico.- A solução de sacarose deve ser conservada no frio durante um período não superior a 1 semana.

3.4 CONTROLO DA DOR NOS PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

- Espaçar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais;
- Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento
- Selecionar o material necessário mais adequado e realizar o procedimento de forma a causar menos dor (ex: lanceta automática em vez de manual, garrote manual em vez de borracha);
- Utilizar sistematicamente a contenção manual ou com lençol conforme apropriado;

**Avaliação, Alívio e Controle Não
Farmacológico da Dor no RN**

Procedimento	Intervenções Não-Farmacológicas
Aspiração traqueal em RN ventilados	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar este procedimento apenas quando há presença de secreções e não por rotina - Gestão do ambiente e do conforto - Contenção e sucção não nutritiva com sacarose/leite materno (opcional)
Colocação de cateteres umbilicais	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar suturas e pinças hemostáticas na pele em redor do coto umbilical - Gestão do ambiente e do conforto - Contenção e sucção não nutritiva com sacarose/leite materno
Colocação de dreno torácico	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar procedimento com escala de dor apropriada - Gestão do ambiente e do conforto - Contenção e sucção não nutritiva com sacarose/leite materno
Injeções SC e IM	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar a via IM preferindo, sempre que possível, a via IV - Gestão do ambiente e do conforto - Amamentação ou sucção não nutritiva com sacarose/leite materno - Contenção, ou canguru materno
Intubação endotraqueal	<ul style="list-style-type: none"> - Intubação sem analgesia apenas em situações de reanimação na sala de partos e/ou situações de emergência Sequência ideal: <ol style="list-style-type: none"> 1 – Oxigénio 2 – Vagolítico 3 – Analgésico e/ou hipnótico 4 – Relaxante muscular
Punção do calcanhar	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar sempre que possível a punção venosa periférica - Utilizar dispositivos mecânicos - Gestão do ambiente e do conforto - Amamentação ou sucção não nutritiva com sacarose/leite materno - Contenção, ou canguru materno
Punção lombar	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar flexão extrema do pescoço, independentemente da posição selecionada (risco de traumatismo e hipoxemia) - Usar agulhas de calibre G22-20 - Gestão do ambiente e do conforto - Contenção e sucção não nutritiva com sacarose/leite materno
Punção supra-púbica	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão do ambiente e do conforto - Contenção e sucção não nutritiva com sacarose/leite materno
Punção venosa periférica/punção arterial/colocação CEC	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão do ambiente e do conforto - Contenção e sucção não nutritiva com sacarose/leite materno
Rastreo oftalmológico	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar o uso de blefarostato - Monitorizar procedimento com escala de dor apropriada - Gestão do ambiente e do conforto - Contenção, sucção não nutritiva com sacarose/leite materno

**Avaliação, Alívio e Controlo Não
Farmacológico da Dor no RN**

Sonda nasogástrica	- Técnica adequada, gel lidocaína a 1% - Gestão do ambiente e do conforto - Contenção, sucção não nutritiva com sacarose/leite materno
---------------------------	--

- As intervenções sensoriais ou não-farmacológicas (ex: sacarose, sucção) podem ser suficientes para os procedimentos *minor*;
- Nos procedimentos *major* (ex: colocação de dreno torácico) devem associar-se às intervenções não-farmacológicas as intervenções farmacológicas (ex: opioide);
- Ajustar as medidas terapêuticas/intervenções em função dos resultados da avaliação da dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros - Guia orientador de Boa Prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. 1 (6). Lisboa: OE, 2013.

Direção-Geral da Saúde - Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa: DGS, 2012, (Orientação n.º24/2012).

ELABORADO POR

APROVADO POR

Inês Serrão (enfermeira-estudante da ESEL)

Rosa Guerreiro (enfermeira especialista –
serviço de Neonatologia)

Apêndice XI – Reflexão sobre o estágio em Neonatologia

Reflexão sobre o estágio na Neonatologia

No âmbito do Estágio com Relatório decorrido entre 25 de Novembro e 19 de Dezembro de 2013, surge o presente documento de síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas em contexto de Neonatologia.

Como início de reflexão partilho a sensação algo claustrofóbica, que tive quando iniciei o estágio no espaço desta unidade neonatologia. É um local pequeno, cujos cuidados, em *open space* se confinam a uma única divisão, onde estão vários RN, pais, enfermeiros, assistente operacional, médicos e, por momentos, juntam-se assistente técnico, técnico de exames auxiliares de diagnóstico e avós. É um sentimento referido de modo geral por toda a equipa, que se vai adaptando de modo a não intervir negativamente nos cuidados de enfermagem, isto é, salvaguardando a privacidade, a confidencialidade e a individualidade nas intervenções de enfermagem e dos restantes profissionais. Durante a passagem de turno de enfermagem, é frequentemente necessário que os pais se ausentem do serviço, porque não é possível garantir de outra forma a confidencialidade das informações, assim como quando há necessidade de falar com algum pai com privacidade acrescida, ter que sair da unidade para um gabinete ao lado, sem a presença também do RN, porque faria alarmar a pulseira de segurança existente, mas que é a opção possível.

A missão deste serviço enquadra-se nos valores do hospital que incluem o respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, desenvolvimento humano, competência, inovação e responsabilidade, e preconiza os cuidados centrados na família, segundo o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Neste sentido, integrei a equipa multidisciplinar, observando e participando ativamente nas intervenções de enfermagem ao nível do, muito valorizado *empowerment* familiar, contribuindo para o meu objetivo específico de aquisição de competências de planeamento e intervenção face ao RN e pais com necessidades específicas de saúde.

A relação que procurei estabelecer com os pais e RN, baseou-se na valoração da comunicação e interação com os pais, promovendo o desenvolvimento

da parentalidade e da vinculação entre pais e RN, através da orientação, apoio, demonstração, e supervisão nos cuidados ao RN. As necessidades individuais entre pais foram diversas e diferentes, quer pela situação clínica de cada RN, quer pelas capacidades individuais de cada um, e neste sentido procurei adequar as minhas intervenções de modo individualizado e nem tanto em grupo, embora, por exemplo, quando estou a demonstrar a algum pai o funcionamento da cadeira de retenção do bebé, efetuando os cuidados antecipatórios na questão da segurança, o faça de modo a todos poderem participar, observando e questionando.

Ao nível dos cuidados ao RN, desenvolvi competências de atuação, no âmbito da sua especificidade, por exemplo, cuidar o RN no berço ou na incubadora, orientar os momentos para a menor manipulação possível, valorizando os períodos de descanso, e avaliando e intervindo com base na sua resposta comportamental.

Algumas experiências revelaram-se bastante positivas, do ponto de vista da utilização de estratégias para promover o contato físico entre pais e RN, por exemplo, encontrar o melhor momento, mais adequado e não prejudicial, para que o RN que se encontra dentro da incubadora, poder sair por momentos e “aninhar-se” no colo do pai, pela primeira vez; sendo um processo refletido, de tomada de decisão, autónoma, no momento certo, em benefício daquela família.

Um dos momentos que considerei de crucial importância nos cuidados e ao mesmo tempo de grande sensibilidade, foi o do acolhimento aos pais na unidade que, infelizmente, nem sempre verifiquei ser possível o acompanhamento na primeira visita. A primeira imagem do seu filho na incubadora e na unidade, é sem dúvida assustadora e este é um momento crucial para a elucidação sobre a situação do bebé, mesmo antes de o verem, assim para o apoio emocional e promoção da esperança, num momento em que as expectativas anteriores de um RN saudável ficaram perdidas.

As atividades de enfermagem nesta unidade articulam-se com as atividades de outros profissionais. Pela posição central que ocupa, o enfermeiro é o elo dinamizador entre todos no sentido de identificar, intervir e avaliar as redes de suporte das famílias e encaminhá-las para outros profissionais que as possam

ajudar. Um exemplo de atividades que efetuei neste sentido foi numa situação em que o RN internado tinha nascido no domicílio. Tratava-se de uma mãe que apresentava sinais de depressão, que não procurou assistência médica para o parto. Para além de prestar cuidados de enfermagem específicos ao RN, avaliar e promover as capacidades da mãe para os cuidados ao RN e vinculação entre eles, articular com o serviço social e de psicologia, confirmando a sinalização do caso, e identificar a rede de suporte familiar, que neste caso eram os avós maternos, foi efetuada a referenciação para o centro de saúde, e marcada a consulta de saúde infantil precocemente.

No domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, e na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, elaborei em colaboração com a enfermeira de referência, uma “instrução de trabalho” sobre a avaliação, alívio, controlo não farmacológico da dor no RN. Esta opção deveu-se à identificação de esta necessidade da equipa de enfermagem, para a normalização dos procedimentos, que observei serem frequentemente efetuados (refiro-me às intervenções não farmacológicas na dor), mas de forma heterogénea, e neste sentido, permitir uniformizar procedimentos, identificar e justificar critérios e modos de atuação segundo as mais recentes orientações da DGS.

No que respeita ao segundo objetivo do meu projeto, direcionado ao atendimento aos pais adolescentes, optei por questionar os enfermeiros do serviço sobre as diferenças e especificidades no atendimento aos mesmos em relação a pais mais velhos, uma vez que durante o decorrer do estágio, nenhum dos pais era adolescente. As respostas incluíram aspetos como maior necessidade de atenção, maior expressão das emoções (pelo choro, verbalização de sentimentos), necessidade de reforço nos “ensinos” e também mais orientação no comportamento a adotar dentro da unidade, confirmando que o atendimento ao adolescente não pode ser desvalorizado.

31 de Dezembro de 2013

Maria Inês Pereira Serrão

Apêndice XII – Documento Orientador para o estágio na UIA



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

3º Semestre

Documento Orientador

Contexto de Estágio:

UIA

Discente:

Maria Inês Pereira Serrão

Professora Orientadora:

Maria da Graça Vinagre

Lisboa

Novembro 2013

Nota Introdutória

O presente documento surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório. Tem como objetivo efetuar uma breve apresentação do meu projeto específico de estágio, no que se refere ao contexto do Hospital ██████████, na Unidade de Internamento de Adolescentes.

O referido curso, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tem a duração de três semestres letivos, sendo que o Estágio com Relatório é realizado no último semestre. A finalidade desta unidade curricular é desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

O período global de estágio decorrerá entre 30 de Setembro de 2013 e 14 de Fevereiro de 2014, estando planeadas experiências de estágio no referido contexto de 4 a 24 de Novembro de 2013, em cerca de 25 horas semanais. Estão igualmente planeadas, para o restante período, experiências em centro de saúde, em neonatologia e em urgência pediátrica.

As experiências de estágio assentam nas disposições curriculares, nas necessidades e interesses do estudante e no autodiagnóstico de competências, assim como implicam a mobilização de competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, à qualidade e gestão dos cuidados e ao desenvolvimento profissional; recorrendo aos quadros de referência próprios da profissão e da área da especialidade.¹

A avaliação da Unidade Curricular é baseada no desenvolvimento das atividades planeadas no conjunto dos vários estágios que culmina na elaboração e discussão de sínteses reflexivas sobre as diferentes experiências, na discussão produzida nas orientações tutoriais e, é concretizada pela entrega do relatório de estágio no final do semestre.

¹ ESEL (2013). *Programa de Unidade Curricular. Estágio com Relatório. 2013/2014*. Lisboa: ESEL.

A orientação de este percurso formativo será efetuada pela Professora Maria da Graça Vinagre, a quem caberá a orientação tutorial continuada do meu projeto.

Justificação do Tema e Objetivos

Como enfermeira de cuidados gerais, exerci funções no serviço de Internamento de Pediatria do Hospital Vila Franca de Xira durante 9 anos, após o qual e, há cerca de 2 anos, exerço funções no serviço de Urgência Pediátrica do mesmo hospital.

O grupo de utentes que o abrange compreende a faixa etária dos 0 aos 18 anos menos 1 dia, sendo que o atendimento aos adolescentes mais velhos, a partir dos 15 anos, só ocorre em pleno desde o passado dia 3 de Abril de 2013, consequência da entrada em vigor do Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho, determinando a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria (urgência, consultas e internamento) até aos 17 anos e 364 dias.

Segundo a OMS a saúde dos adolescentes é considerada uma prioridade e o enfermeiro que deles cuida procura, a partir da perspetiva da qualidade, adequar as suas intervenções às necessidades de desenvolvimento, de saúde e de atendimento dos adolescentes, favorecendo a proteção e melhoria da sua saúde e bem-estar.²

Neste sentido desenvolvi um Projeto de Estágio intitulado: ***O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde.***

Considero primordial promover a qualidade do atendimento ao adolescente e que, devemos estar atentos às necessidades de atendimento em saúde do adolescente, qualquer que seja o contexto da prática.

² Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization.

O presente estágio, a decorrer entre 4 e 24 de Novembro, tem como objetivos gerais:

1. Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).
2. Promover boas práticas de atendimento ao adolescente.

Objetivos específicos:

1. Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de internamento hospitalar.
2. Promover a adaptação do adolescente e família à doença e internamento.
3. Conhecer as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família e possíveis sugestões de melhoria.

Planeamento das atividades e Recursos

Apresento as atividades e recursos planeados, com base nos objetivos específicos, que procurarei desenvolver na Unidade de Internamento de Adolescentes, que serão seguramente enriquecidos com as sugestões das enfermeiras orientadoras.

1º Objetivo Geral:

Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

1º Objetivo Específico: Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de internamento hospitalar

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Recolher dados sobre os indicadores de saúde e objetivos da unidade de saúde no que respeita ao atendimento ao adolescente e família.- Observar e participar ativamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados aos adolescentes e famílias, integrando a equipa multidisciplinar;- Criar oportunidades relacionais e de comunicação com os adolescentes no sentido da identificação das suas necessidades de atendimento durante o internamento e sugestões para sua satisfação.- Elaborar registos sobre as necessidades de atendimento mais valorizadas pelos adolescentes e refletir sobre possíveis estratégias no sentido da sua satisfação.	<p><u>Recursos Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Bases de dados científicas, sites da área da saúde, legislação.- Documentos da instituição de saúde.- Documentos da Ordem dos Enfermeiros. <p><u>Recursos Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- EEESCJ e restante equipa de saúde- Adolescentes e famílias

2º Objetivo Específico: Promover a adaptação do adolescente e família à doença e internamento hospitalar.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Planear e executar intervenções de enfermagem que minimizem os stressores produzidos pela doença e internamento no adolescente, promovam a adesão aos cuidados e a adaptação à situação de doença e internamento.- Desenvolver em parceria com o adolescente e família atividades distrativas e de relaxamento adequadas à situação de saúde (ex. atividades lúdicas, utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor, escuta ativa e promoção da verbalização de sentimentos, esclarecimento de dúvidas...)	Idênticos aos anteriores

2º Objetivo Geral:

Promover boas práticas de atendimento ao adolescente

3º Objetivo Específico: Conhecer as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Observar o espaço físico e intervenções de enfermagem segundo os critérios de qualidade de atendimento ao adolescente.- Criar oportunidades para a realização de entrevistas breves e conversas informais com os enfermeiros da unidade de saúde.- Registrar aspetos mais valorizados pelos enfermeiros na “passagem de ocorrências” (reveladores de preocupações e necessidades relativamente ao atendimento)- Sintetizar e refletir sobre os aspetos mais valorizados pela instituição e enfermeiros no atendimento ao adolescente e sugestões de melhoria..- Redigir documento síntese com as aprendizagens realizadas, e a respetiva reflexão.	<p>(Idênticos aos anteriores)</p> <ul style="list-style-type: none">- Definição de um conjunto de dimensões e indicadores a utilizar nas observações, entrevistas, conversas informais e registos escritos, tendo por base os critérios de qualidade do atendimento ao adolescente- EEESCJ e restante equipa de enfermagem.

Contatos

De forma a ser possível o contato adequado entre todos os intervenientes do processo formativo, indico os contatos pessoais e da escola, com a disponibilização para qualquer esclarecimento adicional.

ESEL – Serviços académicos - 217913400

Professora Orientadora Maria da Graça Vinagre - [REDACTED]@esel.pt

Estudante Enf.^a Inês Serrão – [REDACTED] – [REDACTED]@gmail.com

Agradeço desde já, a disponibilidade da Sr.^a Enf.^a e da sua equipa para me receberem.

Com os melhores Cumprimentos,

Maria Inês Pereira Serrão

Apêndice XIII – Sessão de educação para a saúde: *Cyberbullying*

PLANO DE SESSÃO

Tema: *Cyberbullying*

Local: UIA – Hospital

Público-Alvo: Adolescentes internados na Unidade

Data: 24/11/2013 Hora: 11h00

Objetivo geral: Sensibilizar os adolescentes para adoção de comportamentos saudáveis na utilização de tecnologias de informação e comunicação

Objetivos específicos:

- Identificar as características do *cyberbullying*
- Alertar os adolescentes para os perigos resultantes da exposição de informação privada nas redes sociais
- Contribuir para a adoção de estratégias de proteção contra o *Cyberbullying*
- Promover a partilha de ideias e interajuda entre grupo

Formador: Inês Serrão (Estudante da ESEL)

Fases da Sessão	Conteúdos Programáticos	Métodos Pedagógicos	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	- Jogo de Apresentação dos intervenientes - Apresentação do tema e objetivos da sessão	Interrogativo Participativo		10'
Desenvolvimento	- Definição sobre <i>cyberbullying</i> - Comportamentos de proteção pré, durante e pós- <i>cyberbullying</i> - vídeo " <i>bulling virtual</i> " http://youtu.be/fR2Pu6SQDsM	Expositivo Participativo	Cartolina, papel, cola, canetas Computador (youtube)	15'
Conclusão	- Síntese da sessão - Referências bibliográficas - Esclarecimento de dúvidas	Expositivo	cartolina, canetas	5'

Textos Apresentados e discutidos durante a Sessão

É o uso de **tecnologias de informação e comunicação**, como e-mail, SMS, MSN ou Redes Sociais para difusão de conteúdos, onde um indivíduo (**cyberbully**) ou grupo pretendem, de forma deliberada e repetida, causar mal estar a outro (**vítima**).



CYBERBULLYING

É um fenómeno em rápido crescimento, em particular no mundo da Internet.



Cyberbullying é usar o espaço virtual para intimidar e hostilizar uma pessoa, difamando, insultando ou atacando covardemente.

O *cyberbully* vale-se das tecnologias para se manter no anonimato.
O *cyberbully* pode tornar-se, no momento seguinte, também ele uma vítima.

Dicas para te manteres protegido contra o *Cyberbullying*

- Lembra-te que existem pessoas na internet que mentem sobre quem são
- Mantém a tua informação pessoal protegida, de modo a que essas pessoas não a possam utilizar contra ti
- Tem cuidado para tu próprio não agires como um *cyberbully*
- Não vás a sites onde as pessoas te tratem mal



O que fazer em caso de *Cyberbullying*

- Pensa e não reajas. A reação imediata vai magoarte e dá ao *cyberbully* a resposta que ele quer
 - Mantém-te calmo
 - Pára a atividade ou ignora o *cyberbully*
- Diz ao *cyberbully* para parar (mas não o ameaces ou atues como *cyberbully*)
 - Bloqueia o *cyberbully* na tua rede social
- Conta a um adulto de confiança o que te está a acontecer
- Guarda as mensagens (provas) de *cyberbullying*
- Contata as autoridades policiais, especialmente se o *cyberbully* te faz ameaças sérias



Ajuda os teus amigos

- Quando vires *posts*/partilhas de *bullying* sobre alguém, pede ao *cyberbully* para parar
- Lembra o *cyberbully* que *cyberbullying* não é "porreiro"
- Oferece a tua amizade e apoio à vítima de *cyberbullying*
- Se o *cyberbullying* não parar, diz a um adulto de confiança antes que aumente de intensidade e saia fora do teu controlo



Protege-te contra o *Cyberbullying* Mensagens dos Adolescentes Internados

Referências:

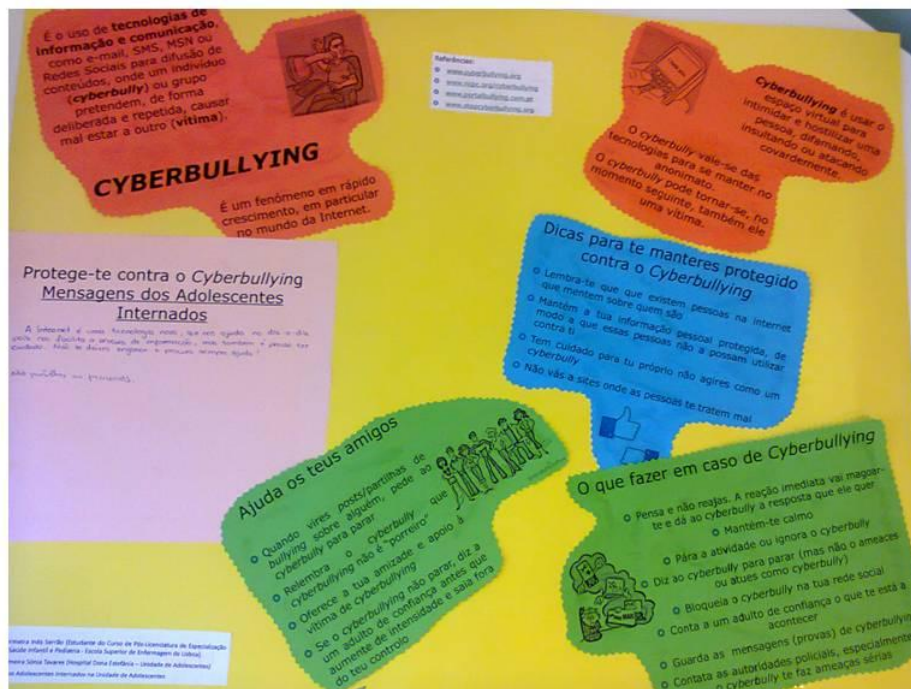
- www.cyberbullying.org
- www.ncpc.org/cyberbullying
- www.portalbullying.com.pt
- www.stopcyberbullying.org

Elaborado por: Enfermeira Inês Serrão (Estudante do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Orientada por: Enfermeira S.T. (Hospital - UIA)

Com a colaboração dos Adolescentes Internados na Unidade de Adolescentes

Trabalho em cartolina elaborado com as adolescentes, posteriormente afixado na sala de atividades da UIA



Apêndice XIV – Reflexão sobre o estágio na UIA

Reflexão sobre o estágio na UIA

Neste documento de síntese reflexiva sobre a minha experiência numa Unidade de Internamento de Adolescentes (UIA), em contexto de hospital, vou optar por descrever as principais atividades desenvolvidas, entre 4 e 24 de Novembro de 2013, e através da reflexão sobre as práticas demonstrar em como estas contribuíram para a concretização projeto específico.

Preconiza-se que o internamento na UIA esteja relacionado com a idade “de modo a responder á necessidade dos adolescentes terem um espaço próprio”, sendo que habitualmente admite utentes a partir dos 8 anos de idade inclusive, tendo o serviço seguido as orientações da Direção Geral da Saúde de 2005 que aponta para “normas de funcionamento e de procedimento adequado ao grupo etário, com ênfase particular em matérias de humanização como privacidade e confidencialidade, participação nas atividades do serviço, gestão de espaços de convívio, visitas”¹².

Entre as atividades desenvolvidas observei e participei na prestação de cuidados de enfermagem especializados aos adolescentes e família, integrando a equipa multidisciplinar, como por exemplo no acolhimento ao utente. No processo de admissão e acolhimento do adolescente no serviço, este é previamente referenciado de modo a adequar o espaço à sua situação clínica, idade e para ficar num quarto com utentes do mesmo sexo. Pela minha observação, raramente é possível prever a hora de chegada, porque depende do serviço de origem, frequentemente o utente chega no momento de passagem de turno de enfermagem, tendo como consequência um acolhimento inicial onde a interação é mais superficial, mas que pode ser reforçada com a transmissão de informação entre enfermeiros, nomeadamente identificando as intervenções já efetuadas.

No acolhimento entreguei o Guia de Acolhimento com informação para pais e acompanhantes e um Inquérito de Avaliação da Satisfação dos adolescentes em relação ao serviço adotado na UIA, com esclarecimento sobre as informações existentes nos mesmos. Refletindo posteriormente sobre estes dois documentos, pergunto-me o porquê do guia ser

¹ Centro Hospitalar, EPE. (2010). *Admissão na unidade de Adolescentes*. Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica. ADD.1047.

² Direção-Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens*. Lisboa: DGS.

para os pais, e não existir um para o adolescente e, neste sentido talvez, (se me tivesse apercebido anteriormente, com o efetuar de admissões logo nas primeiras semanas de estágio), devesse ter sugerido uma reformulação; tal como uma reformulação do inquérito, que está direcionado à comunicação entre adolescente e enfermeiros e assistentes operacionais, descurando toda a restante equipa interventiva seja médica, psicóloga, dietista, educadora, assistente social, assistente técnica, entre outros.

A dinamização do espaço jovem (sala de atividades) é uma característica da UIA, que pretende ir de encontro às necessidades específicas deste grupo etário, através da programação e desenvolvimento de atividades lúdicas e sessões de educação para a saúde dirigidas aos jovens, no sentido de promover quer a ocupação dos seus tempos livres como também para contribuir que estes possam obter informação que lhes permita adquirir ganhos em saúde. Neste sentido, integrando-me no seu objetivo, elaborei e apresentei uma sessão de educação para a saúde, dirigida aos adolescentes internados e disponíveis para participar, sobre o *Cyberbullying*. Sendo o uso das tecnologias de informação e comunicação algo tão frequente entre os jovens, é pertinente o objetivo geral de sensibilizar os adolescentes para adoção de comportamentos saudáveis na sua utilização.

A sessão decorreu em cerca de 30 minutos e tinha como objetivos específicos identificar as características do *cyberbullying*, alertar os adolescentes para os perigos resultantes da exposição de informação privada nas redes sociais, contribuir para a adoção de estratégias de proteção contra o *cyberbullying* e promover a partilha de ideias e interajuda entre o grupo. A sessão foi considerada bastante positiva pela enfermeira de referência e pelas 5 adolescentes raparigas que estiveram presentes. Estas tinham idades diversas entre os 12 e 16 anos, sendo que se verificou na adolescente mais velha um maior conhecimento sobre o tema com oportunidade de partilha sobre a sua experiência prévia. As 2 adolescentes mais novas não tinham conhecimento prévio, nem preocupações evidentes sobre o tema, embora utilizassem as tecnologias de informação, uma delas de forma autónoma e sem supervisão de familiares conforme constatei no internamento, o que me fez refletir sobre a necessidade de intervenção também junto dos pais.

Os adolescentes constituem um grupo que se insere numa faixa etária com necessidades específicas de saúde, pelo que a filosofia inicial da UIA se baseia na “oferta de cuidados de modo a permitir uma atenção abrangente do ponto de vista físico, psíquico, social

e espiritual, constituindo um espaço de internamento para jovens, independentemente do tipo de patologia (médico/cirúrgica)³. Entende-se que a doença e a hospitalização representam um fator de *stress* e crise importante para o jovem e para a família, logo o adolescente e o sistema familiar sofrem uma rutura do seu equilíbrio e da sua dinâmica funcional.

A necessidade de hospitalização de um adolescente é frequentemente encarada com perplexidade e medo, em vários tipos de transição (desenvolvimental, situacional e de saúde-doença), neste sentido, o cuidar do adolescente reveste-se de particularidades que assentam no seu percurso de vida em plena evolução, destacando neste contexto, as minhas intervenções de enfermagem ao nível da relação e comunicação, que facilitavam a expressão de sentimentos, necessidades ou preocupações dos adolescente e assim poderia minimizar os fatores de *stress*, com vista à adaptação à doença e internamento hospitalar e ao aumento de bem estar. Do ponto de vista da transição situacional, procurei a facilitação nas visitas dos amigos e o desenvolvimento em parceria com o adolescente e família de atividades de ocupação dos tempos livres, já que esta foi uma das suas necessidades identificadas, sendo que a família nesta UIA está presente.

A necessidade de privacidade, foi bastante referenciada neste contexto de estágio, principalmente porque as instalações não o permitem; há apenas 1 quarto individual, as instalações sanitárias, embora separadas por género, são partilhadas, não existem cortinas e biombos em todos os quartos, cujas portas têm janelas. Neste sentido é sempre necessário salvaguardar a privacidade, programando adequadamente os cuidados, por exemplo, proporcionar roupa no pós-operatório, ou, por outro lado, não interferir e salvaguardar quando o adolescente quer ter os seus momentos sozinho.

Um aspeto bastante valorizado nesta UIA prende-se com a alimentação do adolescente, existindo o cuidado de proporcionar, dentro da prescrição, a tomada de decisão sobre a sua dieta, com base nos seus gostos pessoais, personalizando-a, fazendo a articulação com a nutricionista e desta forma o adolescente sentir alguma autonomia, alimentar-se melhor e obter maior satisfação.

Ao nível da transição saúde-doença, os adolescentes referiam como problemático as manifestações da patologia (nomeadamente a dor) sendo que a maioria das atitudes

³ Hospital. (2005). *Filosofia de Cuidados Ao Adolescente*. Manual da Qualidade. 312/05.

terapêuticas pretendiam o seu alívio e as restantes eram programadas de modo a serem efetuadas segundo a disponibilidade e o consentimento do jovem, por exemplo, aguardar pela chegada da mãe, quando esta se ausentava.

Como profissional de saúde que cuida do adolescente hospitalizado, pretendi ao longo do estágio, adquirir competências e também aprofundar os meus conhecimentos no atendimento ao adolescente e das suas alterações decorrentes dos processos de adoecer e da hospitalização através da observação participante e de reuniões com os enfermeiros do serviço, de modo a poder prestar um atendimento adequado às necessidades deste grupo etário. Quando questioneei a equipa de enfermagem sobre “quais são as principais preocupações neste serviço em relação aos cuidados ao adolescente? Ou “a equipa tem formação específica na área da adolescência?” penso que também estou, para além de obter contributos para mim própria, a promover a reflexão sobre o atendimento neste grupo etário. Os elementos questionados referiram que não têm formação específica nesta área, mas cada um com um interesse especial e com capacidade própria no atendimento, no entanto percecionam-se sem dificuldades no atendimento, com uma aprendizagem contextual, não uniforme, o que está evidente nas diferentes formas de registo de enfermagem no processo clínico, ou seja, um maior ou menor registo de identificação, intervenção e avaliação dos aspetos de interação e relação do adolescente com os profissionais, família e outros adolescentes em relação aos aspetos da patologia.

De uma forma geral penso que apresentei uma atitude flexível, com abertura, sensibilidade, e competências para saber avaliar o comportamento dos adolescentes, as suas manifestações e preocupações, procurando estabelecer um ambiente facilitador do desenvolvimento dos mecanismos necessários à adaptação à hospitalização porque, lembrando Maas e Zagonel (2005) estes fatores levam-nos a reconhecer a importância de uma boa relação, com confiança e interação, evidenciando uma visão humanística⁴.

Foi um estágio com alguns constrangimentos, e que de certo modo foi contrário a algumas das perspetivas que tinha, o que é perfeitamente possível, quando fazemos projetos

⁴ Maas, T. & Zagonel, I (2005). Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 68-75.

para um local onde não trabalhamos e só temos parte da informação. Este foi o contexto onde esteve mais evidente a atual “crise” que o país atravessa. Se por um lado idealizamos um serviço amigo dos adolescentes, por outro, diversas forças o fazem corresponder a um serviço que abrange outras idades e onde, lado a lado com adolescentes com doença cirúrgica aguda, se torna necessário colocar uma jovem com doença crónica grave do foro neurológico. Não digo que o interesse do doente não estivesse em primeiro lugar, associado à falta de vagas noutra local, mas a disponibilidade para o atendimento ao adolescente na vertente da sua transição desenvolvimental ou de saúde-doença fica sem dúvida comprometida.

31 de Dezembro de 2013

Maria Inês Pereira Serrão

Apêndice XV – Documento Orientador para o estágio no SUPed-x



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

3º Semestre

Documento Orientador

Contexto de Estágio:

SUPed-x

Discente:

Maria Inês Pereira Serrão

Professora Orientadora:

Maria da Graça Vinagre

Lisboa

Janeiro de 2014

Nota Introdutória

O presente documento surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório. Tem como objetivo efetuar uma breve apresentação do meu projeto específico de estágio a realizar no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital ██████████.

O referido curso, frequentado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tem a duração de três semestres letivos, sendo que o Estágio com Relatório é realizado no último semestre. A finalidade desta unidade curricular é desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

O período global de estágio decorrerá entre 30 de Setembro de 2013 e 14 de Fevereiro de 2014, estando planeadas experiências de estágio no referido contexto de 6 a 19 de Janeiro e 1 a 14 de Fevereiro de 2014, em cerca de 25 horas semanais. Estão igualmente planeadas, para o restante período, experiências em centro de saúde, em neonatologia e em internamento de adolescentes.

As experiências de estágio assentam nas disposições curriculares, nas necessidades e interesses do estudante e no autodiagnóstico de competências, assim como implicam a mobilização de competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, à qualidade e gestão dos cuidados e ao desenvolvimento profissional, recorrendo aos quadros de referência próprios da profissão e da área da especialidade.¹

A avaliação da Unidade Curricular é baseada no desenvolvimento das atividades planeadas no conjunto dos vários estágios que culmina na elaboração e discussão de sínteses reflexivas sobre as diferentes experiências, na discussão produzida nas orientações tutoriais e, é concretizada pela entrega do relatório de estágio no final do semestre.

¹ ESEL (2013). *Programa de Unidade Curricular. Estágio com Relatório. 2013/2014*. Lisboa: ESEL.

A orientação de este percurso formativo será efetuada pela Professora Maria da Graça Vinagre, a quem caberá a orientação tutorial continuada do meu projeto.

Justificação do Tema e Objetivos

Como enfermeira de cuidados gerais, exerci funções no serviço de Internamento de Pediatria do Hospital Vila Franca de Xira durante 9 anos, após o qual e, há cerca de 2 anos, exerço funções no serviço de Urgência Pediátrica do mesmo hospital.

O grupo de utentes que o abrange compreende a faixa etária dos 0 aos 18 anos menos 1 dia, sendo que o atendimento aos adolescentes mais velhos, a partir dos 15 anos, só ocorre em pleno desde o passado dia 3 de Abril de 2013, consequência da entrada em vigor do Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho, determinando a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria (urgência, consultas e internamento) até aos 17 anos e 364 dias.

Segundo a OMS a saúde dos adolescentes é considerada uma prioridade e o enfermeiro que deles cuida procura, a partir da perspetiva da qualidade, adequar as suas intervenções às necessidades de desenvolvimento, de saúde e de atendimento dos adolescentes, favorecendo a proteção e melhoria da sua saúde e bem-estar.²

Neste sentido desenvolvi um Projeto de Estágio intitulado: ***O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde.***

Considero primordial promover a qualidade do atendimento ao adolescente e que, devemos estar atentos às necessidades de atendimento em saúde do adolescente, qualquer que seja o contexto da prática.

O presente estágio tem como objetivos gerais:

² Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization.

1. Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).
2. Promover boas práticas de atendimento ao adolescente, particularmente em serviços de urgência pediátrica.

Objetivos específicos:

1. Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de urgência.
2. Caracterizar a população adolescente que recorre aos serviços de urgência pediátrica e os motivos de procura, especificamente deste serviço durante um período de 10 meses (Abril de 2013 a Janeiro de 2014).
3. Analisar as necessidades de atendimento dos adolescentes quando recorrem e durante o internamento neste serviço.
4. Identificar as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família
5. Conhecer possíveis sugestões dos enfermeiros para a melhoria do atendimento ao adolescente e família neste serviço.
6. Refletir com a equipa de saúde sobre as práticas atuais de atendimento ao adolescente a família, incluindo necessidades de eventuais mudanças ou formação e planeamento da sua implementação.

Planeamento das atividades e Recursos

Apresento as atividades e recursos planeados, com base nos objetivos específicos, que procurarei desenvolver na Urgência Pediátrica, que serão seguramente enriquecidos com as sugestões das enfermeiras de referência.

1º Objetivo Geral:
Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

1º Objetivo Específico: Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de urgência.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao adolescente e família em situação de urgência, integrando a equipa multidisciplinar- Planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem dirigidas aos fatores de <i>stress</i> identificados no adolescente e família em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte- Utilizar estratégias de comunicação e de relação com os adolescentes, adequadas à identificação e satisfação das suas necessidades de atendimento- Utilizar estratégias de capacitação e negociação com o adolescente e família, de acordo com o estadio de desenvolvimento e de respeito pelas suas crenças e cultura, com vista à tomada de decisão responsável	<p><u>Recursos Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Bases de dados científicas, <i>sites</i> da área da saúde, legislação.- Documentos da Ordem dos Enfermeiros. <p><u>Recursos Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- EEESCJ e restante equipa de saúde- Adolescentes e famílias

2º Objetivo Geral:	
Promover boas práticas de atendimento ao adolescente, particularmente em serviços de urgência pediátrica	
2º <u>Objetivo Específico</u> : Caracterizar a população adolescente que recorre aos serviços de urgência pediátrica e os motivos de procura, especificamente deste serviço durante um período de 10 meses (Abril de 2013 a Janeiro de 2014).	
Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar pesquisa bibliográfica sobre principais motivos de procura de cuidados no serviço de urgência pediátrica, assim como de legislação aplicável ao adolescente no serviço de urgência - Recolher dados de caracterização da população adolescente e dos motivos de procura do serviço de urgência pediátrica de início de Abril/2013 a final de Janeiro/2014 - Sintetizar, analisar e discutir os dados recolhidos - Apresentar, se temporalmente for oportuno, os resultados à equipa de saúde do serviço de urgência pediátrica, particularmente aos enfermeiros. 	<p>(Idênticos aos anteriores)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Técnicos de informática da unidade de saúde - Enfermeira chefe do serviço.
3º <u>Objetivo Específico</u> : Identificar as necessidades de atendimento dos adolescentes quando recorrem e durante o internamento neste serviço	
Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Observar o espaço físico e intervenções de enfermagem, segundo os critérios de qualidade de atendimento ao adolescente. - Realizar uma entrevista aos adolescentes que recorram ao serviço de urgência, face a critérios definidos, durante o período do estágio, após autorização do conselho de administração do hospital (pedido de autorização anteriormente elaborado) 	<p>(Idênticos aos anteriores)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo da entrevista semiestruturada aos adolescentes. - Definição de um conjunto de dimensões e indicadores a utilizar nas observações e

<p>- Proceder ao tratamento e análise dos dados obtidos a partir dos discursos dos adolescentes</p>	<p>entrevistas e registos escritos, tendo por base os critérios de qualidade do atendimento ao adolescente definidos pela OMS, DGS e OE</p> <p>- Bibliografia sobre análise qualitativa de dados</p>
<p>4º e 5º <u>Objetivos Específicos</u>: Identificar as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família.</p> <p style="text-align: center;">Conhecer possíveis sugestões dos enfermeiros para a melhoria do atendimento ao adolescente e família neste serviço</p>	
Atividades	Recursos
<p>- Aplicar um questionário aos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica, previamente elaborado</p> <p>- Registrar os aspetos mais valorizados pelos enfermeiros na “passagem de ocorrências” (reveladores de preocupações, dificuldades e necessidades relativamente ao atendimento do adolescente)</p> <p>- Proceder ao tratamento e análise dos dados obtidos a partir das respostas dos enfermeiros</p> <p>- Apresentar, se temporalmente for oportuno, os resultados à equipa de saúde do serviço de urgência pediátrica, particularmente aos enfermeiros.</p>	<p>(Idênticos aos anteriores)</p> <p>- Questionário aos enfermeiros</p>

6º Objetivo específico: Refletir com a equipa de saúde sobre as práticas atuais de atendimento ao adolescente e família, incluindo necessidades de eventuais mudanças ou formação e planeamento da sua implementação.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Apresentar o projeto de estágio a toda a equipa de enfermagem do serviço de urgência pediátrica, durante uma reunião de serviço e via e-mail.- Partilha, via e-mail, com a equipa de saúde, das mais recentes conceções da Organização Mundial de Saúde (OMS), Direção-Geral da Saúde (DGS) e outras instituições de saúde, sobre o atendimento ao adolescente (inserido após discussão com a enfermeira de referência)- Participar ativamente nas intervenções e atividades realizadas pelos enfermeiros aos adolescentes e famílias.- Realizar reuniões com os enfermeiros e/ou outros profissionais do serviço, para:<ul style="list-style-type: none">a) apresentar e discutir os dados recolhidos no âmbito das questões do atendimento ao adolescente;b) propor e planear, em conjunto, a implementação de eventuais mudanças no serviço, e/ou possível programa de formação na área do atendimento ao adolescente.- Redigir documento síntese com as aprendizagens realizadas, e a respetiva reflexão.	(Idênticos aos anteriores)

Contatos

De forma a ser possível o contato adequado entre todos os intervenientes do processo formativo, indico os contatos pessoais e da escola, com a disponibilização para qualquer esclarecimento adicional.

ESEL – Serviços académicos - 217913400

Professora Orientadora Maria da Graça Vinagre - [REDACTED]@esel.pt

Estudante Enf.^a Inês Serrão – [REDACTED] – [REDACTED]@gmail.com

Agradeço desde já, a disponibilidade da Sr.^a Enf.^a e da sua equipa para me receberem.

Com os melhores Cumprimentos,

Maria Inês Pereira Serrão

Apêndice XVI – Documento Orientador para o estágio no SUPed-y



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

3º Semestre

Documento Orientador

**Contexto de Estágio:
SUPed-y**

Discente:

Maria Inês Pereira Serrão

Professora Orientadora:

Maria da Graça Vinagre

Lisboa

Janeiro de 2014

Nota Introdutória

O presente documento surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório. Tem como objetivo efetuar uma breve apresentação do meu projeto específico de estágio a realizar no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital ██████████.

O referido curso, frequentado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tem a duração de três semestres letivos, sendo que o Estágio com Relatório é realizado no último semestre. A finalidade desta unidade curricular é desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

O período global de estágio decorrerá entre 30 de Setembro de 2013 e 14 de Fevereiro de 2014, estando planeadas experiências de estágio no referido contexto de 20 a 31 de Janeiro, em cerca de 25 horas semanais. Estão igualmente planeadas, para o restante período, experiências em centro de saúde, em neonatologia e em internamento de adolescentes.

As experiências de estágio assentam nas disposições curriculares, nas necessidades e interesses do estudante e no autodiagnóstico de competências, assim como implicam a mobilização de competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, à qualidade e gestão dos cuidados e ao desenvolvimento profissional, recorrendo aos quadros de referência próprios da profissão e da área da especialidade.¹

A avaliação da Unidade Curricular é baseada no desenvolvimento das atividades planeadas no conjunto dos vários estágios que culmina na elaboração e discussão de sínteses reflexivas sobre as diferentes experiências, na discussão produzida nas orientações tutoriais e, é concretizada pela entrega do relatório de estágio no final do semestre.

¹ ESEL (2013). *Programa de Unidade Curricular. Estágio com Relatório. 2013/2014*. Lisboa: ESEL.

A orientação de este percurso formativo será efetuada pela Professora Maria da Graça Vinagre, a quem caberá a orientação tutorial continuada do meu projeto.

Justificação do Tema e Objetivos

Como enfermeira de cuidados gerais, exerci funções no serviço de Internamento de Pediatria do Hospital Vila Franca de Xira durante 9 anos, após o qual e, há cerca de 2 anos, exerço funções no serviço de Urgência Pediátrica do mesmo hospital.

O grupo de utentes que o abrange compreende a faixa etária dos 0 aos 18 anos menos 1 dia, sendo que o atendimento aos adolescentes mais velhos, a partir dos 15 anos, só ocorre em pleno desde o passado dia 3 de Abril de 2013, consequência da entrada em vigor do Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho, determinando a implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria (urgência, consultas e internamento) até aos 17 anos e 364 dias.

Segundo a OMS a saúde dos adolescentes é considerada uma prioridade e o enfermeiro que deles cuida procura, a partir da perspetiva da qualidade, adequar as suas intervenções às necessidades de desenvolvimento, de saúde e de atendimento dos adolescentes, favorecendo a proteção e melhoria da sua saúde e bem-estar.²

Neste sentido desenvolvi um Projeto de Estágio intitulado: ***O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde.***

Considero primordial promover a qualidade do atendimento ao adolescente e que, devemos estar atentos às necessidades de atendimento em saúde do adolescente, qualquer que seja o contexto da prática.

² Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization.

O presente estágio tem como objetivos gerais:

1. Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).
2. Promover boas práticas de atendimento ao adolescente, particularmente em serviços de urgência pediátrica.

Objetivos específicos:

1. Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de urgência.
2. Identificar as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família em serviços de urgências

Planeamento das atividades e Recursos

Apresento as atividades e recursos planeados, com base nos objetivos específicos, que procurarei desenvolver na Urgência Pediátrica, que serão seguramente enriquecidos com as sugestões das enfermeiras de referência.

**1º Objetivo Geral:
Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**

1º Objetivo Específico: Desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento do adolescente em situação de urgência.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Observar e participar ativamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados aos adolescentes e famílias, integrando a equipa multidisciplinar - Utilizar estratégias de comunicação e de relação com os adolescentes, adequadas à identificação e satisfação das suas necessidades de atendimento 	<p><u>Recursos Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados científicas, <i>sites</i> da área da saúde, legislação. - Documentos da Ordem dos Enfermeiros. <p><u>Recursos Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - EEESCJ e restante equipa de saúde - Adolescentes e famílias

2º Objetivo Geral:	
Promover boas práticas de atendimento ao adolescente, particularmente em serviços de urgência pediátrica	
2º <u>Objetivo Específico</u> : Identificar as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família no serviço de urgência.	
Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o projeto de estágio ao enfermeiro de referência. - Criar oportunidades para a realização de entrevistas breves com os enfermeiros da unidade de saúde. - Observar o espaço físico e intervenções de enfermagem, segundo os critérios de qualidade de atendimento ao adolescente, particularmente no que respeita à privacidade, à confidencialidade e ao consentimento informado. - Aplicar um questionário aos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica, previamente elaborado (inserido após discussão com o enfermeiro de referência) - Proceder ao tratamento e análise dos dados obtidos a partir das respostas dos enfermeiros (inserido após discussão com o enfermeiro de referência) - Registrar os aspetos mais valorizados pelos enfermeiros na “passagem de ocorrências” (reveladores de preocupações, dificuldades e necessidades relativamente ao atendimento do adolescente) - Redigir documento síntese com as aprendizagens realizadas, e a respetiva reflexão. 	(Idênticos aos anteriores)

Contatos

De forma a ser possível o contato adequado entre todos os intervenientes do processo formativo, indico os contatos pessoais e da escola, com a disponibilização para qualquer esclarecimento adicional.

ESEL – Serviços académicos - 217913400

Professora Orientadora Maria da Graça Vinagre - [REDACTED]@esel.pt

Estudante Enf.^a Inês Serrão – [REDACTED] – [REDACTED]@gmail.com

Agradeço desde já, a disponibilidade do Sr. Enf.^o e da sua equipa para me receberem.

Com os melhores Cumprimentos,

Maria Inês Pereira Serrão

**Apêndice XVII – Caracterização e motivos de procura dos Adolescentes que
recorreram ao SUPed-x**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

3º Semestre

**Caracterização e motivos de procura dos
Adolescentes que recorreram ao SUPed-x
(Abril de 2013 - Janeiro de 2014)**

Discente:

Maria Inês Pereira Serrão

Docente Orientador:

Professora Maria da Graça Vinagre

Enfermeira de Referência:

M. J. L.

Lisboa

Abril de 2014

O presente documento surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório.

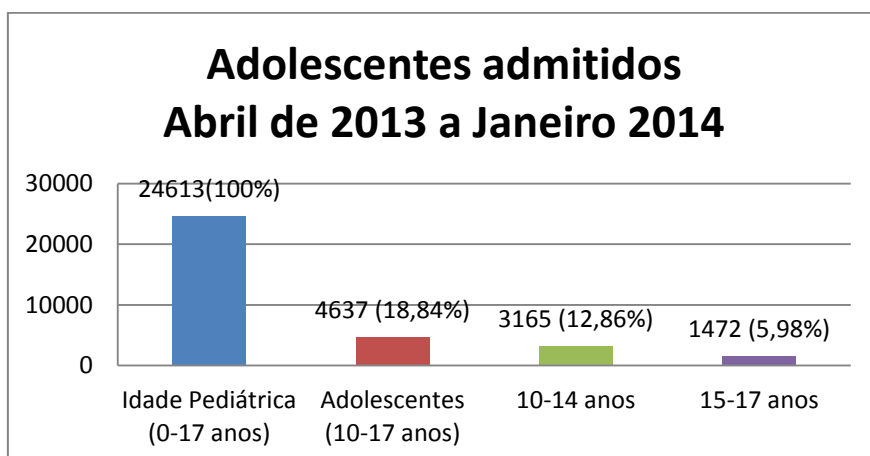
O 2º objetivo geral do estágio, reside em promover boas práticas de atendimento ao adolescente, particularmente em serviços de urgência pediátrica, logo, apropria-se a obtenção da informação sobre a população alvo de cuidados. Neste sentido, formulou-se como um dos objetivos específicos caracterizar a população adolescente que recorre aos serviços de urgência pediátrica e os motivos de procura, especificamente num dos contextos de estágio durante o período de 10 meses, período este, que corresponde à data de início do alargamento da idade pediátrica até ao penúltimo mês de estágio no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital ██████████

A recolha dos dados de caracterização da população adolescente foi efetuada com o suporte da enfermeira-chefe do serviço e dos técnicos de informática da referida unidade de saúde, através da pesquisa retrospectiva dos utentes admitidos no serviço de urgência pediátrica durante o referido período de tempo. Os dados apresentados para os motivos de procura dos adolescentes vão ser identificados pela nomenclatura do Sistema de Triagem de Manchester, sistema adotado pelo serviço em questão.

O Sistema de Triagem de Manchester trata-se de uma metodologia de trabalho, utilizada pelo enfermeiro que se encontra no posto de triagem do serviço de urgência, cujo objetivo é fazer triagem de prioridades, de modo objetivo e sistemático, identificando critérios de gravidade que indicam a “prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até à observação médica”, isto é, o critério de atendimento é clínico e não administrativo ou por simples ordem de chegada ao serviço de urgência (Grupo Português de Triagem, 2002, p. 4).

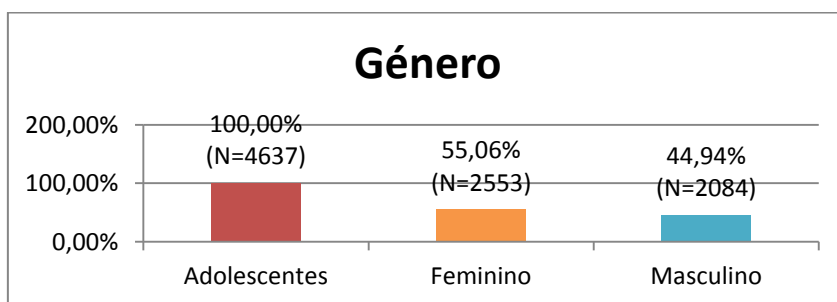
Habitualmente o adolescente é um indivíduo saudável, que recorre pouco aos serviços de saúde (OE, 2010; OMS 2012). Pelos dados obtidos verifica-se esta concordância, em que os adolescentes correspondem apenas a 18,84% (N=4637) da população admitida no serviço de urgência pediátrica, sendo 5,98% (N=1472) adolescentes com 15 ou mais anos, conforme Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição dos adolescentes admitidos no Serviço de Urgência Pediátrica entre Abril de 2013 e Janeiro de 2014



As diferenças de género na procura do serviço de saúde têm evidência na maioria de raparigas adolescentes (N=2553, 55,06%) em relação aos rapazes adolescentes (N=2084, 44,94%), calculando-se mais 1,53 raparigas por dia em relação aos rapazes, no período analisado dos 10 meses (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição por género dos adolescentes admitidos no Serviço de Urgência Pediátrica



Os fluxogramas de decisão atribuídos na triagem têm um carácter de identificação da queixa principal e inicial verbalizada pelo adolescente e/ou família, como tal poderão não expressar todos os motivos de procura do serviço de saúde, por um lado, porque não agrupa várias queixas e, por outro lado, por não permitir diagnosticar a situação de urgência e/ou causa da queixa, por exemplo, o estado de inconsciência poderá ser atribuído a um adolescente inconsciente quando não há ainda indicação ou referência que a causa foi por exemplo auto-agressão ou sobredosagem de medicamentos, isto é, estes fluxogramas revestem-se

essencialmente para uma utilização rápida na avaliação de prioridade e risco de vida.

Os motivos de urgência/queixas iniciais dos adolescentes foram variados, constatando-se nos 47 fluxogramas de decisão atribuídos, um discreto predomínio de “Dor de Garganta” (N= 586, 12,64%) e de “Dor abdominal na Criança” (N= 504, 10,87%). Foram encontrados apenas 5 fluxogramas com prevalência entre 5% e 10%, sejam “Cefaleia” (N=352, 7,59%), “Vômitos” (N=299, 6,45%), “Problemas Ouidos” (N=279, 6,02%), “Dor torácica” (N=293, 6,32%), e “Erupções Cutâneas” (N=257, 5,54%), como se pode verificar no Quadro 1.

No que respeita às diferenças de género nos motivos de procura do serviço de urgência, a par das exclusivas de género feminino (“Gravidez” e “Hemorragia vaginal”) e de género masculino (“Dor Testicular”) salientam-se valores acima de 2 terços nos fluxogramas “Agressão” (N=26, 74,29%), “Feridas” (N=38, 69,09%) nos adolescentes rapazes, e “Auto-agressão” (N=12, 100%), “Dor Lombar” (N=72, 66,67%), “Estado de Inconsciência” (N=43, 72,88%), Problemas Urinários” (N=100, 72,46%), “Queimaduras Profundas e Superficiais” (N=8, 66,67%) e Sobredosagem ou envenenamento” (N=12, 75,00%) nas adolescentes raparigas.

Nos fluxogramas potencialmente relacionados com violência, a “Agressão” e “Feridas”, os dados vão de encontro ao estudo HBSC 2010 que revela os rapazes como os que mais frequentemente se envolveram em lutas e que tiveram mais lesões no último ano, no entanto há que salvaguardar que a “Agressão” neste serviço de urgência, não está relacionada apenas com lutas mas também com presença de maus tratos.

No que respeita à “Sobredosagem ou envenenamento” neste serviço, na faixa etária dos adolescentes está quase sempre incluída a tentativa de suicídio (que também pode ser triada pelo fluxograma de auto-agressão), pois não há um fluxograma específico para tal. Sobre a “Auto-agressão” não foram referidas diferenças de género no estudo HBSC 2010, mas 15,6% responderam afirmativamente, pelo que nos associamos à ideia que “urge estudar este fato e tentar encontrar junto dos jovens alternativas que possibilitem a auto-regulação emocional sem recurso à violência auto-dirigida” (Matos et al., 2011, p.188).

Quadro 1: Distribuição dos adolescentes por fluxograma de decisão segundo o género

FLUXOGRAMAS	Feminino	Masculino	N=4637	%
Agressão	9	26	35	0,75%
Asma	24	29	53	1,14%
Auto-agressão	12	0	12	0,26%
Cefaleia	206	146	352	7,59%
Comportamento estranho	12	7	19	0,41%
Convulsões	12	9	21	0,45%
Corpo estranho	6	6	12	0,26%
Criança com dificuldade de locomoção	3	2	5	0,11%
Criança que não se sente bem	116	109	225	4,85%
Diabetes	1	1	2	0,04%
Diarreia	46	52	98	2,11%
Dispneia	10	9	19	0,41%
Dispneia na criança	70	87	157	3,39%
Doença hematológica	3	1	4	0,09%
Doença mental	3	2	5	0,11%
Dor abdominal	56	55	111	2,39%
Dor abdominal na criança	315	189	504	10,87%
Dor cervical	21	23	44	0,95%
Dor de garganta	336	250	586	12,64%
Dor lombar	72	36	108	2,33%
Dor testicular	0	33	33	0,71%
Dor torácica	154	139	293	6,32%
Embriaguez aparente	6	10	16	0,35%
Erupções cutâneas	143	114	257	5,54%
Estado de inconsciência	43	16	59	1,27%
Exposição a químicos	2	2	4	0,09%
Feridas	17	38	55	1,19%
Grande traumatismo	6	7	13	0,28%
Gravidez	3	0	3	0,06%
Hemorragia GI	4	7	11	0,24%
Hemorragia vaginal	5	0	5	0,11%
Indisposição do adulto	4	2	6	0,13%
Infecções locais e abscessos	66	60	126	2,72%
Lesão toraco-abdominal	1	2	3	0,06%
Mordeduras e picadas	17	27	44	0,95%
Pais preocupados	21	14	35	0,75%
Problemas estomatológicos	38	35	73	1,57%
Problemas nasais	40	57	97	2,09%
Problemas nos membros	91	79	170	3,67%
Problemas oftalmológicos	52	48	100	2,16%
Problemas ouvidos	165	114	279	6,02%
Problemas urinários	100	38	138	2,98%

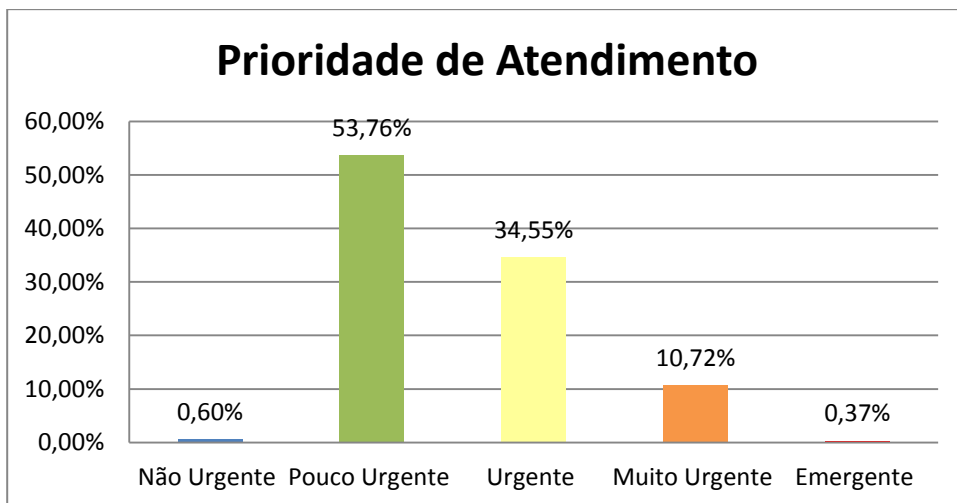
Quedas	12	16	28	0,60%
Queimaduras profundas e superficiais	8	4	12	0,26%
Sobredosagem ou envenenamento	12	4	16	0,35%
T.C.E.	40	50	90	1,94%
Vómitos	170	129	299	6,45%
TOTAL	2553	2084	4637	100,00%

Ao nível dos problemas psiquiátricos, Queirós refere vários estudos que apontam para um aumento do número de adolescentes que recorrem às urgências pediátricas por este motivo, no entanto “sem que se verifique um aumento das situações consideradas verdadeiramente urgentes, tais como tentativas de suicídio, auto-agressões e psicoses; em vez disso os episódios mais prevalentes foram o abuso de substâncias, as perturbações de ansiedade e as perturbações da conduta” (2008, p.168).

Também Tavares, Ferreira e Fonseca (2010) revelam a prevalência da “Perturbação de Somatização” na adolescência, sendo os sintomas mais frequentes a dispneia, a dor torácica, a dor abdominal e a cefaleia, e que resulta em múltiplas vindas do adolescente ao serviço de urgência. Na nossa pesquisa os problemas psiquiátricos não estão tão evidentes pela nomenclatura utilizada, pelo sistema de triagem utilizado e porque o seu diagnóstico é efetuado após um estudo aprofundado e não na triagem, no entanto não deixam de carecer preocupação de enfermagem, porque referenciando Queirós, estes são “uma das principais causas de morbilidade na adolescência e podem estar na origem de situações que requerem um atendimento urgente” (2008, p.172)

Relativamente à prioridade atribuída aos adolescentes na triagem, verifica-se que, a maioria das situações são consideradas “Pouco Urgente/Verde” (N=2493, 53,76%) (ver Gráfico 3). Apenas na prioridade “Não Urgente/Azul” os rapazes estão em maior número que as raparigas, e a diferença mais significativa encontra-se na maioria das raparigas relativamente aos rapazes na prioridade “Emergente/Vermelho”.

Gráfico 3: Distribuição dos adolescentes por grau de prioridade de atendimento



Segundo Fonseca (2012, p.107) habitualmente os adolescentes “vão resolvendo os seus problemas agudos de saúde a nível dos Serviços de Urgência onde encontram sempre interlocutores diferentes que irão apenas resolver o problema pontual, sem nunca conseguirem perceber como é que ele se exerta no todo.”, mas o adolescente, quando recorre ao serviço de saúde pode ser portador de outros problemas, sejam individuais (ex. comportamentos de risco), ou mesmo familiares (ex. crise conjugal dos pais). Neste sentido, pretende-se que os serviços de saúde possam dar resposta às necessidades de atendimento e saúde do adolescente, com competência técnica, “acompanhada de respeito e sensibilidade para compreender a realidade de cada adolescente”, com a noção que poderão existir problemas subjacentes que não sejam a causa imediata de procura de serviço de saúde (SPP, 2009).

Perante esta diversidade de motivos de procura e de níveis de prioridade atribuído ao adolescente no serviço de urgência pediátrica, entende-se a necessidade da cooperação multiprofissional e interdisciplinar qualificada, e a necessidade da constante atualização técnica e científica, com o aprofundamento de áreas de maior complexidade como seja a adolescência, numa visão voltada para o autoconhecimento, domínio de suas próprias emoções e conhecimento de seus limites e de suas potencialidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes. Um desafio para Pais e Educadores*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Grupo Português de Triagem (2002). *Triagem no Serviço de Urgência: Grupo Português de Triagem de Manchester*. (2ª ed.). Portugal: BMJ PG
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L. (...) & Equipa Aventura Social (2011). *A Saúde Dos Adolescentes Portugueses. Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Aventura Social & Saúde. Acedido a 06-03-2013. Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE. I Série (1) 3 - Vol.1 (Cadernos OE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Geneva: World Health Organization. Acedido 11-12-2012. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html
- Queirós, O. (2008). Urgências Psiquiátricas na adolescência. *Nascer e Crescer. Revista do hospital de crianças Maria Pia*, 17 (3), 168-172.
- Tavares, H. B., Ferreira, P. D., & Fonseca, H. (2010). Perturbação de somatização – uma patologia prevalente em adolescentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41 (1) 33-37.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2009). *Requisitos Para o Atendimento ao Adolescente. Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Acedido a 25-02-2013. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_SPP/Atendimento_Adolescente.pdf

Apêndice XVIII – Estudo 1: Necessidades, Avaliação e Sugestões dos Adolescentes sobre o Atendimento num Serviço de Urgência Pediátrica



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

3º Semestre

**Necessidades, Avaliação e Sugestões dos
Adolescentes sobre o Atendimento num Serviço
de Urgência Pediátrica**

Discente:

Maria Inês Pereira Serrão

Docente Orientador:

Professora Maria da Graça Vinagre

Enfermeira de Referência:

M. J. L.

Lisboa

Abril de 2014

"A compreensão profunda do cliente adolescente
proporciona uma fórmula eficaz
para o desenvolvimento de matérias e programas
que tenham sucesso junto dos jovens"

(Breinbauer e Maddaleno, 2005, p.32)

Lista de abreviaturas e siglas

DGS - Direção-Geral da Saúde

ICD – Internamento de Curta Duração

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUPed - Serviço de Urgência Pediátrica

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	5
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
2. MÉTODO	9
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	13
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Protocolo de entrevista aos adolescentes	
Apêndice 2 – Autorização do Conselho de Administração	
Apêndice 3 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde	
Apêndice 4 – Documento de Consentimento Informado	
Apêndice 5 – Transcrição da Entrevista 2	
Apêndice 6 – Transcrição da Entrevista 8	

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes	10
Tabela 2: Experiência de saúde dos participantes no atual SUPed	14
Tabela 3: Grelha de Categorização emergente do discurso dos adolescentes: Necessidades, preocupações, dificuldades, avaliação e sugestões	15
Tabela 4: Categoria 1. Organização e funcionamento do serviço segundo os adolescentes	17
Tabela 5: Categoria 2. Interação com os profissionais de saúde, segundo os adolescentes	20
Tabela 6: Categoria 3. Preocupações e dificuldades dos adolescentes no SUPed	21
Tabela 7: Categoria 4. Sugestões dos adolescentes relativamente ao atendimento neste SUPed	22
Tabela 8: Categoria 5. Justificação da avaliação do atendimento pelos adolescentes	23

INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada um dos períodos mais importantes do ciclo de vida e um dos mais saudáveis, é um período de oportunidades, mas também de elevada exposição a riscos e pressões externas, onde a promoção da saúde e a prevenção e tratamento da doença assumem particular importância (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2004; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012).

O adolescente encontra-se numa transição desenvolvimental que, embora sendo uma normal e saudável fase da vida, é um período de grandes mudanças, face a um conjunto de oportunidades e riscos, onde simultaneamente poderão ocorrer outros tipos de transição, nomeadamente a transição de saúde-doença, elevando a sua vulnerabilidade (Machado e Zagonel, 2003).

Os contextos de urgência, associados à condição de doença, implicam frequentemente situações de maior stresse e sofrimento para o adolescente e família, por outro lado, o alargamento, relativamente recente, da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento até aos 17 anos e 364 dias coloca as organizações de saúde em geral, e os profissionais de saúde em particular, perante novos desafios revelando-se necessário refletir sobre a sua intervenção face ao atendimento dos jovens.

Com o objetivo de identificar as necessidades dos adolescentes em relação ao atendimento num serviço de urgência e conhecer a avaliação (a opinião) dos adolescentes sobre o atendimento dos profissionais e condições dos serviços, assim como recolher sugestões dos adolescentes para possíveis mudanças a implementar relativamente ao atendimento do adolescente num SUPed; foi elaborada e aplicada uma entrevista semiestruturada aos adolescentes internados no SUPed, em situação de alta para o domicílio, e internados no serviço de pediatria após a transferência do SUPed.

Este estudo, inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório do Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do jovem, pretende, no enquadramento dos critérios de qualidade preconizados pela OMS e Ordem dos enfermeiros (OE), facilitar a compreensão

sobre as questões do atendimento do adolescente em serviços de saúde e fornecer dados no sentido de melhorar a qualidade de cuidados e a satisfação das necessidades de atendimento dos adolescentes num SUPed.

O presente documento apresenta uma síntese dos principais resultados obtidos, salvaguardando o anonimato dos intervenientes, incluindo a instituição de saúde onde decorreu o estudo.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O adolescente, compreendido dentro do grupo etário dos 10 aos 19 anos, deve ser encarado como um cidadão pleno de direitos e o principal ator na promoção e construção da sua saúde, devendo os serviços de saúde dar enfoque a um atendimento específico que abarque todas as suas mudanças e necessidades individuais, de forma integrada, num ambiente adequado (DGS, 2013; OE, 2010a; OMS, 2002; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2009).

De acordo com a OMS (2002) a adolescência está dividida em três etapas ou períodos, com necessidades diferenciadas:

- Início da adolescência (10-13 anos): ocorre um surto de crescimento e início da maturação sexual. Pensamento abstrato.
- Adolescência Intermédia (14-15 anos): as principais mudanças físicas estão completas. O jovem começa a desenvolver um forte sentido de identidade em relação a si, pares e família. Pensamento reflexivo.
- Adolescência tardia (16-19 anos): o adolescente fica fisicamente semelhante a um adulto. Definição da identidade.

As necessidades são definidas por Smith (1995), citado por Dodds, como “requisitos fundamentais, essenciais e básicos que o indivíduo deseja ou precisa para viver ou manter o seu normal funcionamento” (2010a, p.16). Para Breinbauer e Maddaleno as necessidades dos adolescentes são “os requerimentos para promover a saúde e o desenvolvimento do adolescente”, para além dos interesses, desejos e vontades que motivam a adoção de diferentes comportamentos (2005, p.31).

Recentemente a OMS (2012) publicou um guia que define, do ponto de vista da qualidade de cuidados, os serviços de saúde amigos do adolescente (*Adolescent friendly health services*), fornecendo instruções para o desenvolvimento de padrões de qualidade dos referidos serviços. Consideram que devem ter como características essenciais a acessibilidade (capacidade do adolescente o obter), a aceitabilidade (o adolescente estar disposto, motivado), a equidade (para todos os adolescentes, e não só alguns grupos), a adequabilidade (proporcionando os

serviços certos) e, a eficácia (contribuir positivamente para a sua saúde) sendo que considera imprescindível que todos os adolescentes tenham oportunidade de obter serviços de saúde com qualidade e que sejam apropriados às suas necessidades.

Em Portugal, o atendimento em saúde dos adolescentes é uma área em desenvolvimento, embora de uma forma diversificada, lenta e gradual, sendo necessário aumentar a resposta do setor da saúde, no sentido de proporcionar o atendimento a todos os adolescentes em ambiente pediátrico, de acordo com as orientações nacionais e internacionais, por forma a contribuir para o seu pleno desenvolvimento (Castanheira, 2006; Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente e Alto Comissariado da Saúde, 2011; OE, 2010a).

Os princípios de atendimento ao adolescente, divulgados recentemente pela DGS, para o atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), são concordantes com os critérios da OMS, incluindo: a acessibilidade facilitada, a flexibilidade no modelo do atendimento, a privacidade, a confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e a participação ativa dos próprios (2013, p.114).

Estes princípios convergem nos principais princípios éticos orientadores da OE (2010a, p.19) para o atendimento ao adolescente, sejam: o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

Também na perspetiva da SPP, um serviço ideal de atendimento deve fornecer uma abordagem holística, centrada no adolescente, despreconceituada, confidencial, gratuita, com o menos tempo de espera possível e que envolva os adolescentes (SPP, 2009).

É consensual considerar que a qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes, mediante a aplicação dos princípios da boa prática e com a salvaguarda do funcionamento humanizado dos serviços, tem impacto positivo nos resultados clínicos obtidos, na própria vida dos utilizadores, e permite criar condições para que o episódio/ o acontecimento em causa represente o menor dano possível, em termos afetivos e psicossociais (Castanheira, 2006; Dodds, 2010, OE, 2010a; Staa, Jedeloo e Stege, 2011).

2. MÉTODO

A problemática deste estudo insere-se na qualidade do atendimento ao adolescente no SUPed, neste sentido, questiona-se sobre as necessidades, sugestões e avaliação dos adolescentes relativamente ao atendimento do adolescente num SUPed.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa, isto é, segundo Carmo e Ferreira (1998) que implica “estudar, compreender e explicar a situação atual do objeto de investigação” (p.213), a partir de “padrões provenientes da recolha de dados” (P.179).

Participantes

Segue-se a descrição das características sociodemográficas da amostra.

Como referido anteriormente, neste estudo participaram 10 adolescentes com idades entre os 13 e os 17 anos, sendo a média de idades de 15,2 anos, do qual o grupo etário modal se situa na adolescência intermédia (14-15 anos).

Como se pode observar na tabela 1, nesta amostra encontram-se raparigas e rapazes adolescentes em igual número (N=5, 50%), todos com nacionalidade portuguesa, residentes em diversas freguesias da área de influência do hospital.

Todos os adolescentes frequentam apenas a escola, sendo que metade (A2, A4, A7, A8, e A9) teve alteração do rendimento escolar durante o percurso escolar.

2 (20%) raparigas e 3 (30%) rapazes adolescentes têm doenças crónicas.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Idade	Género	Nacionalidade	Residência	Escolaridade	Doenças Crónicas
A1	14	Feminino	Portuguesa	Arruda dos Vinhos	9 ^o	Não
A2	15	Feminino	Portuguesa	Vila Franca de Xira	8 ^o	Patologia cardíaca e gástrica
A3	16	Masculino	Portuguesa	Sobralinho	11 ^o	Não
A4	17	Feminino	Portuguesa	Santo Estêvão	11 ^o	Não
A5	15	Feminino	Portuguesa	Abrigada	10 ^o	Não
A6	13	Masculino	Portuguesa	Olhalvo	8 ^o	Asma
A7	17	Masculino	Portuguesa	Alverca	10 ^o	Asma
A8	17	Feminino	Portuguesa	Póvoa de Santa Iria	9 ^o	Hiperatividade, Depressão
A9	14	Masculino	Portuguesa	Vialonga	7 ^o	Cefaleia, epilepsia, distúrbio obsessivo-compulsivo, hipotireoidismo
A10	14	Masculino	Portuguesa	Castanheira do Ribatejo	9 ^o	Não

Material e Procedimentos

Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada, para a qual foi elaborado um guião especificamente para o estudo, de forma a permitir obter a informação necessária por parte do adolescente, alicerçada na sua experiência de atendimento em serviços hospitalares (Apêndice 1).

Previamente foi efetuado, e aprovado, o pedido de autorização ao Conselho de Administração do hospital para a aplicação das entrevistas aos adolescentes, tendo sido salvaguardadas as orientações da Comissão de Ética para a Saúde do mesmo hospital (Apêndices 2 e 3).

Para verificar se as questões da entrevista eram compreensíveis e adequadas aos adolescentes, foi realizado um pré-teste com duas adolescentes, com características semelhantes às da amostra, revelando serem perguntas adequadas ao objetivo do estudo. As entrevistas foram aplicadas durante o período de 11 de Janeiro a 23 de Fevereiro de 2014.

Utilizou-se uma técnica não probabilística de amostragem de conveniência, constituída por “um grupo de indivíduos que esteja disponível” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 197).

Utilizaram-se como critérios de inclusão os adolescentes internados no SUPed, definido como Internamento de Curta Duração (ICD), em situação de alta para o domicílio, e internados no serviço de Pediatria após transferência do SUPed (referindo-nos a menos de 48h de internamento), com estabilidade dos seus sinais vitais, com orientação autopsíquica (relativa ao próprio) e alopsíquica (relativa ao tempo e espaço) e que aceitassem participar no estudo.

Como critérios de exclusão, para além do antónimo aos referidos anteriormente, não foram incluídos os adolescentes com atraso de desenvolvimento psicológico claramente diagnosticado (ex. autismo, paralisia cerebral) e aqueles cujo atendimento no SUPed tenha sido efetuado pelo entrevistador, para evitar o enviesamento das respostas.

Antes das entrevistas serem iniciadas, os participantes foram informados, de uma forma breve, acerca do objetivo e natureza do estudo, tendo-lhes sido reforçada a confidencialidade e o anonimato, e efetuado o pedido de autorização de gravação áudio das entrevistas, sendo que as entrevistas ocorreram após o consentimento escrito dos adolescentes e dos seus representantes legais, tendo em consideração as exigências éticas próprias do processo de investigação (Apêndice 4).

O tempo médio de duração das entrevistas foi de 10 minutos, a mais curta decorreu em cerca de 7 minutos e a mais longa em cerca de 13 minutos. Foram efetuadas sete entrevistas no internamento de pediatria e três no serviço de urgência pediátrica.

Análise dos dados

Após a realização das entrevistas, e a sua transcrição para o papel (ver exemplo nos apêndices 5 e 6), entrou-se na fase de “dar um sentido” às informações recolhidas, sem reduzir a riqueza das suas significações/da sua informação. Para tal foi efetuada a análise de conteúdo, isto é, a interpretação das informações, de uma forma objetiva, sistemática e qualitativa, segundo as indicações de Bardin (1977).

O quadro dos indicadores foi elaborado quer indutivamente, quer dedutivamente tendo em conta os princípios de atendimento ao adolescente, preconizados pela OMS, DGS, OE e SPP.

Na análise dos dados os indicadores foram agrupados em subcategorias e estas nas seguintes categorias: organização e funcionamento do serviço, interação com os profissionais de saúde, preocupações e dificuldades do adolescente, sugestões do adolescente, e justificação da avaliação do atendimento.

A seguinte descrição, acompanhada das seguintes tabelas e gráficos, pretende caracterizar sucintamente a amostra de participantes relativamente à sua experiência de saúde em outros serviços de urgência, no atual SUPed, assim como os motivos de procura, fluxogramas e prioridades atribuídos na triagem.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Caracterização da experiência de saúde dos adolescentes

Habitualmente o adolescente é um indivíduo saudável, que recorre pouco aos serviços de saúde (Fonseca, 2012). Pelos dados obtidos não se pode verificar esta conformidade, para além da existência ou não de doenças crónicas, a maioria (90%) de adolescentes tem experiência hospitalar anterior, noutros serviços de urgência, No que se refere atual SUPed, 70% dos adolescentes já tiveram experiências anteriores, e apenas 30% recorreram a este serviço pela primeira vez.

Salienta-se ainda que, estando este serviço em funcionamento há cerca de 11 meses, referindo-nos a novas instalações e alargamento da idade pediátrica, 30% dos adolescentes têm uma frequência de admissão de 5 ou mais vezes, no atual SUPed. Não sendo a amostra passível de ser generalizada, poderão estes dados estar concordantes com a ideia de Fonseca (2012, p,107) de que os adolescentes recorrem pouco aos serviços de saúde mas “habitualmente, vão resolvendo os seus problemas agudos de saúde a nível dos serviços de urgência”.

A maioria dos adolescentes recorreu ao SUPed a partir do domicílio, sendo que apenas 20% foram referenciados pelo 112 e transportados pelos bombeiros.

Os motivos de procura do serviço foram diversos, nos quais “vómitos” foi o fluxograma de triagem mais atribuído, relacionado com a queixa mais valorizada (N=3, 30%). Neste serviço a triagem é efetuada pelo enfermeiro, utilizando o Sistema de Triagem de Manchester do Grupo Português de Triagem (2002, p. 4), que indica a “prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até à observação médica”, sendo que que a maioria (60%) das situações foram consideradas Amarelo-Urgentes (tabela 2).

Tabela 2: Experiência de saúde dos participantes no atual SUPed

	Frequência neste SUPed	Motivo de procura	Referenciação	Fluxograma de Triagem	Prioridade
1	2 ^a	Hiperglicemia, perda de peso e polidipsia	Domicílio	Diabetes	Amarelo - Urgente
2	6 ^a	Vômitos e dor abdominal	Domicílio	Vômitos	Laranja - Muito Urgente
3	1 ^a	Dor torácica tipo pontada de ar	Domicílio	Dor torácica	Amarelo - Urgente
4	5 ^a	Cefaleia e Otagia	Domicílio	Cefaleia	Amarelo - Urgente
5	1 ^a	Dor abdominal e vômitos	Domicílio	Dor abdominal na criança	Amarelo - Urgente
6	1 ^a	Problemas Intestinais	Domicílio	Pais Preocupados	Azul - Não Urgente
7	3 ^a	Dor Abdominal	112	Dor abdominal	Laranja - Muito Urgente
8	4 ^a	Infeção no local de mordedura de Cão	Domicílio	Infeções Locais e Abscessos	Amarelo - Urgente
9	7 ^a	Vômitos, epigastrialgia, cefaleia e lipotimia	112	Vômitos	Verde - Pouco urgente
10	2 ^a	Vômitos	Domicílio	Vômitos	Amarelo - Urgente

Para os adolescentes entrevistados, o tempo médio de permanência no SUPed foi bastante varável, com um mínimo de 46 minutos e um máximo de 16 horas e 34 minutos.

Tal como referido, estas entrevistas pretendiam identificar as necessidades dos adolescentes em relação ao atendimento num serviço de urgência, e conhecer a opinião sobre o atendimento dos profissionais e as condições do serviço, assim como recolher sugestões dos adolescentes para possíveis mudanças a implementar relativamente ao atendimento do adolescente num serviço de urgência.

Na tabela 3 apresenta-se o conjunto de categorias e subcategorias emergentes da análise de conteúdo efectuada aos discursos dos adolescentes, seguida da descrição dos respetivos dados decorrentes de uma análise mais detalhada dos mesmos.

Tabela 3: Grelha de Categorização emergente do discurso dos adolescentes: Necessidades, preocupações, dificuldades, avaliação e sugestões

Categoria	Subcategoria	Adolescentes N=10	
		F	%
Organização e funcionamento do serviço	Acessibilidade ao serviço	10	100
	Adequabilidade dos espaços do serviço	10	100
	Adequabilidade lúdica do serviço	9	90
Interação com os profissionais de saúde	Características dos profissionais de saúde	9	90
	Comunicação e linguagem	10	100
	Privacidade	8	80
	Confidencialidade	7	70
	Promoção da autonomia	10	100
	Adequabilidade nas intervenções	6	60
	Acessibilidade no relacionamento	9	90
Preocupações e Dificuldades do adolescente	Funcionamento do Serviço	3	30
	Intervenções de enfermagem	4	40
	Motivo de procura do serviço	5	50
	Intervenções médicas	1	10
	Presença de Acompanhante	1	10
Sugestões dos adolescentes	Características do local	4	40
	Interação com os profissionais de saúde	2	20
Justificação da avaliação do atendimento	Aceitabilidade	10	100

Organização e funcionamento do serviço

Como se pode observar na tabela 4, todos os adolescentes indicaram a autorização para a permanência e a presença de acompanhamento familiar durante o episódio de urgência:

“Sim, a maior parte do tempo. Por norma tive os meus pais. Quando tive a fazer o dreno não tava com ninguém, não tava com ninguém, mas foram as enfermeiras que viram. Nas urgências teve o meu pai comigo” (A3).

Relativamente ao tempo de espera, também inserido na subcategoria “acessibilidade ao serviço”, a maioria (60%) dos adolescentes considerou que o pouco tempo de espera foi curto, sendo que os restantes o consideraram razoável.

Quando questionados relativamente às instalações físicas do serviço, a maioria (90%) considerou que eram boas, entre os quais 6 (60%) referem que a sala de espera é adequada. A maioria (80%) dos adolescentes refere que as instalações permitem, de uma forma geral, a privacidade, nomeadamente 5 (50%) adolescentes referem a presença de cortinas no ICD:

“Sim (...) Quando eu tive lá no coiso de curta...tar internada tava bem, tava acompanhada pelo meu pai. Sentia-me... bem. Sentia a minha privacidade, apesar de terem lá mais dois, duas crianças, mas não me incomodaram” (A2),

“Sim, sim, acho que sim. (...) Tanto que, no quarto onde eu tive também tinha estas coisas. Sim, as cortinas” (A5).

No entanto um adolescente referiu sentir frio na entrada do serviço, 2 salvaguardaram ter uma sala de espera pequena e um revelou a falta de outro ecrã de chamada na sala de espera.

No que se refere à “adequabilidade lúdica do serviço”, 50% refere ter insuficientes meios lúdicos para adolescentes, nomeadamente:

“uma televisão, aqui no quarto (refere-se ao ICD)” (A5).

Tabela 4: Categoria 1. Organização e funcionamento do serviço segundo os adolescentes

Subcategorias	Indicadores	Adolescentes (N=10)		Unidades de Registo (N=89)	
		F	%	F	%
Acessibilidade ao serviço	Pouco tempo de espera	6	60,00	18	20,22
	Razoável tempo de espera	4	40,00	7	7,87
	Possibilidade de acompanhamento familiar	10	100,00	13	14,61
Adequabilidade do espaço do serviço	Instalações boas	9	90,00	12	13,48
	Condições climatéricas de frio na entrada do serviço	1	10,00	1	1,12
	Melhor em comparação com outro serviço/instalações	3	30,00	3	3,37
	Instalações gerais permitem privacidade	8	80,00	9	10,11
	Cortinas no ICD permitem privacidade	5	50,00	5	5,62
	Sala de espera adequada	6	60,00	8	8,99
	Sala de espera pequena	2	20,00	2	2,25
	Falta de outro ecrã de chamada na sala de espera	1	10,00	1	1,12
Adequabilidade lúdica do serviço	Suficientes meios lúdicos para adolescentes	4	40,00	4	4,49
	Insuficientes meios lúdicos para adolescentes	5	50,00	6	6,74

Interação com os Profissionais de Saúde

A subcategoria 2 “Interação com os profissionais de saúde”, foi aquela onde se registou maior número unidades de registo (N=118) dos adolescentes.

Relativamente à características dos profissionais de saúde na interação, metade dos adolescentes consideraram-nos simpáticos e em igual número referiram que o profissional de saúde se apresentou na abordagem ao adolescente:

“Foi bom, os médicos foram, tanto os médicos como os enfermeiros foram simpáticos” (A5),

“Sim, diziam sempre o nome deles (A2).

Como se pode observar na tabela 5, quando questionados sobre, todos os adolescentes consideraram a linguagem dos profissionais de saúde compreensível ao seu atendimento, no entanto 30% referem também linguagem complicada, nomeadamente:

“Sim, eles, eles, tinham o cuidado de explicar numa linguagem mais, mais correto” (A3),

“Sim, para mim (...) Pronto, eles quando falavam lá eles, não é, não. Alguns nomes, algumas coisas não percebi. Mas quando explicavam sim, mais” (A5).

A maioria dos adolescentes (60%) também refere que a informação transmitida foi suficiente e em igual número e referem que os profissionais de saúde responderam às suas perguntas.

Sendo que os adolescentes referiram maioritariamente o serviço ter instalações propícias à privacidade, esta questão perde algum valor quando incluída na interação com os profissionais de saúde, ainda assim percecionada por 50% dos adolescentes. 30% dos adolescentes refere privacidade na sala de tratamentos, mas 20% refere pouca privacidade no atendimento médico, um destes participantes referindo-se também no ICD:

“A privacidade não é muita, mas isso é só quando foi a médica, depois quando foi pra fazer isto aqui á mão, é só um de cada vez, há privacidade. Depois

na sala de espera de curta duração... pronto, há os cortinados, também há mais ou menos privacidade. É mesmo só quando nos atendem”(A1),

“porque não se pode fechar a cortina, porque os médicos têm que tar sempre a entrar e fechar. Andam a entrar e sair e depois eu ... não sei explicar muito bem. Conseguem tar sempre a entrar e sair e eu não posso fechar a cortina”(A9).

A subcategoria Promoção da autonomia diz respeito à tomada de decisão responsável e contrato de saúde estabelecido com o adolescente, relativamente ao seu estágio de desenvolvimento. Neste sentido, quando questionados sobre a participação na decisão sobre procedimento ou tratamentos, a maioria (70%) refere que não foi pedida a sua opinião, nos quais 5 adolescentes assumem o consentimento como presumido ou escusado, ou seja:

“Não, os médicos é que decidem, eles é que sabem (...) Se dizem que eu tenho que vir cá para cima e aprender a fazer isto, e isso, eu só tenho que aceitar” (A1),

“Não. Teve que ser mesmo. Se era para o meu bem teve que ser”(A10).

40% dos adolescentes considerou ter participado na decisão:

“Sim (...) Também me perguntaram, que eu tive que tar a beber soro e eles perguntaram se eu queria de fruta, morango ou outra coisa. Deram-me a escolher. Fui eu que escolhi o soro.” (A2).

60% dos adolescentes perceberam a valorização dos enfermeiros sobre as suas próprias necessidades, nomeadamente:

“sempre que eu precisei, sempre que eu tava com dores eles vinham-me trazer os remédios, vinham, sempre. Vinham às vezes, ver como é que eu estava, se estava bem. Acho que foi, bom” (A2).

Relativamente à disponibilidade dos profissionais para o atendimento, esta foi percebida por 90% dos adolescentes, onde 70% consideraram o tempo disponível adequado:

“sim (refere-se ao tempo para atendimento). Foram simpáticos. Também tentaram puxar um pouco por mim. Apesar de não haver nenhum problema” (A4).

Tabela 5: Categoria 2. Interação com os profissionais de saúde, segundo os adolescentes

Subcategorias	Indicadores	Adolescentes (N=10)		Unidades de Registo (N=118)	
		F	%	F	%
Características dos profissionais de saúde	Simpatia dos profissionais de saúde	5	50,00	9	7,63
	Antipatia dos profissionais de saúde	1	10,00	1	0,85
	Apresentação do nome do profissional de saúde	5	50,00	5	4,24
	Não apresentação do nome do profissional de saúde	3	30,00	3	2,54
Comunicação e Linguagem	Linguagem compreensível/ acessível	10	100,00	12	10,17
	Linguagem complicada	3	30,00	3	2,54
	Informação suficiente	6	60,00	7	5,93
	Profissionais responderam a perguntas	6	60,00	6	5,08
Privacidade	Respeito pela privacidade	5	50,00	6	5,08
	Não respeito pela privacidade no ICD	1	10,00	1	0,85
	Existe privacidade na sala de tratamentos	3	30,00	3	2,54
	Pouca privacidade no atendimento médico	2	20,00	4	3,39
Confidencialidade	Confidencialidade adequada	7	70,00	7	5,93
Promoção da autonomia	Participação na decisão sobre tratamentos e procedimentos	4	40,00	7	5,93
	Não efetuado pedido de opinião para tratamentos e procedimentos	7	70,00	11	9,32
	Consentimento “presumido/em branco”	5	50,00	8	6,78
Adequabilidade das intervenções	Identificação das necessidades individuais do adolescente pelos enfermeiros	6	60,00	9	7,63
Acessibilidade no atendimento	Disponibilidade adequada para o atendimento	9	90,00	9	7,63
	Tempo adequado dos profissionais para o atendimento	7	70,00	7	5,93

Preocupações e dificuldades do adolescente

Com as suas características de desenvolvimento, vulnerabilidade de grupo e prioridade de urgência de atendimento, os adolescentes apresentam algumas, mas relativamente pouco evidentes, preocupações e dificuldades no que respeita ao atendimento no serviço de urgência. Pela análise das informações das entrevistas, verifica-se na tabela 6, que metade dos adolescentes revela preocupação sobre a situação atual de doença e 40% dificuldade e/ou preocupação no que se refere aos procedimentos injetáveis inerentes aos tratamentos, ou seja:

“porque é que eu tava assim, porque é que o meu estômago tava-me a acontecer isto a mim” (A2),

“só fiquei mais preocupado quando tive que tirar sangue, mais nada” (A3),

“ (o mais difícil) foi pôr a agulha (...) era vomitar-me todo, mesmo” (A10).

Tabela 6: Categoria 3. Preocupações e dificuldades dos adolescentes no SUPed

Subcategorias	Indicadores	Adolescentes (N=10)		Unidades de Registo (N=17)	
		F	%	F	%
Funcionamento do serviço	Muito tempo de espera desde a decisão de internamento até ser internado	1	10,00	1	5,88
	Ter que esperar em geral	2	20,00	2	11,76
Situação Clínica	Estado/sintomatologia da doença	5	50,00	8	47,06
Intervenções de enfermagem	Tratamento/procedimento injetável	4	40,00	4	23,53
Intervenções médicas	Indefinição do diagnóstico	1	10,00	1	5,88
Acompanhante	Situações de saúde e económicas do acompanhante	1	10,00	1	5,88

Sugestões dos Adolescentes

Relacionado com as respostas sobre a organização e funcionamento do serviço, um adolescente refere-se à melhor limpeza dos espaços, e 30% dos adolescentes sugerem nas entrevistas, mais meios lúdicos para melhorar as características do local de atendimento, nomeadamente:

“no SO (ICD), uma televisãozinha, às vezes passa-se muito tempo lá” (A3).

Relativamente à interação com os profissionais de saúde, sugerem apenas 3 adolescentes individualmente a utilização de cortinas para manutenção da privacidade, o evitar de atitudes negativas e mais tempo para falar com os adolescentes.

Tabela 7: Categoria 4. Sugestões dos adolescentes relativamente ao atendimento neste SUPed

Subcategorias	Indicadores	Adolescentes (N=10)		Unidades de Registo (N=11)	
		F	%	F	%
Características do local	Mais meios lúdicos	3	30,00	6	54,55
	Melhor limpeza dos espaços	1	10,00	1	9,09
Interação com os profissionais de saúde	Manutenção da Privacidade utilizando cortinas	1	10,00	2	18,18
	Evitar atitudes negativas	1	10,00	1	9,09
	Mais tempo para falar com os adolescentes	1	10,00	1	9,09

Avaliação do atendimento ao adolescente

A avaliação dos adolescentes sobre a sua experiência de atendimento neste serviço de urgência é bastante positiva, com um mínimo de 7 pontos e máximo de 10 pontos, numa escala proposta de 1 (muito mau) a 10 (Muito bom).

A tabela 8 apresenta a justificação dada pela atribuição de esta avaliação, que se prende com as questões anteriormente referidas pelos adolescentes, nomeadamente 80% concorda com o acompanhamento familiar permitido, em igual número, estão satisfeitos com o relacionamento com os profissionais de saúde e 70% satisfeitos com o atendimento global.

Como pontos negativos apenas foi referido, por uma maioria (60%) de adolescentes a apreciação negativa sobre os procedimentos/tratamentos invasivos considerados necessários, aspeto a ter em conta pelos profissionais de saúde.

Tabela 8: Categoria 5. Justificação da avaliação do atendimento pelos adolescentes

Subcategorias	Indicadores	Adolescentes (N=10)		Unidades de Registo (N=46)	
		F	%	F	%
Aceitabilidade	Concorda com acompanhamento familiar permitido	8	80,00	8	17,39
	Satisfeito com relacionamento com os profissionais de saúde	8	80,00	1	26,09
	Satisfeito com o atendimento global	7	70,00	1	26,09
	Satisfeito pela simpatia dos profissionais de saúde	2	20,00	4	8,70
	Satisfeito com alimentação	1	10,00	1	2,17
	Aversão pelos procedimentos/tratamentos invasivos	6	60,00	6	13,04
	Discorda do atendimento ser junto de crianças pequenas	1	10,00	2	4,35
	Insatisfação por não terem perguntado a sua opinião	1	10,00	1	2,17

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados das entrevistas revelam que as necessidades dos adolescentes prevalecem nas questões do relacionamento com os profissionais de saúde, ainda que a organização e funcionamento do serviço tenha influência. Igualmente, segundo a OE, os adolescentes "valorizam mais a relação estabelecida com o profissional do que as características do ambiente físico" (2010a, p.25).

A avaliação dos adolescentes relativamente ao atendimento neste serviço de urgência foi positiva, nomeadamente no relacionamento com os profissionais de saúde e pela possibilidade de estarem acompanhados por um familiar, sendo que poucos adolescentes efetuaram sugestões de mudanças.

Estes dados são concordantes com a anterior e recentemente revogada Lei n.º 33/2009, de 14 de julho - Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde e, pela atual Lei n.º 15/2014 de 21 de março - Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, referindo-se ao seu artigo 122º "Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço."

No contexto de cuidados de enfermagem à família, o acompanhante familiar, para além da extrema importância ao nível do suporte familiar para a gestão do *stress* do adolescente decorrente da situação de urgência, proporciona ao enfermeiro a oportunidade de estabelecer intervenções no domínio do envolvimento, participação e parceria de cuidados, centrados na família, avançando para o aumento da qualidade de cuidados no atendimento, logo a partir do serviço de urgência.

As intervenções de enfermagem revelam-se adequadas, no sentido em que os adolescentes consideraram maioritariamente que os enfermeiros estiveram atentos às suas próprias necessidades, correspondendo a um atendimento individual e personalizado.

São descritas pelos adolescentes, princípios inerentes à aceitabilidade do serviço nomeadamente a privacidade, confidencialidade e autonomia. A privacidade

poderá estar garantida maioritariamente pelas características do local de atendimento, no entanto no que se refere à interação com os profissionais de saúde não é tão evidente.

Segundo a DGS (2013, p.12), referindo-se às consultas de adolescentes, “há que facilitar a acessibilidade e assegurar a privacidade e confidencialidade, permitindo, aos que desejem, o atendimento a sós”, pontos fundamentais no estabelecimento de um bom relacionamento entre o enfermeiro e o adolescente.

A confidencialidade está descrita maioritariamente como adequada, mas não foram identificadas situações dilemáticas que pudessem causar quebra de confidencialidade.

O estudo de Britto, Tivorsak e Slap (2010) confirma que os adolescentes desejam e valorizam os aspetos da privacidade nos cuidados de saúde, salientado a “privacidade informacional” (ou confidencialidade), no entanto, todas as outras dimensões da privacidade (psicológica, social, física) afetam a sua experiência nos serviços de saúde e a própria vontade de participar nos cuidados.

A autonomia da tomada de decisão do adolescente está relacionada com o seu nível de desenvolvimento e neste serviço é pouco promovida, de uma forma global, mas verifica-se que a participação na decisão sobre tratamentos e procedimentos foi efetuada com a maioria dos adolescentes mais velhos (16-17 anos).

Relativamente ao consentimento para tratamentos e procedimentos, legalmente o utente/o doente pediátrico é “*a priori*” incompetente para tal, sendo necessário determinados requisitos para ser competente, quer do ponto de vista ético, quer do ponto de vista legal (adolescentes maiores de 16 anos), nomeadamente no que se refere aos atos obrigatórios de consentimento informado livre e esclarecido por escrito, estabelecidos na lei (ex. atos cirúrgicos, atos diagnósticos ou terapêuticos invasivos *major*) (DGS, 2013b). Embora pelas descrições das entrevistas, não estivesse em causa o consentimento informado, segundo o Código Penal, no seu artigo 38º, “o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para

avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta” independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia.

Sem ultrapassar o poder parental, indispensável na sequência do melhor interesse do adolescente, esta questão prende-se com o bem-estar e autodeterminação do adolescente, envolvendo valores centrados no mesmo, como a capacidade de fazer escolhas. Do ponto de vista do desenvolvimento, quanto mais novos, mais inconsistentes são as suas escolhas, pelo que menor peso terá a manifestação dos seus desejos e preferências, quando contrapostos ao julgamento do seu melhor interesse (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

A OE (2010b) preconiza que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem tenha um papel ativo na promoção da autoestima do adolescente, levando à sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, através da negociação do seu contrato de saúde.

Pela análise das entrevistas verifica-se adequabilidade do espaço físico do serviço, para as necessidades dos adolescentes, nomeadamente no que se refere à privacidade permitida pelas instalações, que são consideradas boas, mas nem tanto no que se refere à adequabilidade dos meios lúdicos para adolescentes, tendo sido esta uma das sugestões de melhoria.

A acessibilidade é elevada, seja no funcionamento do serviço, pela possibilidade de acesso com acompanhante, quer pelo tempo de espera para o atendimento, seja na interação com os profissionais de saúde, pela perceção do tempo disponibilizado pelos profissionais de saúde no atendimento, e pela comunicação e linguagem estabelecida, que na amostra não se revelou problemática.

Segundo a OE (2010a, p.20) a entrevista ao adolescente “constitui uma parte essencial no atendimento de enfermagem ao adolescente, pois permite recolher informação e estabelecer canais de comunicação”, sendo um espaço privilegiado dentro das intervenções de enfermagem. Para estabelecer boa relação/comunicação com o adolescente, deve haver a preocupação em efetuar perguntas abertas, escutar com interesse, respeito e empatia, sendo como um advogado/ conselheiro, sem juízo de valor (OE, 2010a; Vicario, 2004).

Os aspetos mais negativos da experiência de atendimento prendem-se com a própria transição de saúde-doença, pela preocupação pela situação de doença e dificuldade em lidar com a sintomatologia e procedimentos/tratamentos mais invasivos (ex. colheitas de sangue e cateterização venosa), causadores de medo ou ansiedade no adolescente.

Nas situações potenciadoras de medo, ansiedade ou *stress*, o enfermeiro surge como elemento imprescindível na preparação do adolescente para o procedimento/tratamento, identificando as suas crenças, expectativas e necessidades de atendimento, de modo a intervir na sua diminuição, tranquilizar e contribuir para o reforço da auto estima e da autoconfiança do adolescente de acordo com o seu nível de desenvolvimento (OE, 2011).

CONCLUSÃO

A saúde dos adolescentes é considerada uma prioridade e o profissional de saúde que deles cuida procura, a partir da perspectiva da qualidade, adequar as suas intervenções às necessidades de desenvolvimento, de saúde e de atendimento dos adolescentes, favorecendo a proteção e melhoria da sua saúde e bem-estar (OMS, 2002).

À exceção da eficácia, e a contribuição positiva para a sua saúde, porque estão relacionadas quer com as expectativas, quer com as necessidades de atendimento, mas também de saúde, sendo que alguns adolescentes mantêm-se em situação de doença, poder-se-á encontrar nas respostas dos adolescentes, as outras características dos *Adolescente Friendly Health Services* propostas pela OMS, sendo consistentes com os princípios de atendimento ao adolescente da OE. No entanto, depreende-se das entrevistas que poderão ser efetuados melhoramentos no atendimento ao adolescente, sobretudo ao nível da privacidade e da promoção da autonomia do adolescente.

É primordial promover a qualidade do atendimento ao adolescente e, neste sentido, devemos estar atentos às necessidades de atendimento em saúde do adolescente, qualquer que seja o contexto da prática. Respeitar o adolescente, na sua vulnerabilidade, de acordo com as suas individualidades, não caindo no erro de generalizar os cuidados, é um meio potencializador do saudável desenvolvimento do jovem, particularmente através de atividades educativas, da promoção de mudanças de atitude e comportamentos individuais no adolescente, mas também nos seus pares, no sentido do jovem poder ser ele próprio um agente transmissor de informação no seu grupo de amigos, e desta forma ser também um promotor da saúde (Almeida, Rodrigues e Simões, 2007; Matos, 2008; Staa, Jedeloo e Stege, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I. S.; Rodrigues, B. M. R. D. & Simões, S. M. F. (2007). O adolescer... um vir a ser. *Adolescência & Saúde*, 4 (3), 24-28. Acedido 04/07/2013. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=95
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Breinbauer, C. & Maddaleno, M. (2005). *Youth: choice and change: promoting health behaviors in adolescents*. Washington: Pan American Health Organization.
- Britto, M. T.; Tivorsak, T. L. & Slap, G. B. (2010). Adolescents' Needs for Health Care Privacy. *Pediatrics*, 126 (6), e1469—e1476. DOI:10.1542/peds.2010-0389.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação. Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castanheira, J. (2006). Adolescentes: que respostas? In Santos, L. (coord.). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. (pp.44-46). Lisboa: IAC.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente & Alto Comissariado da Saúde (2011). *Relatório de Resultados. Questionário sobre o Consentimento Informado, Acompanhamento de crianças até aos 18 anos de idade e Visitas a doentes no internamento hospitalar*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Acedido 24/10/2012. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/2E38231C-BE68-4060-B439-9A5C690BC0D3/0/relatorio_acs_2011.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas. Instrumentos de Informação e Acção*. Genebra: ICN.

Direção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. (Vol II). Lisboa: DGS. Acedido a 07-11-2012. Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf

Direção-Geral da Saúde (2013a). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 01-06-2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2013b). *Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013 (em discussão pública). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 03-04-2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?v=3ef43578-fe8a-49af-a1ce-02f107082367>

Dodds, H. (2010). Meeting the Needs of Young People in Hospital. *Pediatric Nursing*, 22 (9), 14-18. Acedido a 19-02-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21140889>

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

Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro. Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82 de 23 de Setembro. Diário da República, I Série N.º 170. (04-09-2007) 6181-6258.

Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho. Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República I Série N.º 134 (14-07-2009) 4467.

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série N.º 180 (16-09-2009) 6528-6550.

Lei n.º 15/2014 de 21 de Março. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República I Série N.º 57 (21-03-2014) 2127-2131.

- Machado, M. V. P. & Zagonel, I. P. S. (2003). O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, 8 (2), 26-33. Acedido a 29-04-2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1691/1399>
- Matos, M. G. (2008). A saúde do adolescente: O que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2 (26), 251-263.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume 1. Série I (3) (Cadernos OE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02-11-2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume 2. Série I (3) (Cadernos OE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02-11-2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VoIII.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization. Acedido 21-11-2012. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Geneva: World Health Organization. Acedido 11-12-2012. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html

Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, S. W. (2001). *O mundo da criança*. (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2009). *Requisitos Para o Atendimento ao Adolescente. Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Acedido a 04-10-2013. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Medicina_Adolescente/requisitos_aten_d_adolescente_spa-spp.pdf

Staa, A. L.; Jedeloo, S. & Stege, H. (2011). "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Preference and Adherence*. Dove Medical Press, Ltd. 291-305. Acedido a 15-12-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140311/pdf/ppa-5-291.pdf>

Vicario, M. I. H. (2004) Atención integral del adolescente. Revisión crítica. *Contenido Científico del XVIII Congreso de la SEPEAP Alicante 2004*. 76-84. Acedido a 11-04-2014. Disponível em: <http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Contenido-Cient%C3%ADfico-del-XVIII-Congreso-2004-Alicante.pdf>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Protocolo de entrevista

**Guião da Entrevista aos Adolescentes que recorrem ao
Serviço de Urgência Pediátrica**

-) Identificar as necessidades dos adolescentes em relação ao atendimento no serviço de Urgência Pediátrica, no âmbito dos critérios de qualidade preconizados (OMS e OE);
-) Conhecer a opinião dos adolescentes sobre o atendimento dos profissionais de saúde e as condições do serviço
-) Recolher sugestões dos adolescentes para possíveis mudanças a implementar relativamente ao seu atendimento neste serviço.

Blocos	Objetivos específicos	Tópicos para questões
Legitimação da entrevista	Mobilizar os adolescentes para colaborarem na entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Informar de forma clara e breve: <ul style="list-style-type: none"> - os objetivos da entrevista; - a importância da sua participação; - Motivar para a entrevista proporcionando ambiente onde o adolescente se sinta à vontade - Assegurar a privacidade e a confidencialidade dos dados - Consentimento informado
Caracterização dos adolescentes, e da sua experiência de saúde	Caracterização sociodemográfica, experiência de acolhimento, acessibilidade ao serviço e motivos de procura	<ul style="list-style-type: none"> - Idade e género - Ano de escolaridade - Frequência de escola/trabalho - Naturalidade/Nacionalidade - Área de residência (Freguesia) - Situação de saúde anterior (doenças crónicas) - Experiências anteriores com serviços hospitalares - Frequência de admissão no atual serviço de Urgência Pediátrica - Motivo/s de procura do serviço de Urgência Pediátrica - Referenciação ao serviço de urgência (S24, CS, Outro hospital, consulta externa, médico particular, domicílio) - Prioridade na triagem

**Necessidades, Avaliação e Sugestões dos Adolescentes
sobre o Atendimento num Serviço de Urgência Pediátrica**

		<ul style="list-style-type: none"> - Percepção do tempo de espera - Tempo que esteve no serviço de urgência (da admissão à alta/internamento)
Condições e recursos do serviço de urgência para o atendimento do adolescente	Identificar as necessidades dos adolescentes à luz dos critérios de qualidade descritos no que respeita à aceitabilidade e adequabilidade.	<ul style="list-style-type: none"> - O que acha do espaço físico/instalações do serviço de Urgência Pediátrica? <ul style="list-style-type: none"> - Sobre a sala de espera o que lhe parece? - Existem meios lúdicos suficientes no serviço? <ul style="list-style-type: none"> - O que acha que faz falta para se distrair? - Os locais por onde passou (triagem, sala de observações, sala de tratamento, SO), acha que têm condições adequadas para garantir a sua privacidade? Gostava que falasse um pouco sobre isso... - Quanto ao acompanhamento, teve alguém a acompanhá-lo? Quem? Gostava que fosse diferente?
Características e relação com os profissionais de saúde	Identificar as necessidades dos adolescentes à luz dos critérios de qualidade no que respeita à aceitabilidade, equidade, eficácia e adequabilidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Desta experiência no hospital, o que foi mais difícil para si? - O que mais o preocupou? - Como foi o seu relacionamento com os profissionais de saúde? E com os enfermeiros? <ul style="list-style-type: none"> - Ao abordarem-no, apresentaram-se? - Os profissionais de saúde mostraram disponibilidade para si? - Responderam às suas perguntas ou preocupações (sentiu que o ouviram)? - Sentiu que tiveram tempo para si? - Deram-lhe as informações que precisava? - Compreendeu sempre o que lhe diziam? Ou os profissionais usavam uma linguagem complicada? - Acha que os enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades? - Teve possibilidade de participar na decisão sobre os cuidados/tratamentos?

**Necessidades, Avaliação e Sugestões dos Adolescentes
sobre o Atendimento num Serviço de Urgência Pediátrica**

		<p>Quer dar um exemplo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perguntaram-lhe a sua opinião? - O que acha do atendimento no que respeita à confidencialidade? Em relação ao que se passou consigo. - O que lhe parece do atendimento em relação à privacidade? Da sua experiência, sentiu que respeitaram a sua privacidade? - O que gostou mais no serviço de urgência? - O que menos gostou?
Sugestões para mudanças	Conhecer sugestões de mudança por parte dos adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Tem sugestões a dar à equipa de saúde para fazerem mudanças em relação ao atendimento dos jovens na urgência: <ul style="list-style-type: none"> - Tem alguma sugestão, algumas mudanças a propor em relação aos espaços físicos? - E em relação aos profissionais, o que gostaria que fosse diferente?
Satisfação com o atendimento em geral	Avaliar o nível de satisfação dos adolescentes com o atendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Se lhe pedisse para fazer uma avaliação geral à forma como foi atendido no serviço de urgência, o que diria? [por ex. numa escala de 1 (Muito mau) a 10 pontos (Muito bom)]

Apêndice 2 – Autorização do Conselho de Administração

prorrogad
17-02-2014

Ao Conselho de Administração

do

Maria Inês Pereira Serrão, enfermeira no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Vila Franca de Xira, atualmente a frequentar o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem solicitar a V. Ex^a a prorrogação do tempo inicialmente proposto para realização de entrevistas a adolescentes internados neste hospital, no âmbito do seu Projeto de Estágio intitulado “O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde”.

Trata-se de entrevistas semiestruturadas, a serem realizadas aos adolescentes internados no serviço de urgência Pediátrica, em situação de alta para o domicílio, e internados no serviço de Pediatria após transferência do serviço de urgência Pediátrica, tendo como objetivos:

-) Identificar as necessidades dos adolescentes em relação ao atendimento no serviço de Urgência Pediátrica, no âmbito dos critérios de qualidade preconizados (OMS e OE);
-) Compreender a natureza das interações que se estabelecem entre os adolescentes e os profissionais de saúde no serviço de Urgência Pediátrica;
-) Recolher sugestões dos adolescentes para possíveis mudanças a implementar relativamente ao atendimento neste serviço.

Iniciou-se a aplicação do referido instrumento de recolha de dados após receção da autorização do Conselho de Administração, tendo sido acauteladas as condições recomendadas pela Comissão de Ética para a Saúde. O período inicial de aplicação das entrevistas não permitiu a saturação dos dados obtidos, pelo que se solicita a prorrogação do período de tempo por mais 3 meses.

Agradecendo desde já a atenção que V. Ex^a possa dispensar a este pedido de colaboração.

Pede deferimento

Maria Inês Pereira Serrão

17-02 '14 15:12 013255

14 de Fevereiro de 2014

Apêndice 2 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde



PARECER

PARA: PRESIDENTE DA COMISSÃO EXECUTIVA
C/C: DIRECTOR CLÍNICO
DE: PRESIDENTE DA CES
ASSUNTO: PARECER SOBRE PROJECTO DE ESTÁGIO INTITULADO “O ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE”
DATA: 2014-01-20

1. A CES recebeu um pedido de parecer da Sra Enfermeira Maria Inês Pereira Serrão, do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital [REDACTED], para realização de um trabalho “O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde”.
2. Este trabalho insere-se no âmbito do seu projeto de Estágio do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
3. A recolha de dados é feita através de uma entrevista, com base num questionário, direccionada ao atendimento ao adolescente no Serviço de Urgência Pediátrica, em situação de alta para o domicílio e aos adolescentes internados no Serviço de Pediatria, após a transferência do serviço de Urgência Pediátrica.
4. O estudo tem como objetivos identificar as necessidades dos adolescentes em relação ao atendimento no Serviço de Urgência Pediátrica no âmbito dos critérios de qualidade (OMS e OE); compreender a natureza das interações que se estabelecem entre os adolescentes e os profissionais de saúde no serviço de Urgência Pediátrica e recolher sugestões dos adolescentes para possíveis mudanças a implementar relativamente ao atendimento neste serviço.
5. O adolescente será informado previamente sobre os objetivos da entrevista, será assegurada a sua privacidade, a confidencialidade dos dados e dará o seu consentimento escrito. Os dados recolhidos serão registados de forma anónima.

Após análise do projeto e do guião da entrevista a CES, reunida a 16/1, verificou que estão reunidas as condições para efetuação do estudo. No entanto sugere que o adolescente seja tratado na terceira e não na segunda pessoa.

[REDACTED], 2014-01-20

A Presidente da CES

[REDACTED]

Apêndice 3 – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Sou enfermeira, atualmente a frequentar o Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e estou a fazer um estudo sobre o atendimento dos adolescentes nos serviços de Urgência Pediátrica. Com este trabalho pretende-se conhecer as principais necessidades dos adolescentes quando estão internados nos serviços supracitados e as suas sugestões para futuramente podermos melhorar a qualidade dos cuidados.

Assim, venho pedir a sua colaboração para uma breve entrevista, porque considero que as suas ideias, opiniões e sugestões são fundamentais para podermos melhorar os cuidados de saúde aos adolescentes.

Não há respostas certas ou erradas, o que interessa é a sua opinião pessoal e peço-lhe que seja sincero (a). A sua participação é voluntária e por isso pode desistir a qualquer momento, sem haver qualquer problema.

A entrevista é confidencial e o anonimato será garantido. Para não se perder informação peço-lhe consentimento para gravar em audio a nossa conversa. Comprometo-me a utilizar as informações que me fornecer apenas no trabalho académico que estou a realizar e o seu nome não será divulgado, o importante é a sua opinião.

É garantido que, as gravações das entrevistas serão destruídas depois dos dados serem analisados.

Muito Obrigada, desde já pela sua colaboração e disponibilidade.

Maria Inês Serrão

(mariaserrao@campus.esel.pt)

Sim, sendo adolescente, aceito colaborar no estudo que me foi explicado.

(Assinatura do adolescente)

Sim, aceito que o meu filho(a) colabore no estudo que me foi explicado.

(Assinatura do pai/mãe/representante legal)

Apêndice 5 – Transcrição da entrevista 2

Entrevista n.º 2 (pré-teste)

Data 11/01/2014

Tempo 9'52''

Local – Internamento de Pediatria

Acompanhante na entrevista - Pai

Bloco 1

- Consentimento Informado

Bloco 2

Género - feminino

- Que idade tens?

15 anos

-Andas na escola?

Escola _____

-Em que ano?

8º

-Nasceste em Portugal?

sim

-Moras em que freguesia?

-Como tem sido a tua saúde?

Mais ou menos

-Tens alguma doença crónica?

Tenho, no coração e agora no estômago

- Já tiveste outras experiências neste hospital?

Sim

- E em outros hospitais?

Na Estefânia, Santa Marta e falta-me um, aquele de Santa Maria

- Neste serviço de urgência pediátrica já estiveste mais vezes? Quantas?

Não tem conta.

- O que aconteceu desta vez, qual foi o motivo?

Eu, fui ao médico do estômago e ele fez-me um exame ao estômago e viu que eu tinha lá uma bactéria e então ele receitou-me um antibiótico, dois, e um protetor do estômago. E eu comecei a fazer isto na 3ª feira e a ver que não me tava a sentir bem com esse medicamento e a.... Vim cá na 4ª, não na 3ª, pronto, vim cá na 3ª, com muitas dores, muitas queixas, pronto. E depois voltei para casa, a tomar o mesmo medicamento.

Depois na 4ª é que as coisas começaram a agravar, eu tava dentro da sala de aula, a.. eu tava dentro da sala de aula e...eu senti que ia vomitar, depois pedi à minha professora para sair. Quando cheguei deitei um líquido esquisito pela boca, e aí vim para casa. Depois comecei a ficar cada vez pior, cada vez pior, vomitei muito. Depois o meu pai decidiu vir comigo para o hospital.

- Vieram de casa diretamente para o serviço de urgência ou foram primeiro ao centro de saúde?

Não não. Viemos para aqui

- Qual foi a cor atribuída na triagem?

Acho que era cor-de-laranja.

- Tiveste muito tempo à espera até à triagem?

Não, não, não. (refere-se a muito tempo de espera)

-E depois da triagem até à observação pelo médico?

Fui para a sala de observações, depois fui logo para se onde poem as agulhas. Para a sala de tratamentos, é isso.

Bloco 3

- O que achas do espaço, das instalações do serviço de urgência?

Acho que são boas

- E a sala de espera o que te parece?

acolhedora

- Existem meios lúdicos suficientes para ti, para a tua idade?

Sim, tem televisão

- Não achas que faça falta nada, para te distrair mais?

Não. Pronto, não acho que seja nada.

- Os locais por onde passaste (triagem, sala de observações, sala de tratamento, SO), achas que as instalações têm condições adequadas para garantir a tua privacidade?

Sim

- Gostava que falasse um pouco sobre isso...

Quando eu tive lá no coiso de curta...tar internada tava bem, tava acompanhada pelo meu pai. Sentia-me... bem. Sentia a minha privacidade, apesar de terem lá mais dois, duas crianças, mas não me incomodaram.

-E nos outros momentos, achaste que havia privacidade, quando te atenderam?

Sim, sim, sim

- O teu pai esteve sempre contigo?

Sim

-Gostava que tivesse sido diferente, o acompanhamento?

Não, as pessoas que foram trataram-me bem, por isso...

Bloco 4

-Desta experiência no serviço de urgência pediátrica, o que foi mais difícil para ti?

Foi a parte de vomitar

- No tempo que lá tiveste, o que é que te preocupou?

Porque é que eu tava assim, porque é que o meu estômago tava-me a acontecer isto a mim.

- Como foi o relacionamento com os profissionais de saúde?

Foi bom, muito simpáticos

E com os enfermeiros, especificamente?

Também

- Ao abordarem-te, apresentaram-se?

Sim, diziam sempre o nome deles.

- Mostraram disponibilidade para si?

sim

- Responderam a perguntas ou preocupações?

Eu também não os questionei.

-Mas sentiste que se perguntasses, que te ouviam?

Sim porque eu também não tava bem para tar a falar.

- Sentiste que tiveram tempo para ti?

sim

- E em relação a falarem contigo, compreendeste a sempre linguagem, o que te diziam? Ou usavam uma linguagem complicada?

Não. Explicavam bem as coisas.

- Acha que os enfermeiros estiveram atentos àquilo que sentias, às tuas próprias necessidades?

Sim. Sempre que eu precisei, sempre que eu tava com dores eles vinham-me trazer os remédios, vinham, sempre. Vinham às vezes, ver como é que eu estava, se estava bem. Acho que foi, bom.

- E em relação a participares nos cuidados, nos tratamentos, a decidir? Perguntaram-te a sua opinião?

Como assim?

-Se precisavam de pôr o soro? Perguntaram se podiam?

Sim.

Também me perguntaram, que eu tive que tar a beber soro e eles perguntaram se eu queria de fruta, morango ou outra coisa. Deram-me a escolher.

-Não foi nada contrariado?

Não. Fui eu que escolhi o soro.

- O que achas do atendimento no que respeita à confidencialidade? Em relação ao que se passou contigo.

Não sei.

-Sobre o que tu dizes aos profissionais?

Acho que quando vimos para o hospital é bom os profissionais saberem o que nós temos para nos tratar.

- E em relação à privacidade? Da sua experiência, nos tratamentos por exemplo, respeitaram a tua privacidade?

Sim, a cortina.

- O que gostaste mais no serviço de urgência?

Das enfermeiras serem simpáticas comigo.

- O que menos gostaste?

a... (pausa) De tar com dores e assim, porque de resto toda a gente foi simpática e senti-me bem.

E da Dr.^a _____. Gosto muito dela.

Bloco 5

-Tens sugestões a dar, para fazermos mudanças no serviço de urgência, em relação ao atendimento dos jovens da tua idade?

Comigo vocês foram sempre simpáticos, acho que vocês serem assim já é... já é bom.

- E em relação às instalações, ao espaço físico?

São muito boas. Eu acho.

-Sugerias algo para melhorar?

Não, eu estou bem aqui assim.

Bloco 6

Se lhe pedisse para fazer uma avaliação geral à forma como foi atendido no serviço de urgência, o que diria?

[por ex. numa escala de 1 (Muito mau) a 10 pontos (Muito bom)]

10, porque sempre tiveram perto de mim e sempre que eu tava dor, iam ver o que eu tinha, por isso não tenho razões de queixa do atendimento.

Apêndice 6 – Transcrição da entrevista 8

Entrevista n.º 8 Data - 18/02/2014 Tempo – 12'43''

Local – Internamento Pediatria

Acompanhante durante Entrevista - não

Bloco 1

- Consentimento Informado

Bloco 2

Género feminino

-Qual a sua idade?

17

- Anda apenas na escola?

_____, Sim

-Em que ano?

No 9º

- Nasceu em Portugal?

Sim

- Qual é a sua freguesia de residência?

Eu moro na Póvoa, Póvoa de Santa Iria

- Já teve outras doenças anteriormente?

Tenho hiperatividade, já não faço medicação.

Faço, mas é para a depressão.

- Já teve outras experiências em outros hospitais?

Tive uma vez internada com gastroenterite.

- Neste serviço novo de urgência pediátrica, é a primeira vez?

Não, acho esta é para aí a 2ª ou a 3ª.

- Desta vez, o que a fez vir cá?

Fui mordida por um cão.

- Antes de vir, ligou para a saúde 24, foi ao centro de saúde ou veio de casa?

Não.

Eu tava na rua, e então foi no sábado, eu fui mordida no sábado. E então, assim que o cão mordeu disseram-me logo “tens que levar pontos” e eu fiquei ...em choque.

Mas depois fizeram-me o curativo lá e tudo depois trouxeram-me para o hospital.

O médico receitou-me antibiótico e Ben-U-Ron e Brufen, anti-inflamatórios. E pronto, depois, depois, na 2ª feira eu fui ao centro de saúde, porque tava mais inchado e doía-me, tava com as mãos assim, não conseguia mexer. Não mexia, agora já mexo os dedinhos.

E fui ao centro de saúde e o médico, disse-me para tomar injeções de Relmus e, qualquer coisa que não me lembro. E depois fui à farmácia e na farmácia disseram-me que não, não era para fazer isso e então mandaram-me para o hospital outra vez.

Depois fui ao hospital outra vez e cá estou, internaram-me.

- Que cor lhe atribuiu na triagem?

Amarelo, outra vez

- E depois como foi lá em baixo, como foi o seu percurso pela urgência?

Ah foi muito rápido. Eu cheguei, fui atendida, fui lá ao balcãozinho fazer a inscrição.

Assim que acabei de fazer a inscrição fui para a triagem, foi muito rápido. Depois da triagem disseram-me para esperar um bocadinho na sala de espera. E assim que cheguei à sala de espera fui logo chamada. (sorriso)

E depois eu falei com a médica. Depois a médica tava a dizer que tava muito inchado e tava pior, depois chamou o médico que me atendeu no sábado.

Eu gosto tanto daquele médico, é simpático. E a médica hoje veio fazer uma visita. Simpática.

Depois tavam a combinar, e falavam, e coisa em cirurgia, mas eu não percebi o quê. Depois disseram que eu tinha que ficar internada ou, ia para casa e andava sempre para trás e para a frente, para trás e para a frente, e eu disse, eu prefiro ficar internada do que andar sempre para trás e para a frente. E fiquei. E tou aqui.

-Depois foi ter com a enfermeira?

Sim, fui à enfermeira fazer qualquer coisa, agora não me lembro o que é que ela fez. Depois tive. Ah, fui tirar sangue.

Depois fiquei mais um bocado à espera.

-Nessa que ficou à espera, ficou onde?

Na sala de espera.

-Na mesma primeira sala de espera?

Depois fui à rua, tive na rua um bocadinho, esperei na rua, fui lá para dentro outra vez...

- Essa parte demorou mais tempo?

Sim

-Quanto tempo estive no serviço de urgência? Desde que chegas-te até ser internada?

Aí meia hora, uma hora.

Bloco 3

- O que acha das instalações do serviço de urgência?

Ah, Tá melhor que no outro hospital.

- E sobre a sala de espera?

É pequenina.

- Em relação a atividades lúdicas, para distração, na sala de espera, tem alguma coisa?

Ah, para nós que somos grandes não tem nada.

Se calhar é mais para os pequenos.

- O que fazia falta para os grandes?

Não sei.

- Normalmente com o que te entreténs?

Computador.

Pois. Falta computador, playstation ou assim.

- Os locais por onde passou (triagem, sala de observações, sala de tratamento, SO), acha que têm condições/instalações que garantem a sua privacidade?

sim

-Gostava que falasse um pouco sobre isso...

Lá em baixo, eu só tive a explicar à médica o que se passou, por isso, não foi nada de especial.

- Estás a falar da confidencialidade?

sim

- Quanto ao acompanhamento, teve alguém a acompanhar?

sim

- Quem?

A minha mãe.

-Gostava que fosse diferente?

Não. Foi a minha mãe e foi o meu namorado.

E o meu pai não teve cá e nem quero o meu pai aqui.

Bloco 4

-Desta experiência no serviço de urgência, o que foi mais difícil?

A espera

- Estavas preocupada?

Como assim?

- Enquanto esperavas, algo porque sentisses preocupação, contigo ou por outras pessoas lá fora.

Com a minha mãe. Porque a minha mãe tem Lupus, e tem Poliomielite. E tá a dormir ali naquela cama. Ela tá preocupada. E tem que ir trabalhar. Hoje não foi. Mas ela também tá sem dinheiro. A minha mãe disse.

- Como foi o seu relacionamento com os profissionais de saúde?

Foi bom. Eu tenho sempre boas relações, com as pessoas. Quer dizer, com os hospitais, os médicos e isso.

- E com os enfermeiros?

Sim. Eu gosto. Só há uma enfermeira que eu não gosto muito dela, (...) cá em cima.

- Os enfermeiros e os médicos quando te abordarem, apresentaram-se?

Só cá em cima. (refere-se ao internamento)

- Lá, ninguém (serviço de urgência pediátrico) se apresentou, ninguém disse o nome?

Não

- Os profissionais de saúde mostraram disponibilidade para si?

sim

- Responderam às suas perguntas?

sim

-Sentiu que a ouviram?

sim

-Os profissionais usavam uma linguagem complicada?

não

- Compreendeu sempre o que lhe diziam?

sim

- Acha que era necessário terem dado mais informações?

Não

-As informações que lhe deram, chegaram?

sim

- Em relação a participar na decisão sobre os cuidados/tratamentos? Perguntaram-lhe?

Como assim?

-Tiveram que tirar sangue, colocar esse cateter? Perguntaram se queria?

Não, disseram, tem de ser.

-Não perguntaram a sua opinião?

Não

-E em relação a ter que ficar internada cá em cima, perguntaram?

Não, fui eu que disse.

- Foi a sua opinião?

Oh, porque se não tava sempre a ir e voltar, ir e voltar.

-E, o que gostou mais no serviço de urgência?

Os médicos

- O que menos gostou?

Eu gostei de tudo.

Bloco 5

-Tem alguma sugestões a dar à equipa de saúde do serviço de urgência sobre o atendimento dos jovens da tua idade?

Não. Quer dizer, podiam era...

-Que gostasses que fosse diferente...

Podiam ser era menos arrogantes, alguns são arrogantes, pronto.

Alguns são um bocadinho antipáticos.

- Serem mais simpáticos?

Alguns são antipáticos. Foi na secretaria no sábado, na 2ª feira a senhora era diferente mais simpática.

- Tem alguma sugestão, algumas mudanças a propor em relação aos espaços físicos?

Computador, playstation ajudavam um bocadinho.

Bloco 6

Se lhe pedisse para fazer uma avaliação geral à forma como foi atendido no serviço de urgência, o que diria?

Ah, eu fui bem atendida. (refere-se a esta experiência) Só que no sábado é que na entrada, na inscrição é que a senhora foi um bocadinho antipática para mim. De resto eu fui bem atendida.

Eu gosto que os enfermeiros e os médicos falem comigo, porque eu gosto de falar com os enfermeiros e os médicos. E às vezes, no sábado, a enfermeira que tava lá em baixo, ela até foi simpática na 2ª feira. Mas no sábado ela não falou muito comigo.

Gostavas que houvesse mais tempo para falarem contigo?

Sim.

[por ex. numa escala de 1 (Muito mau) a 10 pontos (Muito bom)]

7 e meio.

Apêndice XIX – Resumo para Comunicação Livre: As necessidades de atendimento do adolescente em Serviços de Urgência Pediátrica: Um estudo exploratório

13^a

**Conferência Internacional
de Investigação em Enfermagem**
Cultura de cuidados centrados nas
pessoas, famílias e comunidades

**International Conference
of Nursing Research**
Person centered culture

Apresentação do autor | Presenting author

Apelido | Family name: Pereira Serrão **Nome próprio** | First name: Maria Inês

Morada | Address: _____

Código Postal | Postal Code: _____ **Cidade** | City: _____

País | Country: Portugal **E-mail**: _____

Profissão e Categoria | Title and Profession: Enfermeira

Local de Trabalho | Institution: _____

Serviço | Department: _____

Data | Date: 6 de Junho de 2014 **Assinatura** | Signature: _____

Apresentação | Presenting preference

Oral | Oral

Poster | Poster

Oral/Poster | Either Oral or Poster

Meios Audiovisuais necessários | Audiovisual resources: videoprojetor

Título | Title: As necessidades de atendimento do adolescente em Serviços de Urgência Pediátrica: Um estudo exploratório

The adolescents' needs in Pediatric Emergency Services: An Exploratory Study

Autores | Authors: Inês Serrão* & Graça Vinagre**

* Enfermeira

** Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Texto | Text body

Introdução: A saúde dos adolescentes considera-se uma prioridade e os profissionais de saúde, pela perspetiva dos cuidados centrados nos jovens, procuram adequar as intervenções às suas necessidades de desenvolvimento, saúde e de atendimento, favorecendo a proteção e a melhoria da sua saúde e bem-estar. A compreensão das necessidades do adolescente é, assim, essencial ao desenvolvimento de intervenções apropriadas à qualidade do atendimento, particularmente perante a doença e internamento.

Objetivos: Identificar as necessidades dos adolescentes sobre o atendimento num Serviço de Urgência Pediátrica (SUPed), relativamente às práticas dos profissionais e às condições do serviço, e recolher sugestões para adequabilidade dos cuidados.

Método: Estudo qualitativo, recorrendo à entrevista semiestruturada, onde participaram adolescentes dos 13 aos 17 anos, internados num SUPed. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo, sendo categorizados quanto à organização e funcionamento do serviço, à interação com os profissionais de saúde, à avaliação da sua experiência, e sugestões.

Resultados: As necessidades dos adolescentes prevalecem nas questões da relação com os profissionais de saúde, ainda que a organização e funcionamento do serviço tenham bastante influência. A sua avaliação foi, em geral, positiva em relação à acessibilidade e adequabilidade. Na aceitabilidade do serviço, revelaram pouca participação na decisão sobre os procedimentos, e dificuldade na manutenção da privacidade.

Conclusão: Os dados são de certa forma consistentes com as características dos *Adolescent Friendly Health Services* propostas pela OMS, e princípios de atendimento ao adolescente preconizados pela OE. Apontam para alterações nas práticas dos profissionais, particularmente dos enfermeiros, ao nível da privacidade e promoção da autonomia do adolescente.

Palavras-Chave: adolescentes, necessidades, atendimento, qualidade, urgência pediátrica

Associação Portuguesa de Enfermeiros

Rua Duque de Palmela, 27 – 4º dtº

1250 – 097 Lisboa

investigaenf@gmail.com

www.apenfermeiros.com



Apêndice XX – Estudo 2: O Atendimento ao Adolescente num Serviço de Urgência Pediátrica: preocupações e dificuldades de um grupo de enfermeiros do SUPed-y



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

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

Unidade Curricular - Estágio com Relatório

3º Semestre

**O Atendimento ao Adolescente num Serviço de
Urgência Pediátrica: preocupações e
dificuldades de um grupo de enfermeiros do
SUPed-y**

Discente:

Maria Inês Pereira Serrão

Docente Orientador:

Professora Maria da Graça Vinagre

Enfermeiro de Referência:

P. N.

Lisboa

Fevereiro de 2014

Lista de abreviaturas e siglas

DGS - Direção-Geral da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SO – Sala de Observações

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUPed – Serviço de Urgência Pediátrica

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	4
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
2. MÉTODO	6
3. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	7
4. APRESENTAÇÃO E BREVE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	9
CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Questionário aplicado aos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica	
Apêndice 2 – Pedido de autorização para a aplicação do questionário	

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo a formação acadêmica	8
Gráfico 2: Distribuição dos participantes segundo a experiência profissional	8
Gráfico 3: Distribuição dos participantes relativamente à formação na área da adolescência	9
Gráfico 4: Distribuição dos participantes relativamente às áreas temáticas de formação necessária no âmbito do atendimento ao adolescente	10
Gráfico 5: Distribuição das respostas por grau de importância no Atendimento	13
Gráfico 6: Avaliação do atendimento ao adolescente segundo os enfermeiros	14

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1: Distribuição dos participantes segundo o grupo etário (N=16)	7
Tabela 2: Perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades dos adolescentes quando recorrem à urgência pediátrica e quando ficam internados em SO	11
Tabela 3: Indicadores por subcategorias da categoria: <i>Dificuldades do enfermeiro no atendimento ao adolescente</i>	12

INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada um dos períodos mais importantes do ciclo de vida e um dos mais saudáveis, é um período de oportunidades, mas também de elevada exposição a riscos e pressões externas, onde a promoção da saúde e a prevenção e tratamento da doença assumem particular importância (DGS, 2004; OMS, 2012).

O adolescente encontra-se numa transição desenvolvimental que, embora sendo uma normal e saudável fase da vida, é um período de grandes mudanças, face a um conjunto de oportunidades e riscos, onde simultaneamente poderão ocorrer outros tipos de transição, nomeadamente a transição de saúde-doença, elevando a sua vulnerabilidade (Machado e Zagonel, 2003). Neste sentido, os contextos de internamento e particularmente os de urgência, associados à condição de doença, implicam frequentemente situações de maior stresse e sofrimento para o adolescente e família.

Como objetivo de identificar e analisar as principais preocupações e dificuldades percecionadas pelos enfermeiros de uma unidade de saúde de referência na área da pediatria, sobre as questões do atendimento ao adolescente, num serviço de urgência pediátrica (SUPed), foi elaborado e aplicado um questionário aos enfermeiros.

O presente documento apresenta uma síntese dos principais resultados obtidos.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O adolescente, compreendido dentro do grupo etário dos 10 aos 19 anos, deve ser encarado como um cidadão pleno de direitos e o principal ator na promoção e construção da sua saúde, devendo os serviços de saúde dar enfoque a um atendimento específico que abarque todas as suas mudanças e necessidades individuais, de forma integrada, num ambiente adequado (DGS, 2013; OE, 2010; OMS, 2002; SPP, 2009).

Os princípios de atendimento ao adolescente, divulgados recentemente pela DGS, para o atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), são concordantes com os critérios da OMS, incluindo: a acessibilidade facilitada, a flexibilidade no modelo do atendimento, a privacidade, a confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e a participação ativa dos próprios (2013, p.114).

Estes princípios convergem nos principais princípios éticos orientadores da OE (2010, p.19) para o atendimento ao adolescente, sejam: o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

Também na perspetiva da SPP, um serviço ideal de atendimento deve fornecer uma abordagem holística, centrada no adolescente, despreconceituada, confidencial, gratuita, com o menos tempo de espera possível e que envolva os adolescentes (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2009).

É consensual considerar que a qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes, mediante a aplicação dos princípios da boa prática e com a salvaguarda do funcionamento humanizado dos serviços, tem impacto positivo nos resultados clínicos obtidos, na própria vida dos utilizadores, e permite criar condições para que o episódio/ o acontecimento em causa represente o menor dano possível, em termos afetivos e psicossociais (Castanheira, 2006; OE, 2010; Staa, Jedeloo e Stege, 2011).

2. MÉTODO

A problemática deste estudo insere-se na qualidade do atendimento ao adolescente no serviço de Urgência Pediátrica, neste sentido, questionamo-nos sobre as preocupações e dificuldades dos enfermeiros relativamente ao atendimento do adolescente neste serviço.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem quanti-qualitativa, efetuado com 17 enfermeiros. Utilizou-se uma técnica não probabilística de amostragem de conveniência, constituída por “um grupo de indivíduos que esteja disponível” do qual se podem obter informações preciosas (Carmo e Ferreira, 1998, p. 197).

Os dados foram recolhidos através de um questionário, elaborado especificamente para o estudo, contendo perguntas abertas e fechadas sobre o atendimento ao adolescente (Apêndice 1).

Para verificar se as questões do questionário eram compreensíveis e apropriadas ao que pretendíamos, foi realizado um pré-teste com um enfermeiro, tendo sido alterada uma questão para melhor identificação das prioridades ao nível da necessidade de formação.

O questionário foi aplicado durante o período de 25 a 27 de Janeiro de 2014 após ter sido aceite pelo enfermeiro chefe do SUPed, o pedido de aplicação do mesmo (Apêndice 2). Os questionários foram distribuídos pelos chefes de equipa do serviço, que colaboraram na redistribuição e posterior entrega dos questionários dentro de um envelope fechado. Aquando da distribuição dos questionários os enfermeiros foram informados, de uma forma breve, acerca do objetivo e natureza do estudo, tendo-lhes sido assegurados a confidencialidade e o anonimato, tendo em consideração as exigências éticas próprias do processo de investigação.

A base de dados foi construída e analisada quantitativamente através dos recursos estatísticos do Microsoft Excel®. Na abordagem qualitativa, a metodologia utilizada foi a análise de conteúdo, segundo as indicações de Bardin (1977).

3. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Foram distribuídos 31 questionários à equipa de enfermagem do SUPed, tendo obtido a participação de 17 enfermeiros que incluem a amostra à qual se referem os resultados apresentados.

A presente descrição, acompanhada dos seguintes quadros e gráficos, pretende caracterizar sucintamente a amostra de participantes em relação ao género, idade, formação académica, experiência profissional, tempo de serviço em pediatria e tempo de exercício profissional especificamente neste SUPed.

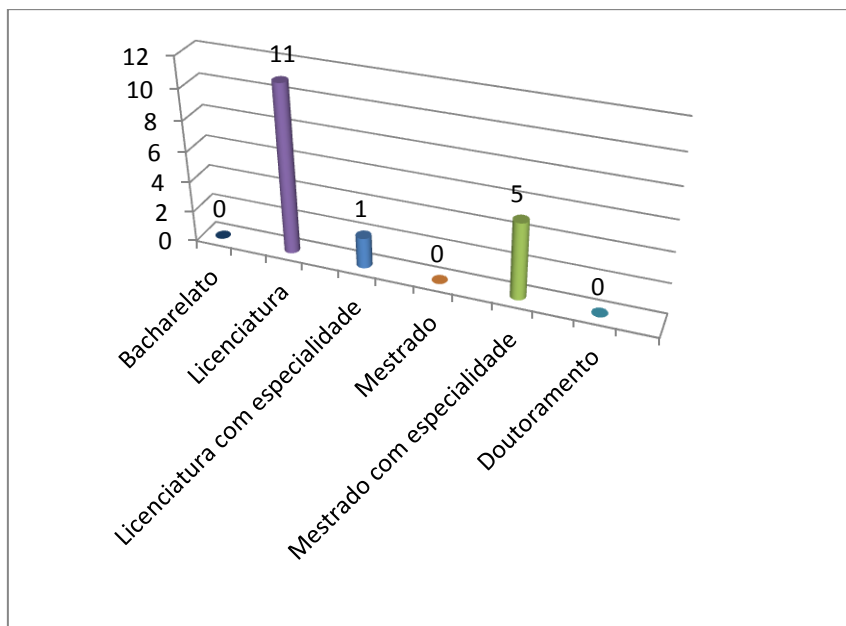
A amostra foi constituída por 10 (59%) enfermeiras e 7 (41%) enfermeiros, com intervalo de idades entre os 28 anos e os 53 anos, sendo a média das idades 33,69 anos. O grupo etário modal situa-se entre os 30 e os 39 anos (N=12, 75,00%), sendo que um dos enfermeiros não identificou a idade (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos participantes segundo o grupo etário (N=16)

Idades	N	%
20-29 anos	3	18,75
30-39 anos	12	75,00
40-49 anos	0	0
50-59 anos	1	6,25
Total	16	100,00

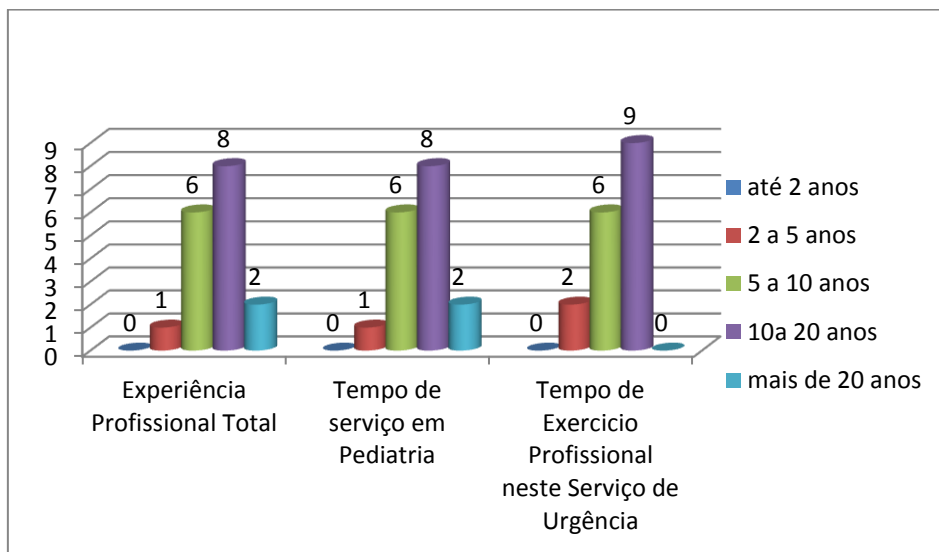
Relativamente à formação académica, a maioria (N= 11, 64,71%) dos enfermeiros são licenciados, 5 (29,41%) possuem mestrado com especialidade e 1 (5,88%) com licenciatura com especialidade (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo a formação acadêmica



Ao nível da experiência profissional, como se pode observar no gráfico 2, 8 dos enfermeiros (47,06%) tem entre 10 a 20 anos de profissão, de tempo de exercício profissional na área da Pediatria e 9 possuem tempo idêntico de exercício profissional no serviço de urgência pediátrica, sendo a maioria (52,94%). Não há nenhum enfermeiro com menos de 2 anos de experiência profissional.

Gráfico 2: Distribuição dos participantes segundo a experiência profissional



4. APRESENTAÇÃO E BREVE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

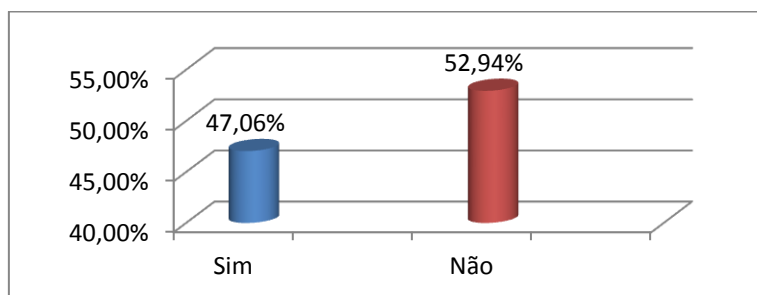
Tal como referido, este questionário pretende conhecer e analisar as preocupações e dificuldades da equipa de enfermagem de um SUPed de referência no atendimento ao adolescente nesse serviço. Incluindo a identificação das necessidades de formação dos enfermeiros nesta área.

Formação do enfermeiro na área da adolescência

Do total de participantes, a maioria (52,94%) afirmou não ter formação na área da adolescência ao longo do seu tempo de exercício profissional, enquanto 8 (47,06%) responderam afirmativamente (Gráfico 3).

A formação distribuiu-se em diversos temas, sejam: Suicídio, Desenvolvimento, aspetos Ético-Legais, Casos Sociais, Perturbações alimentares, Doença Crónica e Sexualidade.

Gráfico 3: Distribuição dos participantes relativamente à formação na área da adolescência



Necessidades de formação no âmbito do atendimento ao adolescente

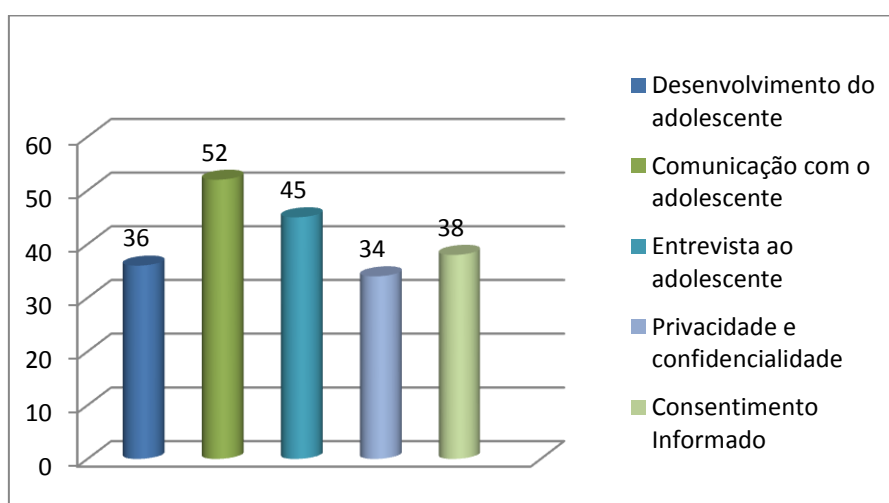
A maioria (N=13, 76,47%) dos enfermeiros consideraram sentir necessidade de formação no âmbito do atendimento ao adolescente.

Quinze (88,24%) enfermeiros responderam à questão ao nível da necessidade de formação, face aos temas propostos, sendo pedido para referirem a prioridade numa escala de 5 pontos, (de 0=nada prioritário a 5=muito prioritário), para cada um dos temas. Realçou-se a Comunicação com o Adolescente, como o

tema globalmente mais pontuado, seguido da Entrevista ao Adolescente, do Consentimento Informado, do Desenvolvimento do Adolescente e da Privacidade e Confidencialidade, como se pode observar no gráfico 4.

Dois participantes atribuem prioridade 4 e 5 respetivamente a áreas temáticas não propostas no questionário (em “outras”), tais como Hábitos e Consumos de Substâncias Nocivas.

Gráfico 4: Distribuição dos participantes relativamente às áreas temáticas de formação necessária no âmbito do atendimento ao adolescente



Quanto às perguntas abertas, procedeu-se à análise qualitativa das respostas e, a partir das unidades de registo, encontraram-se os indicadores, posteriormente agrupados em subcategorias e categorias, sendo estas: *Perceção do Enfermeiro sobre as dificuldades do adolescente num serviço de urgência pediátrica*, *Perceção do enfermeiro sobre as dificuldades do adolescente quando internado em SO*, e *Dificuldades do enfermeiro no atendimento ao adolescente*. Dada interligação entre as categorias no que respeita ao atendimento ao adolescente, algumas subcategorias repetem-se em várias categorias.

Em seguida apresenta-se a descrição da análise temática realizada aos dados recolhidos dos questionários.

Perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades do adolescente num serviço de urgência pediátrica

Segundo a perceção dos enfermeiros, como se observam as dificuldades sentidas pelos adolescentes neste SUPed, prendem-se maioritariamente com as questões da Privacidade e da Confidencialidade, referidas respetivamente por 8 (47,08%) e 6 (35,29%) dos participantes, justificado por um dos enfermeiros pelas características do local:

“pela estrutura física do mesmo, por vezes a falta de privacidade” (E3).

Como se pode observar na tabela 2, a privacidade surge como dificuldade acrescida, referenciada pela maioria dos enfermeiros 14 (82,35%), quando os adolescentes ficam internados em Sala de Observações (SO) do mesmo serviço, sendo também justificado por 6 enfermeiros pelas características do local:

“dificuldade na manutenção da sua intimidade, estar num local sem grandes condições para ele”(E4).

A dificuldade dos adolescentes ao nível da comunicação quando recorrem ao SUPed foi percecionada por cerca de um terço (35,29%) dos enfermeiros. Especificamente, um enfermeiro homem, refere-se às diferenças de género, quando o adolescente fica internado em SO:

“relação género do utente vs género do prestador de cuidados”(E17).

Tabela 2: Categoria: Perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades dos adolescentes quando recorrem ao SUPed e quando ficam internados em SO

Subcategorias	Indicadores	Serviço de Urgência		Internamento em SO	
		F	%	F	%
Privacidade e Confidencialidade	Privacidade	8	47,06%	14	82,35%
	Confidencialidade	6	35,29%	2	11,76%
Características do local	Instalações desadequadas	4	23,53%	3	17,65%
	Partilha do espaço com crianças de outras faixas etárias	2	11,76%	3	17,65%
Relacionamento com o profissional de saúde	Comunicação	6	35,29%	1	5,88%
	Diferença de género entre profissional e adolescente no atendimento			1	5,88%
Motivos de Procura	Problema psiquiátrico	1	5,88%		
	Desconhecimento sobre cuidados de saúde	1	5,88%		

Dificuldades do enfermeiro no atendimento ao adolescente

No que se refere às dificuldades do enfermeiro no atendimento ao adolescente, 7 (41,18%) participantes identificam como dificuldade a inadequação da estrutura física do serviço de urgência, como se pode observar na tabela 3.

As dificuldades do enfermeiro na subcategoria Relação e comunicação, predem-se com as questões da falta de condições para proporcionar a privacidade necessária e a comunicação com o adolescente, referidas igualmente por 4 (23,53%) participantes.

Tabela 3: Categoria: *Dificuldades do enfermeiro no atendimento ao adolescente*

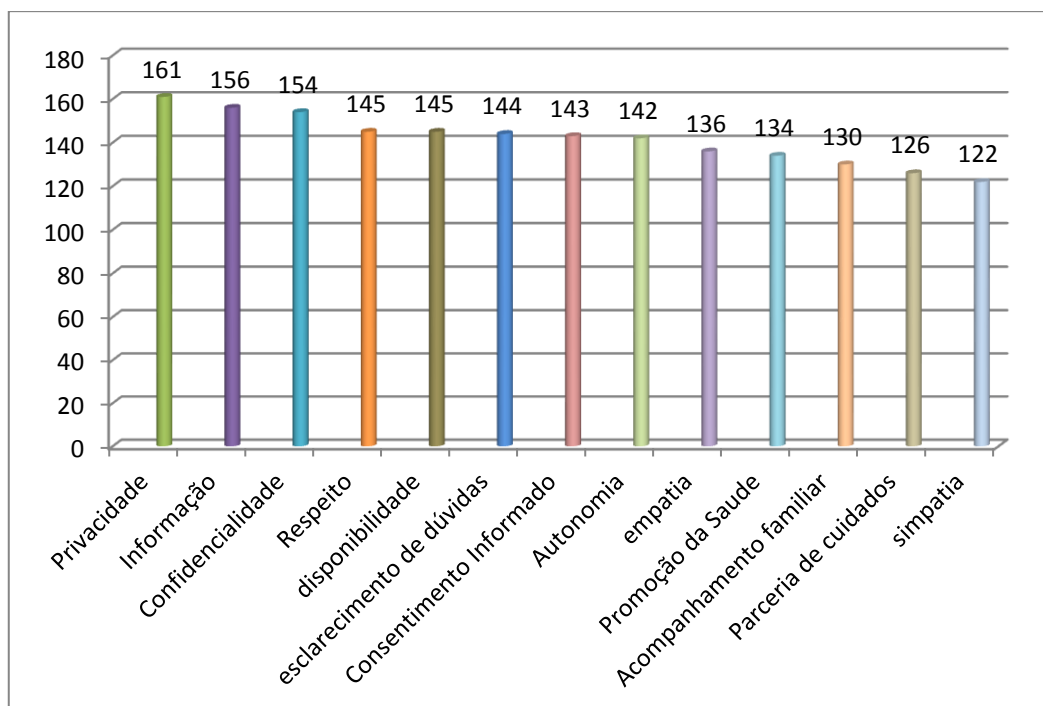
Subcategorias	Indicadores	Enfermeiros (N=17)	
		F	%
Características do local	Inadequação da estrutura física	7	41,18
	Partilha do espaço	1	5,88
Enquadramento Legal	Não acompanhamento familiar	2	11,76
Conhecimento	Falta de formação	1	5,88
	Privacidade	4	23,53
Intervenções de Enfermagem	Comunicação	4	23,53
	Adequação dos cuidados ao nível de desenvolvimento	2	11,76
	Falta de tempo/disponibilidade	2	11,76

Grau de importância atribuída pelos enfermeiros aos aspetos do atendimento

Quando questionados acerca da importância e prioridade que os enfermeiros atribuem a alguns aspetos do atendimento ao adolescente, numa lista de 13 aspetos, com uma escala de 1 a 10 pontos (nada importante a muitíssimo importante), foi evidente nas suas respostas a importância da Privacidade, com o maior número de pontuação atribuída, seguida da Informação sobre Tratamentos e Procedimentos e da Confidencialidade (Gráfico 5).

Tendo em conta os 10 pontos considerados na escala de Likert, o limite máximo de pontuação perspectivado será de 170 e o mínimo de 17. O aspeto menos valorizado correspondeu à Simpatia, ainda assim com um total de 122 pontos.

Gráfico 5: Distribuição das respostas por grau de importância no Atendimento



Avaliação e justificação do atendimento ao adolescente no serviço de urgência pediátrica

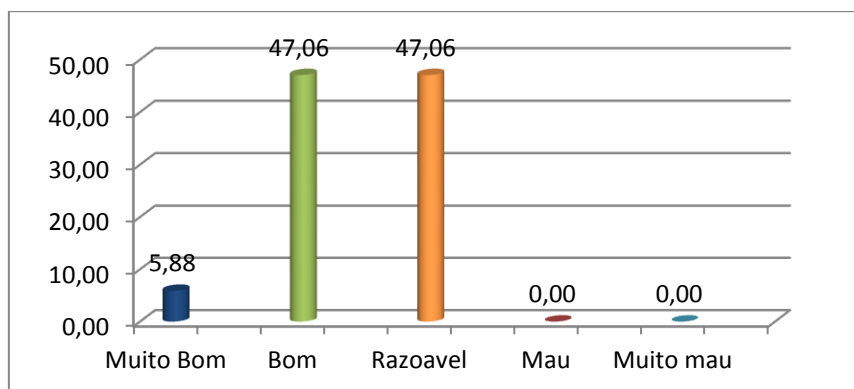
A maior parte dos enfermeiros considera o atendimento ao adolescente neste SUPed, entre o Razoável (N=8, 47,06%) e o Bom (N=8, 47,06%) e apenas 1 (5,88%) o considera Muito Bom (Gráfico 6).

Os participantes justificam a sua avaliação de Bom pela capacidade de adequação dos cuidados e manutenção dos princípios éticos considerados como dificuldades, tendo em conta a influência das instalações físicas do serviço, e com “*equipa multidisciplinar bastante dinâmica, acessível, disponível*” (E16).

Justificam a sua avaliação de Razoável pela existência de falta de privacidade, de juízos de valor e de más condições físicas.

O único enfermeiro que avaliou o atendimento de Muito Bom refere como justificação a “*equipa dinâmica, disponível, jovem e maioritariamente alerta para os problemas dos jovens*” (E17).

Gráfico 6: Avaliação do atendimento ao adolescente segundo os enfermeiros



Os resultados deste questionário revelam preocupação e enorme importância atribuída pelos enfermeiros à privacidade e à confidencialidade no atendimento ao adolescente neste SUPed. A privacidade está presente nas respostas em quase todas as questões, e é considerada como uma das dificuldades do adolescente no SUPed, nomeadamente em internamento em SO, assim como a maior dificuldade dos enfermeiros no atendimento.

O estudo de Britto, Tivorsak e Slap (2010) confirma que os adolescentes desejam e valorizam os aspetos da privacidade nos cuidados de saúde, salientando a “privacidade informacional” (ou confidencialidade), no entanto, todas as outras dimensões da privacidade (psicológica, social, física) afetam a sua experiência nos serviços de saúde e a própria vontade de participar nos cuidados.

As características inadequadas do local de atendimento, sendo outra das dificuldades percebidas pelos enfermeiros poderão justificar a dificuldade na manutenção da privacidade do adolescente.

Segundo Fonseca (2012, p.107) o serviço de urgência é “o pior local para ver adolescentes, tanto por limitações que decorrem do próprio espaço físico que habitualmente não garante a privacidade, como pela falta de tempo e disponibilidade dos profissionais de saúde”, salvaguardando apenas o anonimato, ao contrário dos participantes do questionário.

Embora a Privacidade e a Confidencialidade sejam bastante valorizadas nas respostas ao questionário, inclusive como dificuldade do enfermeiro, não são consideradas como prioritárias a outros temas no que respeita à formação futura,

mesmo considerando que a maioria dos participantes não tem formação anterior específica na área da adolescência.

Por outro lado, a comunicação com o adolescente, foi a área temática mais identificada para formação concordante com possíveis dificuldades sentidas pelos adolescentes no serviço de urgência e pelos enfermeiros no atendimento ao adolescente.

Ao nível da eficácia do serviço, a avaliação do atendimento ao adolescente não é unânime, mas revela-se tendencialmente positiva, cujas justificações são concordantes com as respostas anteriores.

CONCLUSÃO

A saúde dos adolescentes é considerada uma prioridade e o profissional de saúde que deles cuida procura, a partir da perspectiva da qualidade, adequar as suas intervenções às necessidades de desenvolvimento, de saúde e de atendimento dos adolescentes, favorecendo a proteção e melhoria da sua saúde e bem-estar (OMS, 2002).

A privacidade é considerada fundamental na dimensão da aceitabilidade de um serviço de saúde potencialmente amigo do adolescente, sugerindo-se a elaboração de um estudo dirigido aos adolescentes sobre a sua percepção e avaliação da privacidade neste serviço.

Alterações na estrutura física deste SUPed e o reequacionamento de alguns aspetos relacionais do atendimento, associado à constante atualização profissional poderão melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao adolescente no que respeita à acessibilidade, adequabilidade e eficácia de um serviço apropriado às necessidades dos adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Britto, M. T.; Tivorsak, T. L. & Slap, G. B. (2010). Adolescents' Needs for Health Care Privacy. *Pediatrics*, 126 (6), e1469—e1476. DOI:10.1542/peds.2010-0389.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação. Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castanheira, J. (2006). Adolescentes: que respostas? In Santos, L. (coord.). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. (pp.44-46). Lisboa: IAC.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. (Vol II). Lisboa: DGS. Acedido a 07-11-2012. Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: www.dgs.pt
- Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes. Um desafio para Pais e Educadores*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Machado, M. V. P. & Zagonel, I. P. S. (2003). O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, 8 (2), 26-33. Acedido a 29-04-2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1691/1399>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Vol.1 (Cadernos OE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization. Acedido 21-11-2012.

Disponível em:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2009). *Requisitos Para o Atendimento ao Adolescente. Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria.* Disponível em:
http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Medicina_Adolescente/requisitos_atend_adolescente_spa-spp.pdf

Staa, A. L.; Jedeloo, S. & Stege, H. (2011). "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Preference and Adherence. Dove Medical Press, Ltd.* 291-305. Acedido a 15-12-2012. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140311/pdf/ppa-5-291.pdf>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário aplicado aos enfermeiros do SUPed-y



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Caro colega

Atualmente frequento o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e neste momento estou a estagiar neste serviço. O meu Projeto de Estágio intitula-se “*O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde*”, inserido na unidade curricular Estágio com Relatório do curso supracitado.

Considero primordial promover a qualidade do atendimento ao adolescente, para o qual devemos estar atentos às suas necessidades de atendimento, qualquer que seja o contexto da prática. Contudo, os contextos de internamento e particularmente os de urgência, associados à condição de doença, implicam frequentemente situações de maior stresse e sofrimento para o adolescente e família.

Sendo o Hospital [REDACTED], a unidade de saúde de referência em pediatria, para a zona sul do país e ilhas, solicito a sua colaboração para o preenchimento de um breve questionário, com o intuito de conhecer as principais preocupações dos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica, relativamente ao atendimento do adolescente.

Realça-se a extrema importância da sua colaboração e a necessidade de responder com sinceridade, assegurando-se que será mantida a confidencialidade e o anonimato.

A aplicação do questionário decorrerá entre 25 e 27 de Janeiro de 2014. O conjunto dos resultados será apresentado e disponibilizado ao serviço.

Muito Obrigada, desde já pela sua colaboração e disponibilidade.

Maria Inês Serrão

(mariaserrao@campus.esel.pt)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Caro colega, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, com o intuito de conhecer as principais preocupações dos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica, relativamente ao atendimento do adolescente.

Realça-se a extrema importância da sua colaboração e a necessidade de responder com sinceridade, assegurando-se que será mantida a confidencialidade e o anonimato. O conjunto dos resultados será apresentado e disponibilizado ao serviço.

Questionário

Sexo : M F Idade: _____ (anos)

Formação académica:

- Bacharelato Licenciatura Licenciatura com especialidade
 Mestrado Mestrado com especialidade Doutoramento

Experiência Profissional:

- <2 anos 2 a 5 anos 5 a 10 anos 10 a 20 anos >20 anos

Tempo de serviço em pediatria:

- <2 anos 2 a 5 anos 5 a 10 anos 10 a 20 anos >20 anos

Tempo de exercício profissional neste serviço de Urgência Pediátrica:

- <2 anos 2 a 5 anos 5 a 10 anos 10 a 20 anos >20 anos

1. Ao longo do seu tempo de exercício profissional tem efetuado formação na área da adolescência?

- Sim Não

Se sim, quais os temas? _____

2. Actualmente sente necessidade de formação no âmbito do atendimento ao adolescente?

- Sim Não

Se sim, assinale com uma X por ordem de prioridade, qual/quais a(s) área(s) temática(s) onde sente essa necessidade? Considerando a escala de 0 =Nada prioritário a 5 =Muito Prioritário.

	0	1	2	3	4	5
Desenvolvimento do adolescente						
Comunicação com o adolescente						
Entrevista ao adolescente						
Privacidade e Confidencialidade						
Consentimento informado						
Outra, qual? _____						

**O Atendimento ao Adolescente num Serviço de Urgência Pediátrica:
preocupações e dificuldades de um grupo de enfermeiros do SUPed-y**

3. Em sua opinião, quais são as maiores dificuldades para o adolescente quando procura este serviço de urgência pediátrica?

4. Quais as maiores dificuldades para o adolescente quando fica internado (em SO) neste serviço?

5. Pensando no atendimento ao adolescente neste serviço de urgência, qual o grau de importância que atribui a cada um dos aspectos apresentados:

Considerando a escala de **1 =Nada Importante a 10 =Muitíssimo Importante**, assinale com uma X a sua opinião, tentando que fiquem claras algumas das suas prioridades.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acompanhamento familiar										
Privacidade										
Confidencialidade										
Consentimento informado										
Promoção da saúde										
Parceria de cuidados										
Empatia										
Respeito										
Autonomia										
Disponibilidade										
Simpatia										
Esclarecimento de dúvidas										
Informação sobre tratamentos e procedimentos										

6. Quais as principais dificuldades que sente, como enfermeira/o, no atendimento ao adolescente neste serviço?

7. De forma geral, como avalia o atendimento ao adolescente neste serviço de urgência pediátrica?

- Muito bom Bom Razoável Mau Muito mau
 sem opinião/não responde

Se possível, Justifique:

Muito Obrigada pela sua colaboração.
Maria Inês Serrão

Apêndice 2 – Autorização de enfermeiro-chefe do SUPed-y

O Atendimento ao Adolescente num Serviço de Urgência Pediátrica: preocupações e dificuldades de um grupo de enfermeiros do SUPed-y

Ao Exmo. Sr. Enfermeiro Chefe _____,
do Serviço de Urgência Pediátrica
do Hospital _____

Maria Inês Pereira Serrão, enfermeira no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital _____, atualmente a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem solicitar a V. Exª a aplicação de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital _____, no âmbito do seu Projeto de Estágio intitulado “*O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde*”. Este projecto insere-se na unidade curricular Estágio com Relatório do curso supracitado.

Considero primordial promover a qualidade do atendimento ao adolescente, para o qual devemos estar atentos às suas necessidades de atendimento, qualquer que seja o contexto da prática. Contudo, os contextos de internamento e particularmente os de urgência, associados à condição de doença, implicam frequentemente situações de maior stresse e sofrimento para o adolescente e família. É neste contexto que surge o meu projecto.

Sendo o Hospital _____, a unidade de saúde de referência em pediatria, para a zona sul do país e ilhas, com ampla experiência e conhecimento no atendimento de crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias, considero importante para a minha pesquisa e para a minha aprendizagem conhecer as principais preocupações dos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica, relativamente ao atendimento do adolescente e família.

Quanto à aplicação do instrumento de recolha de dados que solicito, trata-se de um questionário com perguntas abertas e fechadas, a ser aplicado de 23 a 29 de Janeiro aos referidos enfermeiros, assegurando-se que será mantida a confidencialidade e o anonimato. O conjunto dos resultados será disponibilizado ao serviço caso seja manifestado esse interesse.

Junto envio respetivo questionário a aplicar aos enfermeiros.

Agradecendo desde já a atenção que V. Exª possa dispensar a este pedido de colaboração.

Pede deferimento

Maria Inês Serrão - (mariaserrao@campus.esel.pt)

23 de Janeiro de 2014

23/1/2014

Enfermeiro Chefe

Concordo mas ressalto
que os dados recolhidos
gerem um trabalho a
ser apresentado aos
profissionais de urgência
e apenas circunscrito aos
mesmos

**Apêndice XXI – Estudo 3: O Atendimento ao Adolescente num Serviço de
Urgência Pediátrica: preocupações, necessidades e sugestões dos
enfermeiros do SUPed-x**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

3º Semestre

**O Atendimento ao Adolescente num Serviço de
Urgência Pediátrica: preocupações,
necessidades e sugestões dos enfermeiros do
SUPed-x**

Discente:

Maria Inês Pereira Serrão

Docente Orientador:

Professora Maria da Graça Vinagre

Enfermeira de Referência:

M. J. L.

Lisboa

Fevereiro de 2014

Lista de abreviaturas e siglas

DGS - Direção-Geral da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUPed – Serviço de Urgência Pediátrica

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	4
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
2. MÉTODO	7
3. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	9
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	11
5. BREVE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Questionário aplicado aos enfermeiros do SUPed-x	

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo a experiência profissional	10
Gráfico 2: Distribuição dos participantes relativamente à avaliação do atendimento ao adolescente	19
Gráfico 3: Distribuição dos participantes relativamente à formação na área da adolescência	21
Gráfico 4: Distribuição dos participantes relativamente às áreas temáticas de formação necessária	22
Gráfico 5: Distribuição dos participantes relativamente a sugestão de outras áreas temáticas para formação	22

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1: Distribuição dos participantes segundo o grupo etário (N=19)	10
Tabela 2: Grelha de análise das categorias e subcategorias emergentes	12
Tabela 3: Categoria: Impacto do alargamento da Idade Pediátrica	14
Tabela 4: Categorias: Preocupações e Dificuldades do enfermeiro no atendimento ao adolescente no SUPed - Comparação dos indicadores por Subcategorias	16
Tabela 5: Categorias: Perceção do enfermeiro relativamente às dificuldades dos adolescentes quando recorrem a este SUPed e quando estão internados no SUPed - Comparação dos indicadores por Subcategorias	18
Tabela 6: Distribuição dos participantes relativamente à formação realizada na área da adolescência	21

INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada um dos períodos mais importantes do ciclo de vida e um dos mais saudáveis, é um período de oportunidades, mas também de elevada exposição a riscos e pressões externas, onde a promoção da saúde e a prevenção e tratamento da doença assumem particular importância (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2004; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012).

O adolescente encontra-se numa transição desenvolvimental que, embora sendo uma normal e saudável fase da vida, é um período de grandes mudanças, face a um conjunto de oportunidades e riscos, onde simultaneamente poderão ocorrer outros tipos de transição, nomeadamente a transição de saúde-doença, elevando a sua vulnerabilidade (Machado e Zagonel, 2003).

Segundo Fonseca (2012, p.107), os adolescentes recorrem pouco aos serviços de saúde e “habitualmente, vão resolvendo os seus problemas agudos de saúde a nível dos serviços de urgência”. Os contextos de urgência, associados à condição de doença, implicam frequentemente situações de maior stresse e sofrimento para o adolescente e família, e, por outro lado, o alargamento, relativamente recente, da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento até aos 17 anos e 364 dias coloca as organizações de saúde em geral, e os profissionais de saúde em particular, perante novos desafios revelando-se necessário refletir sobre a sua intervenção face ao atendimento dos jovens.

Com o objetivo de identificar e compreender as principais preocupações e as necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família, assim como conhecer possíveis sugestões para melhoria do atendimento num serviço de urgência pediátrica (SUPed), foi elaborado e aplicado um questionário aos enfermeiros, que facilitasse este entendimento e fornecesse dados no sentido de melhorar a qualidade de cuidados e a satisfação das necessidades de atendimento dos adolescentes nesse serviço.

O presente documento apresenta uma síntese dos principais resultados obtidos

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O adolescente, compreendido dentro do grupo etário dos 10 aos 19 anos, deve ser encarado como um cidadão pleno de direitos e o principal ator na promoção e construção da sua saúde, devendo os serviços de saúde dar enfoque a um atendimento específico que abarque todas as suas mudanças e necessidades individuais, de forma integrada, num ambiente adequado (DGS, 2013; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010; OMS, 2002; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2009).

O atendimento em saúde dos adolescentes é uma área em desenvolvimento, embora de uma forma lenta e gradual em Portugal, sendo necessário aumentar a resposta do setor da saúde, no sentido de proporcionar o atendimento a todos os adolescentes em ambiente pediátrico, de acordo com as orientações nacionais e internacionais, por forma a contribuir para o seu pleno desenvolvimento (Castanheira, 2006; OE, 2010).

Os princípios de atendimento ao adolescente, divulgados recentemente pela DGS, para o atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), são concordantes com os critérios da OMS, incluindo: a acessibilidade facilitada, a flexibilidade no modelo do atendimento, a privacidade, a confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e a participação ativa dos próprios (2013, p.114).

Estes princípios convergem nos principais princípios éticos orientadores da OE (2010, p.19) para o atendimento ao adolescente, sejam: o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

Também na perspetiva da SPP, um serviço ideal de atendimento deve fornecer uma abordagem holística, centrada no adolescente, despreconceituada, confidencial, gratuita, com o menos tempo de espera possível e que envolva os adolescentes (SPP, 2009).

É consensual considerar que a qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes, mediante a aplicação dos princípios da boa prática e com a

salvaguarda do funcionamento humanizado dos serviços, tem impacto positivo nos resultados clínicos obtidos, na própria vida dos utilizadores, e permite criar condições para que o episódio/ o acontecimento em causa represente o menor dano possível, em termos afetivos e psicossociais (Castanheira, 2006; OE, 2010; Staa, Jedeloo e Stege, 2011).

2. MÉTODO

A problemática deste estudo insere-se na qualidade do atendimento ao adolescente no SUPed, neste sentido, questionamo-nos sobre as preocupações e necessidades dos enfermeiros relativamente ao atendimento do adolescente e família neste serviço, e mudanças necessárias para a melhoria da qualidade do referido atendimento.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem quanti-qualitativa, onde participaram 19 enfermeiros. Utilizou-se uma técnica não probabilística de amostragem de conveniência, constituída por “um grupo de indivíduos que esteja disponível” do qual se podem obter informações preciosas (Carmo e Ferreira, 1998, p. 197).

Os dados foram recolhidos através de um questionário, elaborado especificamente para o estudo, contendo perguntas abertas e fechadas sobre o atendimento ao adolescente (Apêndice I). O questionário foi aplicado durante o período de 10 a 24 de Janeiro de 2014.

O método por questionário é aconselhado, segundo Quivy e Campenhoudt (1998), quando se pretende, conhecer uma população (modos de vida, costumes, comportamentos, valores e opiniões), sendo que as vantagens neste método prendem-se com a possibilidade de quantificar dados e proceder a relações entre eles, estando ciente das suas limitações, relacionadas com a superficialidade das respostas, por não permitirem algumas análises, ou por não terem em conta a individualidade dos entrevistados.

Para verificar se as questões do questionário eram compreensíveis e apropriadas ao que pretendíamos estudar, foi realizado um pré-teste a enfermeiros em condições idênticas aos da amostra, revelando-se a adequabilidade do questionário, pelo que não houve alterações nas questões.

Para além da parte introdutória do questionário, aquando da sua distribuição os participantes foram informados oralmente, de uma forma breve, acerca do objetivo e natureza do estudo, tendo-lhes sido reforçada a confidencialidade e o

anonimato, tendo em consideração as exigências éticas próprias do processo de investigação. Após o preenchimento do questionário cada participante colocava-o num envelope fechado, colocado no serviço para o efeito, assinalando numa lista a sua entrega. Na véspera de terminar o prazo de aplicação dos questionários foi enviado um e-mail aos enfermeiros do SUPed, agradecendo a sua colaboração e disponibilidade, e lembrando a data final e local de entrega dos questionários preenchidos, para os enfermeiros que não tiveram essa disponibilidade mas que pretendiam ainda contribuir para o estudo.

Previamente à análise dos dados, os questionários foram enumerados de E1 a E19 para posterior referência. A base de dados foi construída e os dados foram analisados quantitativamente através dos recursos estatísticos do Microsoft Excel®. Na abordagem qualitativa, o referencial metodológico utilizado foi a análise de conteúdo, segundo as indicações de Bardin (1977).

3. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

A equipa de enfermagem do SUPed é constituída mensalmente por 9 elementos, no entanto esta equipa está integrada na equipa global de enfermagem do Serviço de Pediatria, sendo 20 o número correspondente aos enfermeiros que podem prestar cuidados no SUPed por estarem integrados e/ou possuírem o Curso de Triagem de Manchester, modelo de triagem utilizado no referido serviço. Neste questionário participaram 19 elementos da equipa de enfermagem (correspondente a 100% do número de questionários distribuídos), que incluem a amostra à qual se referem os resultados apresentados. Embora inicialmente o questionário apresentasse uma questão relativamente à identificação do género, esta foi retirada da análise, porque apenas dois elementos são do género masculino, e neste sentido eliminou-se o risco de quebra de anonimato durante a apresentação dos resultados.

A presente descrição, acompanhada dos seguintes quadros e gráficos, pretende caracterizar sucintamente a amostra de participantes em relação à idade, formação académica, experiência profissional, tempo de serviço em Pediatria e tempo de exercício profissional em específico neste serviço urgência pediátrica.

A amostra foi constituída por enfermeiros, com intervalo de idades entre os 26 anos e os 51 anos, com uma média das idades de 36,1 anos. O grupo etário modal situa-se entre os 30 e os 39 anos, como se pode verificar no Tabela 1.

Como se observa no referido quadro, 26,32% dos participantes tinham idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos e de forma idêntica entre 40 e 49 anos, situando-se a maior percentagem (36,84%) na faixa etária dos 30 aos 39 anos, e a menor (10,53%), acima dos 50 anos.

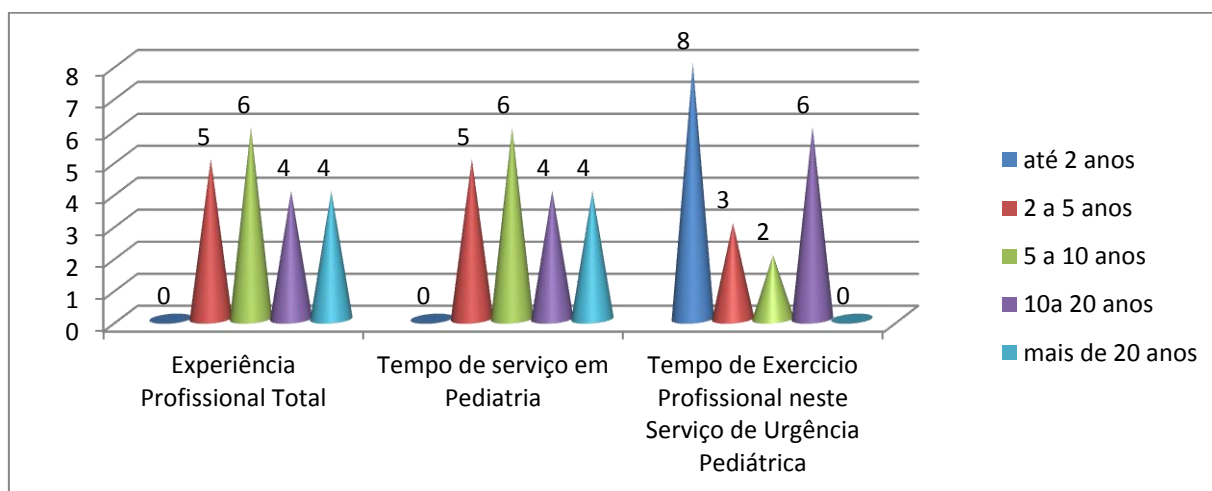
Tabela 1: Distribuição dos participantes segundo o grupo etário (N=19)

Idades	N	%
20-29 anos	5	26,32
30-39 anos	7	36,84
40-49 anos	5	26,32
50-59 anos	2	10,53
Total	19	100

Relativamente à formação académica, a maioria (N= 16, 84,21%) dos enfermeiros são licenciados e 3 (15,79%) possui mestrado.

Ao nível da experiência profissional, como se pode verificar no seguinte gráfico, 6 dos enfermeiros (31,58%) possuem entre 5 a 10 anos de profissão, com igual valor no tempo de exercício profissional na área da Pediatria. Mas no que respeita ao tempo de exercício profissional no SUPed, a que este estudo se refere, verifica-se que cerca de 8 dos enfermeiros (42%) dos enfermeiros exerce funções neste serviço há menos de 2 anos.

Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo a experiência profissional



4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tal como referido, este questionário pretende conhecer e compreender o significado que a equipa de enfermagem de um SUPed atribui ao atendimento ao adolescente e família nesse serviço, especificamente no que se refere às suas principais preocupações e necessidades, assim como possíveis sugestões de melhoria. Em seguida apresenta-se a descrição dos dados decorrentes da análise de conteúdo.

Pela análise dos dados recolhidos, a partir das unidades de registo, foram encontrados os indicadores, posteriormente agrupados em subcategorias e categorias. Dada interligação entre as categorias no que respeita ao atendimento ao adolescente, algumas subcategorias repetem-se em várias categorias, conforme se pode verificar na tabela 2.

Na referida tabela é apresentada a frequência de participantes relativamente a cada subcategoria encontrada.

A subcategoria organização e funcionamento do serviço foi apontada maioritariamente por 73,68% dos enfermeiros como sendo impacto do alargamento da idade pediátrica até aos 17 anos e 365 dias neste SUPed.

Também a subcategoria organização, mas associada à estrutura física foi evidenciada como dificuldade do adolescente quando recorre a este SUPed e quando fica internado neste serviço, por 94,74% dos enfermeiros.

Ao nível das preocupações e dificuldades dos enfermeiros no atendimento ao adolescente, é a subcategoria Relação/comunicação que apresenta a maioria das referências, por 84,21% dos participantes.

**O Atendimento ao Adolescente num Serviço de Urgência Pediátrica:
preocupações, necessidades e sugestões dos enfermeiros do SUPed-x**

Tabela 2:Grelha de análise das Categorias e subcategorias emergentes

Categoria	Subcategoria	Enfermeiros N=19	
		F	%
Impacto do Alargamento da Idade Pediátrica	Organização e funcionamento do serviço	14	73,68
	Motivos de procura do serviço	7	36,84
	Conhecimento e experiência dos enfermeiros	3	15,79
	Intervenções de Enfermagem	4	21,05
	Relação com o adolescente	2	10,53
Preocupações e Dificuldades do enfermeiro no atendimento ao adolescente no SUPed	Estrutura física e recursos humanos	9	47,37
	Motivos de procura do serviço	3	15,79
	Conhecimento e experiência dos enfermeiros	5	
	Relação/Comunicação com o adolescente	18	94,74
Perceção do enfermeiro relativamente às dificuldades dos adolescentes quando recorrem e quando estão internados no SUPed	Organização e estrutura física	16	84,21
	Relação/comunicação	11	57,89
	Sentimentos e atitudes dos adolescentes	9	47,37

Apresentam-se agora os dados por categoria com as respetivas subcategorias e indicadores, onde é exposta a frequência de participantes relativamente a cada indicador.

Impacto do alargamento da idade pediátrica até aos 17 anos e 364 dias

A maioria dos enfermeiros faz referência a aspetos relacionados com a Organização e funcionamento do serviço, como se pode verificar na Tabela 3, nomeadamente a maior parte (N=10, 52,63%) refere o aumento da afluência de utentes ao serviço, 4 (21,05%) refere um aumento do volume de trabalho, mas apenas 1 associa na sua resposta, o aumento da afluência ao aumento do trabalho, e outro associa o aumento da afluência ao aumento do tempo de espera para o atendimento:

“aumenta a afluência à urgência pediátrica e conseqüentemente o trabalho para o enfermeiro prestador de cuidados” (E1)

Ainda dentro desta subcategoria, 5 (26,32%) participantes referem a necessidade de uma adequação/aumento dos recursos humanos relativamente ao aumento da afluência ou do trabalho, enquanto que 15,79% dos participantes revelam que as instalações não estavam projetadas para receber os adolescentes mais velhos:

“veio aumentar o volume de trabalho (...), mas é pena o serviço não ter estruturalmente condições específicas para esta faixa etária” (E14)

Conforme se observa na tabela 3, a segunda subcategoria mais referida no que respeita ao impacto do alargamento da idade pediátrica neste serviço foi Motivos de procura do serviço, com novas problemáticas/patologias por 5 (26,32%) participantes, e igual número especificam os distúrbios Psíquicos/psiquiátricos:

“começam a surgir situações que antes não existiam (gravidez/IVG, crises de ansiedade/angústia, etc) que antes eram raras e para os quais as instalações e os profissionais não estão preparados” (E11).

Apenas 4 (21,05%) participantes revelam ter sido necessária a adaptação dos cuidados à especificidade da patologia e faixa etária, dentro das Intervenções de enfermagem, sendo que o Conhecimento e experiência dos enfermeiros e a Relação também foram pouco referidas no impacto no alargamento da idade pediátrica naquele serviço.

**O Atendimento ao Adolescente num Serviço de Urgência Pediátrica:
preocupações, necessidades e sugestões dos enfermeiros do SUPed-x**

Tabela 3: Categoria: Impacto do alargamento da Idade Pediátrica

Subcategorias	Indicadores	Enfermeiros (N=19)	
		F	%
Organização e funcionamento do serviço	Aumento da afluência de utentes	10	52,63
	Necessidade de adequação dos recursos humanos	5	26,32
	Aumento do volume de trabalho	4	21,05
	Necessidade de adequação da estrutura física	3	15,79
	Aumento do tempo de espera	1	5,26
Motivos de procura do serviço	Novas problemáticas/patologias	5	26,32
	Distúrbios psíquicos/psiquiátricos	5	26,32
	Gravidez/IVG	1	5,26
	Alcoolismo	1	5,26
Conhecimento e experiência dos enfermeiros	Experiência prévia inexistente	2	10,53
	Falta de preparação para novas situações	1	5,26
Intervenções de enfermagem	Adaptação dos cuidados à especificidade de patologias e faixa etária	4	21,05
Relação	Oportunidade de relacionamento	2	10,53

Preocupações e dificuldades do enfermeiro no atendimento ao adolescente num SUPed

Pela análise dos questionários, as dificuldades e preocupações dos enfermeiros no atendimento ao adolescente no SUPed revelam-se bastante semelhantes, tendo sido apuradas as mesmas subcategorias, no entanto, na subcategoria Relação/Comunicação com o adolescente, a mais referenciada, apresentam-se claras diferenças.

Como se pode observar na tabela 4, a maioria dos enfermeiros (N=11, 57,89%) refere a privacidade como preocupação no atendimento ao adolescente, o que não se reflete ao nível das dificuldades, referido apenas por 2 (10,53%). Por outro lado, dentro da mesma subcategoria, a comunicação e linguagem está mais evidente como dificuldade, em 31,58%, do que como preocupação, em 21,05% dos enfermeiros.

Há que salientar a dispersão das respostas nesta categoria, que são reveladoras de preocupações e/ou dificuldades específicas e de experiência individual dos enfermeiros no atendimento ao adolescente no SUPed:

“falta de colaboração da parte dos adolescentes” (E4),

“muitas vezes a necessidade de não estarem na presença dos pais para se poderem exprimir” (E6),

“gerir conflitos com familiares” (E9),

“saber o que valorizar quando existem discrepâncias entre as queixas do próprio e do adolescente” (E10).

Ao nível da subcategoria Estrutura física e recursos humanos, a segunda mais referenciada, as preocupações dos participantes dispersaram pela inadequação dos espaços e em igual número a sensação de falta de tempo para o atendimento (N=3, 15,79%), em que 1 (5,26%) a associa à falta de enfermeiros:

“o mais preocupante é a falta de privacidade, a falta de um espaço próprio” (E11).

**O Atendimento ao Adolescente num Serviço de Urgência Pediátrica:
preocupações, necessidades e sugestões dos enfermeiros do SUPed-x**

Tabela 4: Categorias: Preocupações e Dificuldades do enfermeiro no atendimento ao adolescente no SUPed - Comparação dos indicadores por Subcategorias

Subcategorias	Indicadores	Preocupações do Enfermeiro		Dificuldades do Enfermeiro	
		Enfermeiros (N=19)		Enfermeiros (N=19)	
		F	%	F	%
Estrutura física e recursos humanos	Inadequação dos espaços	3	15,79	1	5,26
	Falta de tempo	3	15,79	1	5,26
	Falta de meios lúdicos			1	5,26
	Falta de enfermeiros	1	5,26	1	5,26
	Inadequação do serviço às necessidades do adolescente	1	5,26		
Motivos de Procura do serviço	Distúrbios psíquicos/psiquiátricos	1	5,26	2	10,53
Conhecimento e experiência dos enfermeiros	Experiencia prévia inexistente	1	5,26	2	10,53
	Falta de preparação para a faixa etária	1	5,26		
	Falta de formação	1	5,26	1	5,26
	Necessidade de compreensão dos comportamentos de risco			1	5,26
Relação/ Comunicação com o adolescente	Privacidade	11	57,89	2	10,53
	Comunicação e linguagem	4	21,05	6	31,58
	Estabelecer a relação	2	10,53	2	10,53
	Adaptação dos cuidados à faixa etária	2	10,53	2	10,53
	Necessidade do adolescente estar sem a presença dos pais	1	5,26	1	5,26
	Valorização da queixa do próprio adolescente	1	5,26	1	5,26
	Lidar com adolescente não colaborante			2	10,53
	Gerir conflitos Familiares			1	5,26
	Controlar o choro do adolescente			1	5,26

Percepção dos enfermeiros sobre as dificuldades do adolescente quando procura e quando fica internado neste SUPed

Na percepção dos enfermeiros relativamente às dificuldades dos adolescentes, quer quando recorrem ao serviço de urgência pediátrica quer quando ficam internados no mesmo serviço, estas agrupam-se em 3 subcategorias semelhantes, como se pode observar na tabela 5.

Segundo os participantes, as dificuldades sentidas pelos adolescentes prendem-se maioritariamente na subcategoria Organização e estrutura física, pela necessidade de partilha do espaço com crianças mais novas (N=6, 31,58%), principalmente no serviço e pela falta de meios lúdicos (N=8, 42,11%) no internamento:

“a sala de espera ser pouco adequada e pequena tendo de partilhar o espaço com crianças pequenas”(E1),

“a falta de recursos para distração (TV, computador, net)” (E7).

A desadequação do espaço físico está mais presente no internamento (5, 26,32%) do que no serviço em geral (3, 15,59%):

“falta de camas para o seu tamanho” (E16).

No que respeita às dificuldades sentidas na Relação e comunicação, a privacidade é referida com mais evidência (N=6, 31,58%) no internamento neste serviço de urgência, embora com 15,59% dos participantes assinalem as questões da privacidade no serviço em geral, e em igual número a especificidade da exposição corporal, da verbalização na presença dos pais, e da dificuldade na comunicação:

“talvez partilharem o mesmo serviço que crianças, a exposição do corpo quando necessário e verbalizarem os seus problemas perante os pais”(E6).

Destro destas categorias, surge especificamente a subcategoria Sentimentos e atitudes dos adolescentes, apenas o medo é mencionado no serviço em geral e no internamento, mas sendo o maior número de referências (N=3, 15,79%) relativo ao afastamento dos pares:

“não poderem terem sempre os amigos junto deles” (E17).

**O Atendimento ao Adolescente num Serviço de Urgência Pediátrica:
preocupações, necessidades e sugestões dos enfermeiros do SUPed-x**

Tabela 5: Categorias: Percepção do enfermeiro relativamente às dificuldades dos adolescentes quando recorrem a este SUPed e quando estão internados no SUPed - Comparação dos indicadores por Subcategorias

Subcategorias	Indicadores	<i>Dificuldades do adolescente</i>			
		<i>no SUPed</i>		<i>quando internados no SUPed</i>	
		Enfermeiros (N=19)		Enfermeiros (N=19)	
		F	%	F	%
Organização e estrutura física	Desadequação do espaço físico	3	15,79	5	26,32
	Partilha do espaço com crianças mais novas	6	31,58	3	15,79
	Choro do outro/Ruido			2	10,53
	Falta de meios lúdicos	1	5,26	8	42,11
	Aumento do tempo de espera	1	5,26		
	Capacidade de resposta do serviço	1	5,26		
Relação/comunicação	Privacidade	3	15,79	6	31,58
	Exposição corporal	3	15,79	1	5,26
	Comunicação	3	15,79		
	Verbalização na presença dos pais	3	15,79		
Sentimentos e atitudes dos adolescentes	Medo	2	10,52	1	5,26
	Pouca Iniciativa	1	5,26		
	Falta de Confiança	1	5,26		
	Afastamento dos pares			3	15,79
	Sentimento de infantilização			1	5,26
	Difícil Integração			1	5,26

Avaliação e justificação do atendimento ao adolescente neste serviço de urgência pediátrica

Como se pode observar no gráfico 2, a maioria (N=12, 63,16%) dos enfermeiros considera Bom o atendimento ao adolescente neste serviço de urgência pediátrica, dos quais 5 justificam a sua avaliação pela adequação dos cuidados às necessidades da nova população, apesar das dificuldades encontradas, um participante justifica a sua avaliação pelo estabelecimento de relacionamento positivo enfermeiro-doente e outro participante baseia-se na manutenção da privacidade:

“apesar da falta de recursos humanos e físicos, tenta-se adaptar às diferentes situações para um melhor atendimento”(E7),

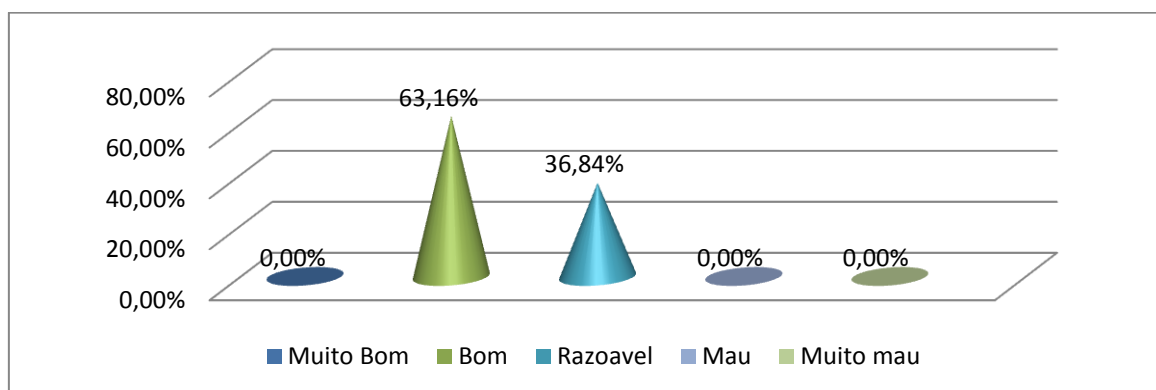
“boa relação enfermeiro-doente”(E5),

“tenta manter-se a sua privacidade, diminuir a sua exposição e ter em conta as suas queixas”(E10).

Acima de um terço dos participantes (N=7, 36,84%) considera Razoável o atendimento ao adolescente, justificado pelas condições físicas não serem adequadas (N=3, 15,79%) e pela falta de privacidade em algumas situações (N=1, 5,26%):

“espaço desajustado”(E2).

Gráfico 2: Distribuição dos participantes relativamente à avaliação do atendimento ao adolescente



Sugestões para melhorar o atendimento ao adolescente

As sugestões foram fornecidas por 15 (78,95%) dos participantes. Estas revelam principalmente propostas para a formação dos profissionais nas diversas áreas da adolescência (N=7, 36,84%). Por outro lado, ao nível da Relação com os enfermeiros, o aumento da privacidade no atendimento, referido por 5 participantes (26,32%), a melhoria da comunicação (N=2, 10,53%), como sugestões de um participante que referiu ainda a necessidade do respeito pela vontade do adolescente em falar a sós com o profissional:

“formação na área do adolescente, e se possível a existência de mais privacidade com 1 gabinete para atendimento/conselhos”(E7),

“melhorar a comunicação com o adolescente: ouvir em primeiro lugar as suas queixas, se demonstrarem vontade de falarem a sós com os profissionais, respeitá-la” (E10).

Em relação aos recursos humanos, é sugerido por um participante a existência de um psicólogo de apoio ao serviço e por outro participante o aumento do staff de enfermagem:

“pela enorme recorrência que temos tido de adolescentes com perturbações psicológicas deveria haver um psicólogo de apoio quer ao adolescente quer aos profissionais para a abordagem da situação” (E12).

Em relação aos recursos físicos da Organização, 6 (31,58%) participantes sugerem a alteração ou criação de espaços que melhorem a qualidade do atendimento, e especificamente um desses participantes refere-se a meios lúdicos:

“uma vez que não é possível alterar o espaço físico podemos utilizar o gabinete de observação 1...” (E15),

“sala de atividades mais focalizada no adolescente, Wireless” (E9).

Formação do enfermeiro na área da adolescência

Do total de participantes, 11 (57,89%) afirmaram não ter formação na área da adolescência, enquanto que 8 (42,11%) responderam afirmativamente (Gráfico 3), sendo a formação em diversos temas conforme se pode observar na tabela 6.

Gráfico 3: Distribuição dos participantes relativamente à formação na área da adolescência

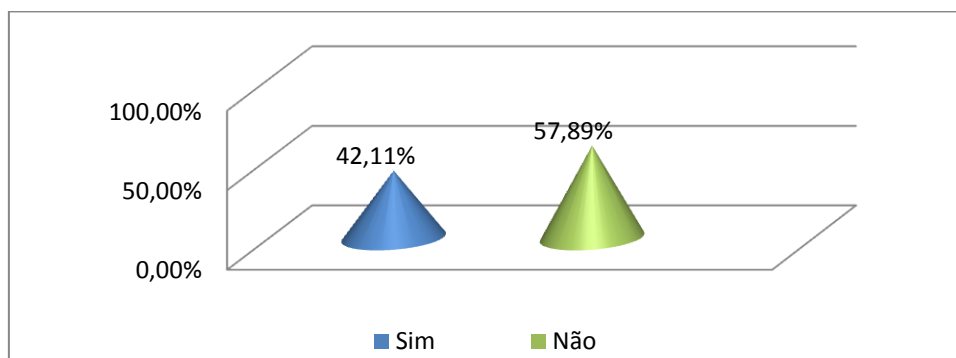


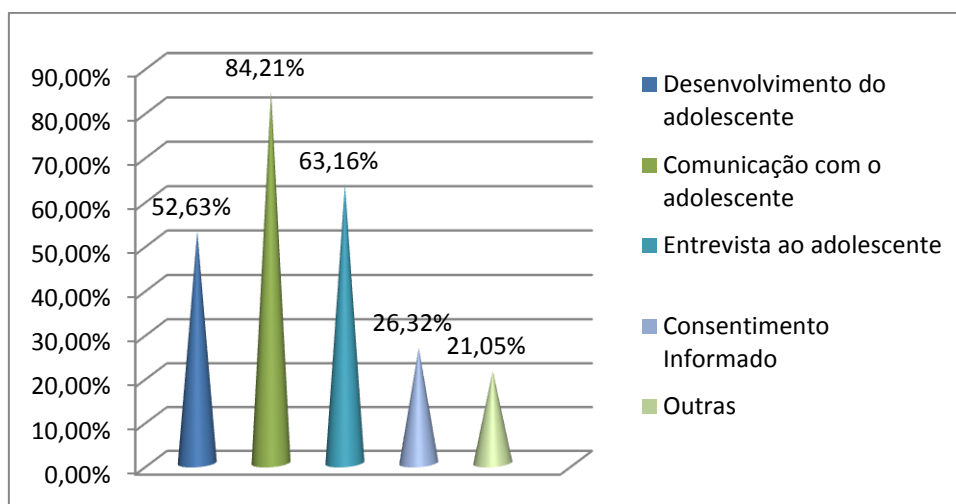
Tabela 6: Distribuição dos participantes relativamente à formação realizada na área da adolescência

Temas de formação	N	%
Desenvolvimento do adolescente	2	10,53
Maus Tratos	2	10,53
Comunicação	2	10,53
Casística de internamentos num serviço de pediatria	1	5,26
Entrevista ao adolescente	1	5,26
Comportamentos de risco	1	5,26
Treino de jovens em ambiente desportivo	1	5,26
Aspetos Legais do atendimento	1	5,26
Reumatologia	1	5,26
Distúrbios Urinários	1	5,26
Atividades Distrativas	1	5,26
Outros	1	5,26

Necessidade de formação no âmbito do atendimento ao adolescente

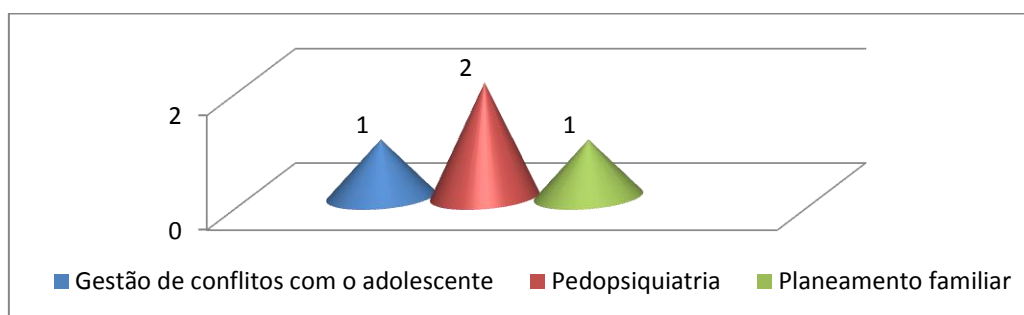
Todos os participantes consideraram ser necessária formação no âmbito do atendimento ao adolescente, sendo que, face aos temas propostos, a maioria (N=16, 84,21%) assinalou a comunicação com o adolescente, nomeadamente na entrevista ao adolescente (N=12, 63,16%) e o desenvolvimento do adolescente (N=10, 52,63%). Como se pode observar no gráfico 4, cinco dos enfermeiros (26,32%) assinalaram o consentimento informado como uma área de formação necessária.

Gráfico 4: Distribuição dos participantes relativamente às áreas temáticas de formação necessária no âmbito do atendimento ao adolescente



No gráfico 5 podem ser observadas as outras áreas temáticas, sugeridas pelos participantes, para formação neste local de trabalho.

Gráfico 5: Distribuição dos participantes relativamente a sugestão de outras áreas temáticas para formação



5. BREVE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste questionário revelam as principais preocupações e necessidades percebidas pelos enfermeiros no que respeita ao atendimento ao adolescente, concordante com os princípios orientadores da DGS, OE e SPP, apontando para a necessidade de implementação de algumas mudanças neste serviço de urgência pediátrica.

Destacam-se nas respostas dos enfermeiros, as suas preocupações e dificuldades no relacionamento e comunicação com o adolescente. A privacidade, um dos principais princípios éticos orientadores da OE (2010), corresponde à maioria das preocupações dos enfermeiros no atendimento ao adolescente no entanto, é minoritariamente vista como uma das suas dificuldades. Segundo a DGS (2013, p.12), referindo-se às consultas de adolescentes, “há que facilitar a acessibilidade e assegurar a privacidade e confidencialidade, permitindo, aos que desejem, o atendimento a sós”, pontos fundamentais no estabelecimento de um bom relacionamento entre o enfermeiro e o adolescente.

O estudo de Britto, Tivorsak e Slap (2010) confirma que os adolescentes desejam e valorizam os aspetos da privacidade nos cuidados de saúde, salientado a “privacidade informacional” (ou confidencialidade), no entanto, todas as outras dimensões da privacidade (psicológica, social, física) afetam a sua experiência nos serviços de saúde e a própria vontade de participar nos cuidados.

As dificuldades do enfermeiro centradas na comunicação e linguagem, poderão justificar, a necessidade sentida de formação na área temática da Comunicação com o Adolescente e Entrevista ao Adolescente, referido pela maioria dos enfermeiros. Segundo a OE (2010, p.20) a entrevista “constitui uma parte essencial no atendimento de enfermagem ao adolescente, pois permite recolher informação e estabelecer canais de comunicação”, sendo um espaço privilegiado dentro das intervenções de enfermagem.

Concomitantemente, a perceção do enfermeiro, no que respeita às dificuldades do adolescente, revela a privacidade do adolescente como a maior

parte das suas dificuldades quando recorre (associada à exposição corporal) e, principalmente, quando fica internado neste serviço de urgência pediátrica.

Ao nível da organização, o aumento de afluência a este serviço de urgência pediátrica, foi o fator que teve mais impacto aquando do alargamento da idade pediátrica até aos 17 anos e 365 dias, com dedução na necessidade para o aumento do número de enfermeiros.

Relativamente à dotação de enfermeiros nos serviços o Concelho Internacional de Enfermeiros (2006) enfatiza o papel do “juízo profissional” na promoção de estratégias para as dotações seguras, e recomenda ajustes nos ambientes de trabalho de modo a conseguir níveis adequados de dotações, para os enfermeiros poderem proporcionar cuidados seguros, já que estas têm impacto sobre os resultados de morbilidade e mortalidade.

A Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009, p. 79) definiu os princípios gerais na determinação de dotação e rácios de enfermeiros nos cuidados de saúde à criança e adolescente, sendo eles, entre outros, a existência de “enfermeiros experientes na área específica (pediátrica) e pelo menos um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica por turno que oriente as equipas” e “considerar o número de doentes e a intensidade de cuidados, as necessidades individuais (aspetos físicos e psicossociais) e as agregadas”. A mesma comissão propõe que a dotação deve ser calculada segundo a especificidades dos serviços, com o rácio mínimo de 3 enfermeiros por turno na urgência pediátrica.

Os resultados dos questionários sugerem também a importante influência das características do local no atendimento ao adolescente. A necessidade de adequação da estrutura física apresenta pouco impacto aquando do alargamento da idade pediátrica, mas os enfermeiros incluem-na ao nível das preocupações e das dificuldades do enfermeiro no atendimento ao adolescente, sendo que, este indicador é muito valorizado pelos enfermeiros na sua perceção das dificuldades do adolescente, quer quando recorre ao SUPed, quer em internamento de curta duração no mesmo serviço.

Segundo Fonseca (2012, p.107) o serviço de urgência é “o pior local para ver adolescentes, tanto por limitações que decorrem do próprio espaço físico que habitualmente não garante a privacidade, como pela falta de tempo e disponibilidade dos profissionais de saúde”.

Especificamente é referenciada pelos enfermeiros a desadequação da estrutura física, que implica a partilha do espaço com crianças mais novas, como dificuldades do adolescente no SUPed, assim como a falta de meios lúdicos aquando do internamento do adolescente. Estes aspetos foram posteriormente inseridos na justificação dos enfermeiros para a avaliação do atendimento ao adolescente e igualmente nas suas sugestões para melhorar o atendimento neste serviço. Ao nível da eficácia do serviço, a avaliação do atendimento ao adolescente não é unânime, mas revela-se tendencialmente positiva, cujas justificações são concordantes com as respostas anteriores assim como, as sugestões de melhoria no atendimento.

Embora a subcategoria Conhecimento não esteja em grande evidência como dificuldade ou preocupação dos enfermeiros nos resultados deste questionário, o mesmo não acontece com a Comunicação e linguagem com o adolescente. Todos os participantes consideram ser necessária formação no âmbito do atendimento ao adolescente neste serviço, particularmente nas áreas da comunicação e entrevista ao adolescente, seguida das questões associadas ao desenvolvimento do adolescente. Independentemente da formação anterior, é valorizada esta sugestão de formação, para a melhoria do atendimento, por mais de um terço dos participantes.

O enfermeiro é um profissional autodirigido nos seus processos de aprendizagem, porque identifica as suas necessidades e a melhor resposta para elas. Segundo a OE no seu artigo 88º, alínea c) do Código Deontológico, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”, no sentido de adotar medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem na procura da excelência do exercício.

CONCLUSÃO

A saúde dos adolescentes é considerada uma prioridade e o profissional de saúde que deles cuida procura, a partir da perspectiva da qualidade, adequar as suas intervenções às necessidades de desenvolvimento, de saúde e de atendimento dos adolescentes, favorecendo a proteção e melhoria da sua saúde e bem-estar (OMS, 2002).

A privacidade é considerada fundamental na dimensão da aceitabilidade de um serviço de saúde potencialmente amigo do adolescente.

Alterações na estrutura física deste SUPed e o reequacionamento de alguns aspetos relacionais no atendimento, associado à constante atualização profissional poderão melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao adolescente no que respeita à acessibilidade, adequabilidade e eficácia de um serviço apropriado às necessidades dos adolescentes.

Estes resultados indicam por um lado, a capacidade destes enfermeiros na reflexão sobre a sua prática profissional, e por outro a necessidade de atualização permanente ao nível da sua formação e respetivas práticas profissionais, concretamente ao nível da qualidade de atendimento em saúde do adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Britto, M. T.; Tivorsak, T. L. & Slap, G. B. (2010). Adolescents' Needs for Health Care Privacy. *Pediatrics*, 126 (6), e1469—e1476. DOI:10.1542/peds.2010-0389.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação. Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castanheira, J. (2006). Adolescentes: que respostas? In Santos, L. (coord.). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. (pp.44-46). Lisboa: IAC.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas. Instrumentos de Informação e Acção*. Genebra: ICN.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. (Vol II). Lisboa: DGS. Acedido a 07-11-2012. Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: www.dgs.pt
- Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes. Um desafio para Pais e Educadores*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série N.º 180 (16-09-2009) 6528-6550.
- Machado, M. V. P. & Zagonel, I. P. S. (2003). O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, 8 (2), 26-33.

Acedido a 29-04-2013. Disponível em:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/coGITARE/article/view/1691/1399>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Vol.1 (Cadernos OE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02-11-2012. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf

Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization. Acedido 21-11-2012. Disponível em:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html

Organização Mundial de Saúde (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Geneva: World Health Organization. Acedido 11-12-2012. Disponível em:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2009). *Requisitos Para o Atendimento ao Adolescente. Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Acedido a 04-10-2013. Disponível em:
http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Medicina_Adolescente/requisitos_atendimento_adolescente_spa-spp.pdf

Staa, A. L.; Jedeloo, S. & Stege, H. (2011). "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Preference and Adherence*. Dove Medical Press, Ltd. 291-305. Acedido a 15-12-2012. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140311/pdf/ppa-5-291.pdf>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário aplicado aos enfermeiros do SUPed-x



Caro colega:

Atualmente frequento o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e neste momento estou a estagiar neste serviço. O meu Projeto de Estágio intitula-se “*O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde*”, inserido na unidade curricular Estágio com Relatório do curso supracitado.

Considero primordial promover a qualidade do atendimento ao adolescente para o qual, devemos estar atentos às suas necessidades de atendimento, qualquer que seja o contexto da prática. Contudo, os contextos de internamento e particularmente os de urgência, associados à condição de doença, implicam frequentemente situações de maior stresse e sofrimento para o adolescente e família. Também o alargamento, relativamente recente, da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e internamento até aos 17 anos e 364 dias coloca as organizações de saúde em geral, e os profissionais de saúde em particular, perante novos desafios revelando-se necessário refletir sobre a sua intervenção face ao atendimento dos jovens.

Assim, solicito a sua colaboração para o preenchimento de um breve questionário, com o intuito de conhecer as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros deste serviço de urgência pediátrico, relativamente ao atendimento do adolescente e família e, possíveis sugestões de melhoria.

Realça-se a extrema importância da sua colaboração e a necessidade de responder, com sinceridade, assegurando-se que será mantida a confidencialidade e o anonimato. O conjunto dos resultados será disponibilizado ao serviço caso seja manifestado esse interesse.

Muito Obrigada, desde já pela sua colaboração e disponibilidade.

Maria Inês Serrão

(mariaserrao@campus.esel.pt)

Questionário

Sexo : M F

Idade: _____ (anos)

Formação académica:

- Bacharelato Licenciatura Licenciatura com especialidade
 Mestrado Doutoramento

Experiência Profissional:

- <2 anos 2 a 5 anos 5 a 10 anos 10 a 20 anos >20 anos

Tempo de serviço em pediatria:

- <2 anos 2 a 5 anos 5 a 10 anos 10 a 20 anos >20 anos

Tempo de exercício profissional neste serviço de Urgência Pediátrica:

- <2 anos 2 a 5 anos 5 a 10 anos 10 a 20 anos >20 anos

Na sua opinião, qual o impacto do recente alargamento da idade pediátrica até aos 17 anos e 364 dias, para o funcionamento deste serviço de urgência pediátrica?

Quais os aspetos que mais o preocupam no atendimento ao adolescente num serviço de urgência?

Em sua opinião, quais são as maiores dificuldades para o adolescente quando procura este serviço de urgência pediátrica?

E quais as maiores dificuldades para o adolescente quando fica internado neste serviço?

O Atendimento ao Adolescente num Serviço de Urgência Pediátrica: preocupações, necessidades e sugestões dos enfermeiros do SUPed-x

E quais as principais dificuldades que sente, como enfermeira/o, no atendimento ao adolescente neste serviço?

Tendo por base a escala seguinte, como considera o atendimento ao adolescente neste serviço de urgência pediátrica?

- Muito bom Bom Razoável Mau Muito mau sem opinião/não responde

Justifique:

Que sugestões daria para melhorar o atendimento ao adolescente neste serviço de urgência onde trabalha?

Ao longo do seu tempo de exercício profissional tem efetuado formação na área da adolescência?

- Sim não

Se sim, quais os temas?

Considera ser necessária formação no âmbito do atendimento ao adolescente, neste seu local de trabalho?

- Sim não

Se sim, assinale qual/quais a(s) área(s) temática(s) em que sente essa necessidade ?

- Desenvolvimento do adolescente
 Comunicação com o adolescente
 Entrevista ao adolescente
 Consentimento informado
 Outra, qual? _____

Muito Obrigada pela sua colaboração

e-mail 1

Data de envio: 15 de Janeiro de 2014

Ex.mos membros da equipa de saúde do Serviço de Pediatria do HVFX

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que atualmente frequento na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a efetuar estágio no Serviço de Urgência Pediátrica do HVFX.

No âmbito do curso tenho vindo a desenvolver um Projeto de Estágio intitulado: *O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde.*

Uma das atividades ao longo deste estágio consiste na partilha, via e-mail, com a equipa de saúde, das mais recentes conceções, projetos de intervenção e de investigação da Organização Mundial de Saúde (OMS), Direção-Geral da Saúde (DGS) e outras instituições de saúde, sobre o atendimento ao adolescente.

Assim, por hoje, deixo-vos com uma breve definição de adolescência, segundo a OMS:

A adolescência compreende o grupo etário entre os 10 e os 19 anos de idade, dividida em três etapas ou períodos:

- Início da adolescência (10-13 anos): ocorre um surto de crescimento e início da maturação sexual. Pensamento abstrato.
- Adolescência Intermédia (14-15 anos): as principais mudanças físicas estão completas. O jovem começa a desenvolver um forte sentido de identidade em relação a si, pares e família. Pensamento reflexivo.
- Adolescência tardia (16-19 anos): o adolescente fica fisicamente semelhante a um adulto. Definição da identidade.

A saúde dos adolescentes é considerada uma prioridade e o profissional de saúde que deles cuida procura, a partir da perspetiva da qualidade, adequar as suas intervenções às necessidades de desenvolvimento, de saúde e de atendimento dos

adolescentes, favorecendo a proteção e melhoria da sua saúde e bem-estar (OMS, 2002)¹.

Penso que, juntos, podemos refletir sobre as práticas atuais de atendimento ao adolescente e família neste serviço de urgência pediátrica, incluindo necessidades de possíveis mudanças ou eventuais necessidades de formação, assim como poderemos planejar a sua implementação.

O que pensam desta ideia? Parece-vos interessante?

O que gostariam de começar por dizer sobre isto?

Aguardo o vosso feedback, pois todas as sugestões, considerações e opiniões são importantes para melhorar a qualidade dos cuidados aos adolescentes e famílias que procuram “o nosso serviço”.

Voltarei a entrar em contato.

Obrigada pela Vossa atenção

Enf.^a Inês Serrão

¹ Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization.

e-mail 2

Data de envio: 24 de Janeiro de 2014

Cá estou, mais uma vez, como prometido!...

Adolescência: ...também uma Idade de Oportunidades

“Os adolescentes - jovens com idades entre 10 e 19 anos - são muitas vezes considerados como um grupo saudável. No entanto, muitos adolescentes morrem prematuramente devido a acidentes, suicídio, violência, complicações associadas à gravidez e outras doenças que são preveníveis ou tratáveis. Muitos mais sofrem de doença crónica e incapacidade. Além disso, muitas doenças graves na idade adulta têm as suas origens na adolescência. Por exemplo, o consumo de tabaco, as infeções sexualmente transmissíveis incluindo o HIV, e os hábitos alimentares e de exercício pobres, que podem conduzir à doença ou morte prematura na vida adulta.”

http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/

Publicado recentemente, o estudo HBSC/OMS apresenta os resultados da caracterização dos estilos de vida dos adolescentes e dos seus comportamentos de saúde nos vários cenários das suas vidas. Neste momento, este estudo, conta com a colaboração de 44 países da Europa e América do Norte, entre os quais Portugal. Em 2010, na globalidade, foram incluídos mais de 200.000 jovens e analisados mais de 60 temas de saúde.

http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf

Para consultar alguns dos resultados, num vídeo de pouco mais de 5 minutos, clique no seguinte *link*:

<http://www.youtube.com/watch?v=CQ07WgRpD6I>

**O Atendimento ao Adolescente num Serviço de Urgência Pediátrica:
preocupações, necessidades e sugestões dos enfermeiros do SUPed-x**

Aguardo a Vossa participação, pois todas as sugestões, considerações e opiniões são importantes para melhorar a qualidade “dos nossos cuidados aos jovens”.

Voltarei a entrar em contacto convosco.

Obrigada pela atenção

Enf.^a Inês Serrão

e-mail 3

Data de envio: 31 de Janeiro de 2014

Ex.mos Srs. Doutores e Srs. Enfermeiros do serviço de Pediatria do HVFX

Em primeiro lugar, agradeço a todos aqueles que me responderam aos *e-mails* anteriores, sendo que no final desta 1ª fase do projeto, integrada no meu estágio, que termina a 14 de Fevereiro, pretendo apresentar-vos a compilação de todas as vossas ideias, caso seja manifestado esse interesse.

Neste e-mail, não envio novos conteúdos, mas renovo o convite à participação de toda a equipa com ideias, pequenas frases ou breves comentários sobre o atendimento ao adolescente.

Penso que a partilha dos conhecimentos teóricos e práticos, das ideias e das estratégias de atuação de cada profissional de saúde no enquadramento da sua experiência, sejam na área médica, de psicologia, de serviço social ou de enfermagem, poderá ser uma mais-valia para melhorar a qualidade do atendimento ao adolescente no “nosso” serviço de urgência pediátrica.

Proponho como ponto de partida para a reflexão conjunta durante a próxima semana, o completar da seguinte frase:

Na minha prática profissional, quando atendo um adolescente, a minha principal preocupação é _____,
e a primeira medida que habitualmente implemento é _____.

Aguardo a vossa resposta via *e-mail*.

Obrigada pela atenção

Enf.ª Inês Serrão

e-mail 4

Data de envio: 26 de Fevereiro de 2014

Ex.mos Srs. Doutores e Srs. Enfermeiros do serviço de Pediatria do HVFX

No término desta sequência de e-mails, saliento a confluência das principais estratégias descritas pela Direção-Geral da Saúde, Ordem dos Enfermeiros e Sociedade Portuguesa de Pediatria sobre o atendimento ao adolescente.

O adolescente deve ser encarado como um cidadão pleno de direitos e o principal ator na promoção e construção da sua saúde, devendo os serviços de saúde dar enfoque a um atendimento específico que abarque todas as suas mudanças e necessidades individuais, de forma integrada, num ambiente adequado (DGS, 2013; OE, 2010; SPP, 2009).

Os **princípios de atendimento ao adolescente**, divulgados recentemente pela DGS, para o atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), são concordantes com os critérios da OMS, incluindo: a acessibilidade facilitada, a flexibilidade no modelo do atendimento, a privacidade, a confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e a participação ativa dos próprios (2013, p.114).

Estes princípios convergem nos principais princípios éticos orientadores da OE (2010, p.19) para o atendimento ao adolescente, sejam: o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

Também na perspetiva da SPP, um serviço ideal de atendimento deve fornecer uma abordagem holística, centrada no adolescente, despreconceituada, confidencial, gratuita, com o menos tempo de espera possível e que envolva os adolescentes (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2009).

Agradeço a todos aqueles que colocaram um pouco do seu tempo para a leitura, reflexão e participação/resposta aos e-mails enviados, cujo efeito pretende ser o aumento da qualidade do atendimento ao adolescente no nosso serviço.

Obrigada pela vossa atenção

Enf.^a Inês Serrão

Referências:

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.

Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: www.dgs.pt

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Vol.1* (Cadernos OE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2009). *Requisitos Para o Atendimento ao Adolescente. Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Disponível em:

http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Medicina_Adolescente/requisitos_atendimento_adolescente_spa-spp.pdf

**Apêndice XXIII – Sessão de Formação em Serviço: O Atendimento ao
Adolescente no Serviço de Urgência Pediátrica**

Plano de Curso
(segundo o modelo adotado pela
instituição de saúde)

Tema: O Atendimento ao Adolescente no Serviço de Urgência Pediátrica

Grupo de Trabalho: Inês Serrão

(Ação realizada no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
Professora Orientadora: Maria da Graça Vinagre)

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Pediatria

Objectivo Geral:

Refletir com os enfermeiros sobre as práticas de atendimento ao adolescente neste serviço, delineando possíveis melhorias.

Objectivos Específicos: *(No final do Curso o formando deverá ser capaz de:)*

Sistematizar alguns princípios e conceitos sobre o atendimento ao adolescente
Apresentar os dados de caracterização dos adolescentes que recorreram ao SUPed

Apresentar os resultados do estudo efetuado no serviço

Analisar com os enfermeiros do serviço as questões passíveis de melhoria relativamente ao atendimento ao adolescente

Métodos Pedagógicos: Expositivo e interrogativo

Modalidade de Formação: Sessão única

Duração da Acção: 1 hora

Cronograma da Formação: Dia 02 de Maio 2014

Formadores: Inês Serrão

Método de Avaliação da Formação: *(quando aplicável)*

Plano de Curso
(segundo o modelo adotado pela
instituição de saúde)

Conteúdo Programático	T T/P P	Tempo <i>(Duração)</i>	Formador
Apresentação do tema e dos objetivos da sessão	T	2 minutos	Inês Serrão
Princípios do Atendimento ao Adolescente	T	8 minutos	Inês Serrão
Breve Caracterização dos adolescentes que recorreram ao SUPEd num período de 10 meses	T	5 minutos	Inês Serrão
Resultados do estudo efetuado com enfermeiros do SUPEd	T	20 minutos	Inês Serrão
Reflexão e discussão em equipa sobre eventuais mudanças no atendimento ao adolescente neste serviço	T/P	15 minutos	Inês Serrão
Considerações Finais	T	5 minutos	Inês Serrão
Avaliação da formação	T	5 minutos	Inês Serrão

T – teórica; T/P – teórico-prática; P - prática

Sessão de Formação

Data: 2 de Maio de 2014

Horário: 14h30 às 15h30

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Pediatria

Logótipo do
Hospital



Formador: Enfermeira Inês Serrão
(Mestranda em Enfermagem na ESEL)
Destinatários: Enfermeiros

O Atendimento ao Adolescente no serviço de Urgência Pediátrica



Resultados do estudo efetuado com enfermeiros

Sessão de Formação no âmbito do
4º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Logótipo do
Hospital



Formadora: Inês Serrão
Professora Orientadora: Maria de Graça Vinagre
Enfermeira de Referência: M.J.L.

O Atendimento ao Adolescente no Serviço de Urgência Pediátrica



Resultados do estudo efetuado com enfermeiros

Plano da Sessão

- ∞ Apresentação do tema e dos objetivos da sessão
- ∞ Princípios do Atendimento ao Adolescente
- ∞ Breve caracterização dos adolescentes que recorreram ao Serviço de Urgência Pediátrica
- ∞ Resultados do estudo efetuado com enfermeiros no SUPed
- ∞ Reflexão e discussão em equipa sobre eventuais mudanças no atendimento ao adolescente neste serviço
- ∞ Considerações finais
- ∞ Referências bibliográficas

02-05-2014

Objetivos da Sessão

Geral:

- ∞ Refletir com os enfermeiros sobre as práticas de atendimento ao adolescente neste serviço, delineando possíveis melhorias

Específicos:

- ∞ Sistematizar alguns princípios e conceitos sobre o atendimento ao adolescente
- ∞ Apresentar os dados de caracterização dos adolescentes que recorreram ao SUPed
- ∞ Apresentar os resultados do estudo efetuado no serviço
- ∞ Analisar com os enfermeiros do serviço as questões passíveis de melhoria relativamente ao atendimento ao adolescente

02-05-2014

Adolescência

A adolescência



faixa etária dos 10 aos 19 anos



período do desenvolvimento marcado por transformações a nível biológico, psicossocial, cognitivo, emocional e cultural.

(Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002)

02-05-2014

Adolescência

É um período de vida em que se processa a transição da infância para a idade adulta e que se caracteriza pelo esforço em alcançar metas relacionadas com as expectativas do meio cultural.

(OMS, 2002)

São empreendidas novas tarefas de exploração, descoberta e aprendizagem.

São procuradas novas referências, adquirido novo sentido de pertença e estabelecidos novos objetivos de vida.

Para tal, os adolescentes testam novas potencialidades e procuram conhecer os limites pessoais no domínio biológico, psicoafectivo e social.

(Prazeres, 1998)

02-05-2014

Adolescência

Fase da Adolescência	Características
Início da adolescência (10-13 anos)	Surto de crescimento Início da maturação sexual Pensamento abstrato.
Adolescência intermédia (14-15 anos)	Principais mudanças físicas estão completas. O jovem começa a desenvolver um forte sentido de identidade em relação a si, pares e família. Pensamento reflexivo.
Adolescência tardia (16-19 anos)	Fisicamente igual a um adulto. Identidade definida com ideias, opiniões e valores definidos.

02-05-2014

(OMS, 2002)

Adolescência

Os adolescentes portugueses são globalmente saudáveis.

Atualmente a morbi-mortalidade é preocupante em relação a problemas de saúde resultantes de comportamentos de risco, em particular traumatismos, ferimentos e lesões acidentais.

Nas intervenções em enfermagem no âmbito do atendimento ao adolescente, a promoção de comportamentos saudáveis, assume lugar de destaque.

(Ordem dos enfermeiros [OE], 2010b, 2011)

02-05-2014

Atendimento ao Adolescente

Despacho n.º 9871/2010 de 11 de junho – determina:

- 1 – O alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos 17 anos e 364 dias.
- 2 – A implementação do alargamento da idade de atendimento deverá ser gradual e progressiva, em termos a definir por cada instituição, em articulação estreita com a respetiva administração regional de saúde, atendendo às especificidades de cada área de intervenção.



02-05-2014

Atendimento ao Adolescente

Comparação entre filosofias de cuidados

Criança	Adolescente
Enfatiza o suporte familiar	Enfatiza o suporte dos pares
Capacita parceiros nos cuidados, particularmente os pais	Capacita o indivíduo a manter o autocontrolo, promovendo a confiança, autoestima e independência
Crianças e adolescentes percebidos frequentemente como clientes indivisíveis	Jovens valorizados como indivíduos com as suas próprias necessidades

(Adaptado de Dodds, 2010)

02-05-2014

Atendimento ao Adolescente

- Quando ocorrem situações de **transição** (como a adolescência ou situação de doença), os **enfermeiros são os cuidadores principais** do indivíduo e família por estarem atentos às suas necessidades e às mudanças que as mesmas provocam nas suas vidas, preparando-os para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

(Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne e Schumacher (2000))

- Tornar os serviços de saúde **mais atentos às necessidades do adolescente** pode ter um **efeito positivo** na promoção da sua saúde.

(Castanheira, 2006; Ordem dos enfermeiros [OE], 2010b; Staa, Jedeloo e Stege, 2011).

02-05-2014

Atendimento ao Adolescente

Necessidades – requisitos fundamentais, essenciais e básicos que o indivíduo deseja ou precisa para viver ou manter o seu normal funcionamento.

(Smith, 1995, citado por Dodds, 2010)

Atendimento global ao adolescente – abordagem multiprofissional, com visão global da problemática de saúde do adolescente, que permite a identificação específica das condições físicas e psicossociais, conhecimento da situação familiar e caracterização da comunidade em que se insere, respondendo às necessidades do adolescente.

(OE, 2010b)

02-05-2014

Atendimento ao Adolescente

“Na **entrevista** com o(a) adolescente, a abordagem dos **aspectos psicossociais** adquire uma particular importância e permite conhecer melhor, quer pontos fortes, quer fatores de vulnerabilidade pessoal, face aos diferentes contextos de vida”

(DGS, 2013, p.114)

02-05-2014

Atendimento ao Adolescente

Princípios éticos principais no atendimentos ao adolescente – respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

(OE, 2010b)

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) - **Princípios de atendimento ao adolescente:**

- ∞ Acessibilidade facilitada,
- ∞ Flexibilidade no modelo do atendimento,
- ∞ Privacidade,
- ∞ Confidencialidade,
- ∞ Exercício do consentimento livre e esclarecido,
- ∞ Participação ativa dos próprios.

(DGS, 2013, p.114)

02-05-2014

Atendimento ao Adolescente

Critérios de qualidade dos **Serviços de Saúde Amigos dos Adolescentes**:
("Adolescent friendly health services")

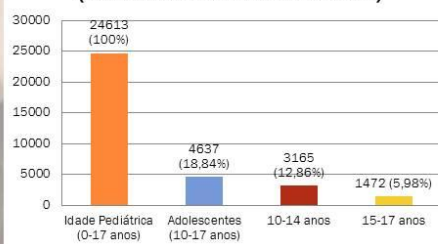
- Equidade – para todos os adolescentes, e não só alguns grupos
- Acessibilidade – capacidade do adolescente de obter
- Aceitável – adolescente estar disposto, motivado
- Adequado – proporcionados os serviços certos
- Eficácia – contribuição positiva para a sua saúde

(OMS, 2012)

02-05-2014

Caraterização dos adolescentes que recorreram ao SUPed

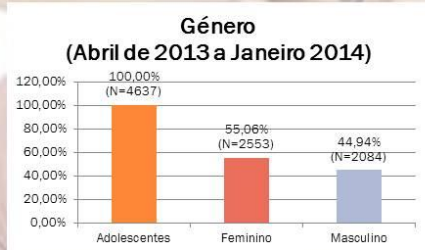
**Adolescentes admitidos
(Abril de 2013 a Janeiro 2014)**



As diferenças de grupo correspondem a cerca de 15 adolescentes por dia, dos quais cerca de 5 têm 15 ou mais anos.

02-05-2014

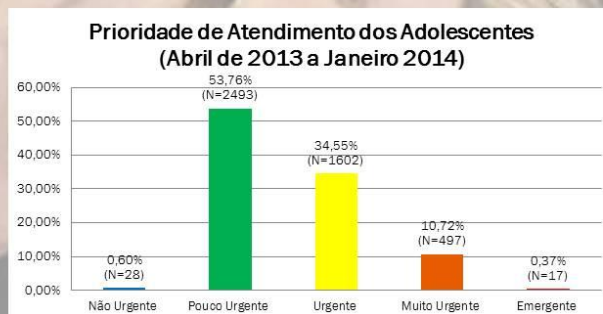
Caraterização dos adolescentes que recorreram ao SUPed



As diferenças de gênero na procura do serviço de saúde têm evidência na maioria de raparigas adolescentes (N=2553, 55,06%) em relação aos rapazes adolescentes (N=2084, 44,94%), calculando-se 1,53 raparigas a mais por dia em relação aos rapazes.

02-05-2014

Caraterização dos adolescentes que recorreram ao SUPed



02-05-2014

Caraterização dos adolescentes que recorreram ao SUPed

FLUXOGRAMAS (Abril de 2013 a Janeiro 2014)	Feminino	Masculino	N=4637	%
Asma	24	29	53	1,14%
Cefaleia	206	146	352	7,59%
Criança que não se sente bem	116	109	225	4,85%
Diarreia	46	52	98	2,11%
Dispneia na criança	70	87	157	3,39%
Dor abdominal	56	55	111	2,39%
Dor abdominal na criança	315	189	504	10,87%
Dor de garganta	336	250	586	12,64%
Dor lombar	72	36	108	2,33%
Dor torácica	154	139	293	6,32%
Erupções cutâneas	143	114	257	5,54%
Estado de inconsciência	43	16	59	1,27%
Feridas	17	38	55	1,19%
Infeções locais e abscessos	66	60	126	2,72%
Problemas estomatológicos	38	35	73	1,57%
Problemas nasais	40	57	97	2,09%
Problemas nos membros	91	79	170	3,67%
Problemas oftalmológicos	52	48	100	2,16%
Problemas ouvidos	165	114	279	6,02%
Problemas urinários	100	38	138	2,98%
T.C.E.	40	50	90	1,94%
Vômitos	170	129	299	6,45%

02-05-2014

Sistema de Triagem de Manchester:

- 22 dos 47 fluxogramas de decisão atribuídos, para os 52 possíveis .
- Tem caráter de identificação da queixa principal e inicial verbalizada pelo adolescente e/ou família.
- Poderão não expressar todos os motivos de procura do serviço de saúde.

Caraterização dos adolescentes que recorreram ao SUPed

- ∞ Habitualmente os adolescentes “vão resolvendo os seus problemas agudos de saúde a nível dos Serviços de Urgência onde encontram sempre interlocutores diferentes que irão apenas resolver o problema pontual, sem nunca conseguirem perceber como é que ele se enxerta no todo.”

(Fonseca, 2012, p.107)

- ∞ Pretende-se que os serviços de saúde possam dar resposta às necessidades de atendimento e saúde do adolescente, com competência técnica, “acompanhada de respeito e sensibilidade para compreender a realidade de cada adolescente”, com a noção que poderão existir problemas subjacentes que não sejam a causa imediata de procura de serviço de saúde.

(SPP, s.d.)

02-05-2014

Estudo com enfermeiros do SUPED

- ✎ Instrumento de coleta de dados: questionário
- ✎ Data: 10 a 24 de Janeiro de 2014
- ✎ Participantes: 19 enfermeiros
- ✎ Análise: quanti-qualitativa

- ✎ Objetivos do estudo: identificar e compreender as principais preocupações e as necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente, assim como conhecer possíveis sugestões para melhoria do atendimento ao adolescente e família, num serviço de urgência pediátrica

02-05-2014

Resultados do estudo com enfermeiros do SUPED

Distribuição dos participantes segundo o grupo etário

Idades	N	%
20-29 anos	5	26,32
30-39 anos	7	36,84
40-49 anos	5	26,32
50-59 anos	2	10,53
Total	19	100

Distribuição dos participantes segundo a experiência profissional



02-05-2014

Resultados do estudo com enfermeiros do SUPED

- Na sua opinião, qual o impacto do recente alargamento da idade pediátrica até ao 17 anos e 364 dias, para o funcionamento deste serviço de Urgência Pediátrica?

Categoria:
Impacto do alargamento da Idade Pediátrica

02-05-2014

Subcategorias	Indicadores	Enfermeiros (N=19)	
		F	%
Organização e funcionamento do serviço	Aumento da afluência de utentes	10	52,63
	Aumento do volume de trabalho	4	21,05
	Necessidade de adequação da estrutura física	3	15,79
	Necessidade de adequação dos recursos humanos	5	26,32
Motivos de procura do serviço	Aumento do tempo de espera	1	5,26
	Novas problemáticas/patologias	5	26,32
	Distúrbios psíquicos/psiquiátricos	5	26,32
	Gravidez/IVG	1	5,26
Conhecimento e experiência dos enfermeiros	Alcoolismo	1	5,26
	Falta de preparação para novas situações	1	5,26
	Experiência prévia inexistente	2	10,53
Intervenções de enfermagem	Adaptação dos cuidados à especificidade de patologias e faixa etária	4	21,05
Relação	Oportunidade de relacionamento	2	10,53

Resultados do estudo com enfermeiros do SUPED

- “aumenta a afluência à urgência pediátrica e conseqüentemente o trabalho para o enfermeiro prestador de cuidados” (E1)
- “veio aumentar o volume de trabalho (...), mas é pena o serviço não estruturalmente condições específicas para esta faixa etária”(E14)
- “começam a surgir situações que antes não existiam (gravidez/IVG, crises de ansiedade/angústia, etc) que antes eram raras e para os quais as instalações e os profissionais não estão preparados” (E11).

02-05-2014

Resultados do estudo com enfermeiros do SUPED

Quais os aspetos que mais o preocupa no atendimento ao adolescente num serviço de urgência?

E quais as principais dificuldades que sente, como enfermeira/o, no atendimento ao adolescente neste serviço?

Categorias:

Preocupações e Dificuldades do enfermeiro no atendimento ao adolescente no SUPed - Comparação dos indicadores por Subcategorias

02-05-2014

Subcategorias	Indicadores	Preocupações do Enfermeiro (N=19)		Dificuldades do Enfermeiro (N=19)	
		F	%	F	%
Estrutura física e recursos humanos	Inadequação do serviço às necessidades do adolescente	1	5,26		
	Falta de enfermeiros	1	5,26	1	5,26
	Falta de tempo	3	15,79	1	5,26
	Inadequação dos espaços	3	15,79	1	5,26
Motivos de Procura do serviço	Falta de meios lúdicos	1	5,26	1	5,26
	Distúrbios psíquicos/psiquiátricos	1	5,26	2	10,53
Conhecimento e experiência dos enfermeiros	Experiência prévia inexistente	1	5,26	2	10,53
	Falta de preparação para a faixa etária	1	5,26		
	Falta de formação	1	5,26	1	5,26
	Necessidade de compreensão dos comportamentos de risco			1	5,26
Relação/ Comunicação	Adaptação dos cuidados à faixa etária	2	10,53	2	10,53
	Privacidade	11	57,89	2	10,53
	Estabelecer a relação	2	10,53	2	10,53
	Comunicação e linguagem	4	21,05	6	31,58
	Necessidade do adolescente não querer a presença dos pais	1	5,26	1	5,26
	Valorização da queixa do próprio adolescente	1	5,26	1	5,26
	Lidar com adolescente não colaborante			2	10,53
	Gerir conflitos Familiares			1	5,26
Controlar o choro			1	5,26	

Resultados do estudo com enfermeiros do SUPED

“falta de colaboração da parte dos adolescentes” (E4),

“muitas vezes a necessidade de não estarem na presença dos pais para se poderem exprimir” (E6),

“gerir conflitos com familiares” (E9),

“saber o que valorizar quando existem discrepâncias entre as queixas do próprio e do adolescente” (E10),

“o mais preocupante é a falta de privacidade, a falta de um espaço próprio” (E11).

02-05-2014

Resultados do estudo com enfermeiros do SUPED

Em sua opinião, quais são as maiores dificuldades para o adolescente quando procura este serviço de urgência Pediátrica?

E quais as maiores dificuldades para o adolescente quando fica internado neste serviço?

Percepção do enfermeiro relativamente às dificuldades dos adolescentes quando recorrem a este serviço de urgência pediátrica e quando estão internados neste serviço de urgência pediátrica - Comparação dos indicadores por Subcategorias

02-05-2014

Subcategorias	Indicadores	Dificuldades do adolescente no SUPed		Dificuldades do adolescente quando internados no SUPed	
		Enfermeiros (N=19)		Enfermeiros (N=19)	
		F	%	F	%
Organização e estrutura física	Desadequação do espaço físico	3	15,79	5	26,32
	Partilha do espaço com crianças mais novas	6	31,58	3	15,79
	Choro do outro/Ruído			2	10,53
	Falta de meios lúdicos	1	5,26	8	42,11
	Aumento do tempo de espera	1	5,26		
	Capacidade de resposta do serviço	1	5,26		
Relação/ comunicação	Comunicação	3	15,79		
	Verbalização na presença dos pais	3	15,79		
	Privacidade	3	15,79	6	31,58
	Exposição corporal	3	15,79	1	5,26
Sentimentos e atitudes dos adolescentes	Medo	2	10,52	1	5,26
	Pouca Iniciativa	1	5,26		
	Falta de Confiança	1	5,26		
	Afastamento dos pares			3	15,79
	Sentimento de infantilização			1	5,26
	Difícil Integração			1	5,26

Resultados do estudo com enfermeiros do SUPED

“a sala de espera ser pouco adequada e pequena tendo de partilhar o espaço com crianças pequenas”(E1).

“a falta de recursos para distração (TV, computador, net)” (E7).

“falta de camas para o seu tamanho” (E16).

“talvez partilharem o mesmo serviço que crianças, a exposição do corpo quando necessário e verbalizarem os seus problemas perante os pais”(E6).

“não poderem ter sempre os amigos junto deles” (E17).

02-05-2014

Resultados do estudo com enfermeiros do SUPED

Avaliação do atendimento ao adolescente



Justificação :

“espaço desajustado”(E2),
“apesar da falta de recursos humanos e físicos, tenta-se adaptar às diferentes situações para um melhor atendimento”(E7),
“boa relação enfermeiro-doente”(E5),
“tenta manter-se a sua privacidade, diminuir a sua exposição e ter em conta as suas queixas”(E10).

02-05-2014

Resultados do estudo com enfermeiros do SUPED

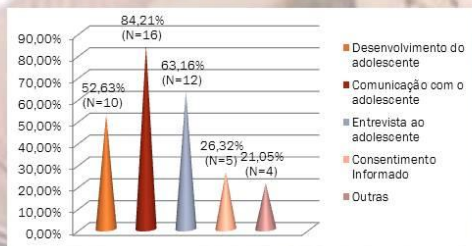
Sugestões para melhorar o atendimento ao adolescente - áreas da formação, relação com os enfermeiros, recursos humanos e recursos físicos:

- “formação na área do adolescente, e se possível a existência de mais privacidade com 1 gabinete para atendimento/conselhos”(E7).
- “melhorar a comunicação com o adolescente: ouvir em primeiro lugar as suas queixas, se demonstrarem vontade de falarem a sos com os profissionais, respeitá-la” (E10).
- “pela enorme recorrência que temos tido de adolescentes com perturbações psicológicas deveria haver um psicólogo de apoio quer ao adolescente quer aos profissionais para a abordagem da situação” (E12).
- “uma vez que não é possível alterar o espaço físico podemos utilizar o gabinete de observação 1...” (E15).
- “sala de atividades mais focalizada no adolescente, *Wireless*” (E9).

02-05-2014

Resultados do estudo com enfermeiros do SUPED

Necessidades de formação no âmbito do atendimento ao adolescente



02-05-2014

Análise e discussão sobre os principais resultados do estudo

- Impacto aquando do alargamento da idade pediátrica até aos 17 anos e 365 dias
 - Aumento de afluência ao SUPED
 - Necessidade de aumento do número de enfermeiros.

Os princípios gerais na determinação de dotação e rácios de enfermeiros nos cuidados de saúde à criança e adolescente incluem: a existência de “enfermeiros experientes na área específica (pediátrica), pelo menos um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica por turno que oriente as equipas” e, “considerar o número de doentes e a intensidade de cuidados, as necessidades individuais (aspetos físicos e psicossociais) e as agregadas”.

(Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente, 2009, p. 79)

02-05-2014

Análise e discussão sobre os principais resultados do estudo

- ⇒ Influência das caraterísticas do local no atendimento ao adolescente
 - Partilha do espaço valorizada nas **dificuldades dos adolescentes** no SUPed
 - Falta de meios lúdicos e desadequação do espaço físico como **dificuldades dos adolescente em internamento** neste SUPed

O serviço de urgência é “o pior local para ver adolescentes, tanto por limitações que decorrem do próprio espaço físico que habitualmente não garante a privacidade, como pela falta de tempo e disponibilidade dos profissionais de saúde”.

(Fonseca, 2012, p.107)

02-05-2014

Análise e discussão dos principais resultados do estudo

- ⇒ **Preocupações e dificuldades** dos enfermeiros destacam-se no **Relacionamento e Comunicação** com o adolescente.
 - A privacidade
 - corresponde à maioria das preocupações dos enfermeiros no atendimento ao adolescente
 - é minoritariamente vista como uma das suas dificuldades.
 - Referida como **dificuldade do adolescente** quando internado neste SUPed

“Há que facilitar a acessibilidade e assegurar a privacidade e confidencialidade, permitindo, aos que desejem, o atendimento a sós”, pontos fundamentais no estabelecimento de um bom relacionamento entre o enfermeiro e o adolescente.

(DGS, 2013, p.12)

02-05-2014

Análise e discussão dos principais resultados do estudo

Os adolescentes desejam e valorizam os aspectos da privacidade nos cuidados de saúde, salientado a “privacidade informacional” (ou confidencialidade), no entanto, todas as outras dimensões da privacidade (psicológica, social, física) afetam a sua experiência nos serviços de saúde e a própria vontade de participar nos cuidados.

(Britto, Tivorsak e Slap, 2010)

02-05-2014

Análise e discussão dos principais resultados do estudo

- Necessária **formação** no âmbito do atendimento ao adolescente
 - Nas áreas da **Comunicação** e **Entrevista** ao adolescente, seguida das questões associadas ao desenvolvimento do adolescente.
 - Independentemente da formação anterior, é valorizada esta sugestão de formação, para a melhoria do atendimento

O **enfermeiro** é um **profissional autodirigido** nos seus processos de aprendizagem, porque identifica as suas necessidades e a melhor resposta para elas. O enfermeiro deve “**manter a atualização contínua dos seus conhecimentos** e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”, no sentido de adotar medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem na procura da excelência do exercício.

(artigo 88º, alínea c) do Código Deontológico, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

02-05-2014

Sugestões sobre eventuais mudanças no atendimento ao adolescente neste serviço ?

- ☞ **Manutenção da Privacidade**
 - Utilização sistematizada do gabinete de observação 1
 - Não efetuar atendimento no corredor
 - Fechar as portas/cortinas durante o atendimento
 - Atendimento a sós
- ☞ **Entretenimento/Meios Lúdicos**
 - Wireless
 - Revistas e folhetos educativos na sala de espera
 - Televisão na sala de internamento
- ☞ **Recursos Humanos**
 - Avaliação sobre dotação segura
 - Equipa multidisciplinar
- ☞ **Sessões de Formação teórico-práticas**
 - Comunicação com o adolescente
 - Entrevista ao adolescente

Quando?
Como?

02-05-2014

Considerações finais

- ☞ **A saúde dos adolescentes** é considerada uma **prioridade** e o profissional de saúde que deles cuida procura, a partir da perspetiva da qualidade, adequar as suas intervenções às necessidades de desenvolvimento, de saúde e de atendimento dos adolescentes, favorecendo a proteção e melhoria da sua saúde e bem-estar.

(OMS, 2002)

- ☞ **"A compreensão profunda do cliente adolescente proporciona uma fórmula eficaz** para o desenvolvimento de matérias e programas que tenham sucesso junto dos jovens"

(Breinbauer e Maddaleno, 2005, p.32)

02-05-2014

Considerações finais

- Alterações na estrutura física deste SUPed e o reequacionamento de alguns aspetos relacionais no atendimento, associado à constante atualização profissional poderão melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao adolescente no que respeita à acessibilidade, adequabilidade e eficácia de um serviço apropriado às necessidades dos adolescentes.
- Estes resultados indicam por um lado, a capacidade destes enfermeiros na reflexão sobre a sua prática profissional, e por outro a necessidade de atualização permanente ao nível da sua formação e respetivas práticas profissionais, concretamente ao nível da qualidade de atendimento em saúde do adolescente.

02-05-2014

Referências Bibliográficas

- Breinbauer, C. & Maddaleno, M. (2005). Youth: choice and change: promoting health behaviors in adolescents. Washington : Pan American Health Organization.
- Britto, M. T.; Tivorsak, T. L. & Slap, G. B. (2010). Adolescents' Needs for Health Care Privacy. *Pediatrics*. 126 (6) e1469–e1476. DOI:10.1542/peds.2010-0389.
- Castanheira, J. (2006). Adolescentes: que respostas? In Santos, L. (coord.). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. (pp.44-46). Lisboa: IAC.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Definição da idade pediátrica em Portugal. *Diário da República II Série*, N.º 112 (11-01-2010) 32123.
- Doods, H. (2010). Meeting the Needs of Young People in Hospital. *Pediatric Nursing*. 22 (9). 14-18. Acedido a 19/02/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21140889>
- Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes. Um desafio para Pais e Educadores*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República I Série* N.º 180 (16-09-2009) 6528-6550. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

02-05-2014

Referências Bibliográficas

- ☞ Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H. & Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- ☞ Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Vol.1 (Cadernos OE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ☞ Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/POCEEsaudeCriancaJovem.pdf>
- ☞ Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Acedido 21/11/2012. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html
- ☞ Organização Mundial de Saúde (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Acedido 11/12/2012. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html
- ☞ Prazeres, V. (1998). *Saúde dos Adolescentes: Princípios Orientadores*. Lisboa :DGS.
- ☞ Staa, A. L., Jedeloo, S. & Stege, H. (2011). "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Preference and Adherence*. Dove Medical Press, Ltd. 291-305. Acedido a 15/12/2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140311/pdf/ppa-5-291.pdf>

02-05-2014



Obrigada pela Atenção

Fonte da imagem de fundo: <http://publicidadenblogs.com/>

02-05-2014

Apêndice XXIV – Avaliação da Sessão de Formação em Serviço: O Atendimento ao Adolescente no Serviço de Urgência Pediátrica

Avaliação da Formação

(segundo o modelo adotado pela instituição de saúde)

Total de Formandos = 10

I. Ação de Formação				
Nome da formação	<i>O Atendimento ao Adolescente no serviço de Urgência</i>			
Data	02/05/2014			
II. Avaliação Global				
Para o preenchimento do questionário utilizou-se a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que:				
1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo Totalmente				
	1	2	3	4
1. Os objetivos da formação foram claros			10%	90%
2. Os conteúdos foram adequados aos objetivos			20%	80%
3. Os trabalhos, exercícios e atividades foram suficientes			30%	70%
4. A duração da ação/formação foi adequada			20%	80%
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo			20%	80%
6. As instalações foram adequadas			10%	90%
7. Os meios audiovisuais foram adequados			10%	90%
8. A documentação foi suficiente			30%	70%
9. O apoio administrativo e técnico foi o adequado			20%	80%
III. Avaliação do Impacto da Formação				
	1	2	3	4
1. Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos			20%	80%
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções			10%	90%
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho			10%	90%
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional				100%
IV. Avaliação dos Formadores				
Colocou-se um x no número que melhor correspondesse à avaliação perante o formador:				
Formador: Inês Serrão	1	2	3	4
1. O formador revelou dominar o assunto				100%
2. A metodologia utilizada foi adequada			10%	90%
3. A exposição dos assuntos foi clara			10%	90%
4. A relação estabelecida com os formandos foi Positiva			10%	90%

V. Sugestões/Críticas	
O que considerou mais útil na formação:	<p>"O alertar para uma diferenciação de abordagem neste grupo"</p> <p>"Todas as informações mostraram as diferenças entre as crianças e os adolescentes"</p> <p>"Estatísticas do SU"</p>
Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos:	<p>"Outra relacionada com os sentimentos do adolescente em relação ao nosso atendimento"</p> <p>"Alteração psicológica e do foro psiquiátrico"</p>
Sugestões de melhoria:	
VI. Grupo Profissional	
Enfermeiro (a) = 8	Outro = 2 (estudantes de enfermagem)

Apêndice XXV – Reflexão sobre o estágio no SUPed-y

Reflexão sobre o estágio no SUPed-y

O presente documento pretende refletir acerca da experiência em estágio, realizado de 20 a 31 de Janeiro de 2014 numa Urgência Pediátrica de um hospital considerado como de referência na área da pediatria e no qual os profissionais têm vários anos de prática no atendimento a adolescentes até aos 17 anos e 365 dias.

No respeito pela dignidade do utente pediátrico - criança/adolescente e pais, este serviço tem como missão prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, com qualidade e eficiência, a todas as crianças e adolescentes até aos 17 anos de idade, que se encontram em situação de doença aguda¹.

Habitualmente, a equipa de enfermagem para além do enfermeiro-chefe, é composta por 6 enfermeiros durante a manhã, 6 à tarde e 5 durante a noite, distribuídos pelos postos de trabalho: Triagem, SO, Sala de tratamentos, Sala de apoio à pequena cirurgia, ortopedia, ORL e pedopsiquiatria e posto de Enfermeiro Responsável de turno, em método individual de trabalho.

O enfermeiro responsável de turno é normalmente um enfermeiro, chefe de equipa e especialista em enfermagem. Este enfermeiro gere os postos de trabalho (distribuição e tempos), articula-se com os diversos postos de enfermagem, (eventualmente no apoio ou substituição temporária dos colegas), com a restante equipa de saúde do serviço e com outros serviços do hospital, se necessário, assim como intervém na resolução de problemas que surjam. O referido estágio decorreu essencialmente no acompanhamento de um enfermeiro responsável, que me foi atribuído como enfermeiro de referência.

No primeiro dia de estágio, com um dos outros enfermeiros da equipa, observei e participei no processo de triagem, sistematicamente diferente do conhecido Sistema de Triagem de Manchester® do meu local de trabalho. A triagem neste hospital está em processo de normalização pelo Grupo Dinamizador da Triagem, para que possa ser efetuada de modo uniforme por todos os enfermeiros da equipa. Tal como no meu local de trabalho, compete aos enfermeiros, estabelecer o grau de prioridade do utente pediátrico para o atendimento médico, em função da sua gravidade clínica.

¹ Hospital. (2005) *Boletim Informativo* 191/05 de 06 de Setembro.

Neste serviço, pela inexistência de fluxogramas de triagem, existe uma maior autonomia ao trabalho individual, no entanto a tomada de decisão poderá não ser uniforme de enfermeiro para enfermeiro.

Pela observação do enfermeiro do serviço na triagem aos utentes, pude constatar que, no que respeita à atribuição da prioridade, a avaliação e decisão de enfermagem era semelhante à do meu local de trabalho, fato que atribuo, principalmente à experiência de enfermagem, não só na triagem, mas principalmente na prestação de outros cuidados ao utente pediátrico.

Particularmente neste serviço de urgência, os utentes até aos 6 meses e as crianças/jovens referenciados de outras unidades de saúde têm prioridade para atendimento na triagem, sendo que este foi um dos temas de reflexão com os enfermeiros do serviço, porque não existe conhecimento de qual o motivo e gravidade do utente que vai esperar mais tempo para ser triado, podendo tratar-se de uma situação mais urgente em que se atrasa a avaliação.

No entanto, é necessária a triagem e atendimento rápidos de utentes que vêm referenciados de outros hospitais ou trazidos pela VMER, para cuidados de saúde diferenciados, ou por motivos de proveniência de serviços de urgências mais básicas, sendo que nestas situações já foi efetuado o contacto telefónico prévio ao encaminhamento.

Por ser o enfermeiro triador, o primeiro profissional de saúde a contactar com a criança/jovem e acompanhante, a relação inicial que se estabelece, de confiança, com a avaliação e tranquilização das angústias da família com uma criança/jovem doente, torna-se muito importante ao longo do seu percurso no serviço de urgência.

Na minha atividade de observação participativa na triagem, atendendo à componente emocional, procurei estabelecer uma relação empática com a criança ou jovem (principalmente o adolescente sem acompanhante) e família, minimizando sentimentos de ansiedade ou impaciência, através de uma calma explicação acerca do processo de triagem e do seu objetivo, assim como do circuito do doente naquele serviço.

No segundo dia de estágio, conheci o meu enfermeiro de referência, especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, apresentei-lhe o meu projeto específico de estágio, assim como a metodologia da ESEL no curso de pós-licenciatura de especialização e os objetivos da unidade curricular Estágio com Relatório. Foi proposto pelo mesmo a realização de um questionário, que pudesse

favorecer a realização do 2º objetivo específico de “Identificar as principais preocupações dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família no serviço de urgência”.

O referido questionário foi elaborado com o objetivo de conhecer as preocupações e dificuldades especificamente dos enfermeiros deste serviço de urgência, tendo tido a aprovação do enfermeiro chefe do serviço e colaboração do enfermeiro de referência para a realização do pré-teste e distribuição pelos restantes elementos das equipas com quem não pude contactar. Pelo número de questionários devolvidos, obteve-se a participação de cerca de 55% dos enfermeiros.

Os resultados dos questionários são consistentes com algumas observações efetuadas sobre as intervenções de enfermagem, durante o período de estágio naquele serviço, ou seja, a preocupação dos enfermeiros no que se refere à privacidade é evidente em:

- a) situações de triagem, quando o enfermeiro, ciente das características do local de atendimento, faz a observação física na sala do lado, onde pode fechar a porta;
- b) internamento Sala de Observações, puxando as cortinas entre as camas ou;
- c) cuidados na sala de apoio à ortopedia, utilizando lençóis para evitar maior exposição corporal de adolescente, enquanto se efetuava a imobilização gessada do membro inferior.

Apesar das respostas ao questionário não serem maioritariamente (cerca de 41%) reveladoras de inadequabilidade do espaço físico do serviço, quando coloquei a questão direta aos enfermeiros durante os turnos, sobre “qual o aspeto que mais dificulta o atendimento ao adolescente neste serviço?”, este assunto foi o mais abordado, com respostas tipo “o serviço está a precisar de reformas estruturais” e “está assim, mas não dá para fechar para fazer obras”.

Relativamente à minha observação participativa na sala de tratamentos, esta foi uma experiência curta, e assim, com poucas (mas pertinentes) interações com adolescentes, onde estive sempre presente uma linguagem adequada ao seu desenvolvimento, permitindo a colocação de dúvidas esclarecendo os jovens, de acordo com as suas necessidades, tendo em atenção o seu consentimento (ou assentimento) para os tratamentos.

Particpei nos cuidados de enfermagem a um adolescente com uma reação alérgica/anafilática com necessidade de cuidados muito urgentes (e que aguardou a sua vez na triagem). Valorizo a rapidez de raciocínio do enfermeiro que trabalha num serviço de urgência pediátrica, com intervenção a utentes, com idades variáveis, desde neonatos a adolescentes.

Particularmente neste jovem foi necessário rever o protocolo de atuação de adulto, pois tinha 17 anos e, pela avaliação física, apresentava semelhanças e peso de adulto, por outro lado, era necessário uma intervenção rápida de enfermagem, sem esquecer o quanto a situação de emergência poderá ser stressante para o próprio e para o pai que estava presente. A comunicação foi dificultada pelo adolescente e pai serem de origem chinesa, nomeadamente na perceção da causa de reação (um medicamento chinês), e na transmissão da informação sobre os procedimentos ou para solicitar a sua colaboração, onde a linguagem não-verbal se tornou essencial (um sorriso e um gesto ou toque com a mão para tranquilizar).

Esta poderá ser considerada uma situação complexa, onde se evidencia a atuação diferenciada do enfermeiro especialista, seja na diferença e especificidade na satisfação das necessidades da criança/adolescente e família, quer no que respeita à competência relacional, e na mobilização de conhecimentos e habilidades com rigor técnico/científico.

A sala de tratamentos deste serviço de urgência, sendo um espaço reduzido, tem a vantagem de não permitir atendimentos em simultâneo, facilitando a privacidade, no entanto, como consequência, aumenta o tempo de espera para os utentes em geral, sendo necessário que o enfermeiro, preferencialmente especialista, tenha a competência específica no domínio da gestão dos cuidados, garantindo a segurança e qualidade, em tempo ótimo.

Relativamente ao tempo de espera neste serviço de urgência, segundo os enfermeiros do serviço, este é elevado, pela enorme afluência de utentes e enorme área de abrangência deste hospital de referência. Esta situação pode estar relacionada com outras situações mais problemáticas como agressividade por parte dos familiares, pelo que o serviço tem apoio de segurança permanente à porta.

Durante o estágio um dos pais agrediu o segurança, tendo sido necessário a intervenção dos enfermeiros (profissionais mais próximos) para pacificar, agir no restabelecimento da segurança, chamada de outros profissionais e registo da situação.

Este tipo de situação, pela violência gerada, causa-me alguma ansiedade, por um lado, sendo um profissional de saúde a trabalhar em situação potencialmente insegura, e por outro lado, pela demonstração de violência e comportamento incorreto em frente de crianças e jovens, e mais preocupante, pelo exemplo que o pai está a dar ao seu filho, na gestão da sua frustração.

Não sendo possível interferir na família naquele momento, será importante a referenciação ao centro de saúde e por sua vez a interligação com a saúde escolar, assim com a implementação de programas de gestão da resiliência das crianças e adolescentes em meio escolar, numa perspetiva multidisciplinar, investindo nos jovens.

Sendo a pedopsiquiatria uma das áreas em que no local onde trabalho não existe apoio da especialidade (médica e de enfermagem), os utentes são transferidos, para observação neste hospital, durante o período de estágio, tive oportunidade de observar o atendimento a uma adolescente com problemas do foro da pedopsiquiatria, por tentativa de suicídio.

A consulta de pedopsiquiatria que assisti, após consentimento do médico e da adolescente, revelou-se algo diferente da minha expectativa, talvez por não ser a minha área de trabalho e de maior conhecimento, e porque estes utentes são logo reencaminhados do serviço onde trabalho para este hospital. Esperava uma entrevista mais direcionada à ajuda, mais motivacional, levando à reflexão sobre o seu problema, valorizando as suas capacidades. Sendo uma entrevista numa situação de urgência, esta decorreu mais direcionada para a identificação do problema real (diagnóstico médico), perceção do risco de vida e da capacidade dos familiares em prestarem apoio/segurança.

A adolescente pôde expressar a sós os seus problemas, sem a presença da mãe, tendo esta sido chamada depois para a última parte da consulta médica, o que salvaguardou as questões da confidencialidade, sem descurar o enquadramento legal da responsabilidade parental.

Normalmente a consulta é efetuada apenas com o médico psiquiatra, no entanto considero que a adolescente beneficiaria de uma abordagem multiprofissional logo no serviço de urgência, com acompanhamento do enfermeiro especialista.

A adolescente encontrava-se em risco, por ideação suicida verbalizada, sendo diagnosticada depressão, onde não foi identificado familiar que demonstrasse

disponibilidade temporal para a acompanhar, nomeadamente para ajudar na toma da medicação, pelo que foi proposto o internamento no serviço de psiquiatria de adultos do hospital da área de residência, já que o serviço de pedopsiquiatria deste hospital não tinha vagas.

Esta situação está a tornar-se uma preocupação a nível nacional, pela falta de serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, com o aumento de crianças e adolescentes com problemas do foro da saúde mental, cujas perturbações da infância apresentam um importante grau de continuidade para a adolescência e desta, ainda mais para a idade adulta, com grandes encargos à sociedade (Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde, 2011)². Ao nível do internamento pedopsiquiátrico, só existem no setor público em Portugal 2 serviços com lotação de 10 camas cada.

Foi igualmente possível efetuar uma visita ao serviço de pedopsiquiatria deste hospital. Foi importante para observar as diferenças de funcionamento, relativamente a serviços de internamento médico-cirúrgico de adolescentes, que já conhecia. As questões de segurança, pelo risco de fuga estão mais evidentes, tal como não acompanhamento parental, e as visitas familiares serem supervisionadas.

Este serviço tem algumas atividades ocupacionais e terapêuticas cuja organização, tempos e ações definidas, conforme o plano terapêutico acordado entre profissional de saúde e criança/adolescente, e para o qual previamente é feita uma avaliação criteriosa do utente, pois estas têm enorme influência no processo de recuperação e/ou reintegração da criança ou adolescente na sua comunidade, segundo o enfermeiro especialista do serviço.

Para terminar esta reflexão sobre o meu estágio neste serviço, saliento a disponibilidade de todos os profissionais da equipa de saúde, para as minhas questões, e por permitirem a minha participação nos cuidados, e a amabilidade com que me acolheram. Ao nível das experiências e aprendizagem com o enfermeiro de referência, foi possível atingir os objetivos de estágio propostos integrando competências de enfermeiro especialista, pela observação participativa, e pela reflexão partilhada sobre as atividades de enfermeiro especialista.

28 de Março de 2014

Maria Inês Pereira Serrão

² Coordenação Nacional para a Saúde Mental & Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Documento técnico de Suporte*. Lisboa: ACSS, CNSM.

Apêndice XXVI – Reflexão sobre o estágio no SUPed-x

Reflexão sobre o estágio no SUPed-x

Esta reflexão refere-se a um período de estágio para o qual tinha expectativas bastante positivas e algo interventivas, na aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista por ser no meu próprio local de trabalho, ou seja, não sendo iniciante neste contexto, talvez perita em algumas áreas da prestação de cuidados, e pelo conhecimento prévio do local e da equipa de saúde, poderia desenvolver de forma mais afirmativa o meu projeto intitulado: *“O enfermeiro como promotor da qualidade de atendimento ao adolescente em serviços de saúde”* nas suas várias dimensões, objetivos específicos e atividades.

Previamente ao período de estágio, que decorreu em Janeiro e Fevereiro de 2004, efetuei algumas breves reuniões com a enfermeira chefe do Serviço de Pediatria, por sua vez chefe do serviço de urgência pediátrica do hospital, afim de validar a pertinência e exequibilidade do projeto referido anteriormente, tal como obter a sua aprovação para orientação em estágio. Dada a área temática enquadrar-se na qualidade de atendimento, e por esta enfermeira ser perita e formada na área, considerei ser uma mais-valia tê-la como enfermeira de referência.

Por sua sugestão, oportunamente ainda antes do início do estágio, apresentei o meu “pré-projeto” específico aos enfermeiros, na reunião do serviço a 9 de Outubro de 2013, o qual foi aceite pelos 15 enfermeiros presentes, já que o atendimento ao adolescente é referido como uma dificuldade sentida, desde que foi alargada a idade de atendimento neste serviço.

A reunião formal com a enfermeira de referência, para apresentação do meu projeto específico de estágio neste contexto, ocorreu na primeira semana de Janeiro de 2014. Apresentei a proposta de atividade de divulgar e desenvolver o meu projeto com toda a equipa de saúde do serviço, também através de e-mail, o qual definimos nesse dia de “e-formação”, atividade esta que se enquadrava no 5º objetivo específico: “refletir com a equipa de saúde sobre as práticas atuais de atendimento ao adolescente e família, incluindo necessidades de eventuais mudanças ou formação e planeamento da sua implementação”.

Para a concretização deste objetivo foram concomitantemente efetuadas diversas reuniões oportunistas entre a equipa de saúde presente, durante os turnos

de serviço, no local de trabalho, com bastante importância para a troca e comunhão de ideias sobre o atendimento (preocupações e dificuldades comuns aos médicos e enfermeiros, e possíveis sugestões de melhoria), assim como para comentários (positivamente reveladores) sobre os e-mails recebidos, e sobre os quais nem sempre houve resposta escrita, conforme solicitado.

Considero que não é só a expectativa, motivação pessoal e capacidade de motivar o outro que intervêm, mas todo o contexto atual de trabalho e a própria perspectiva, necessidade ou interesse dos outros profissionais de saúde da equipa.

Os referidos e-mails foram enviados nos dias 15, 24 e 31 de Janeiro, e um último a 26 de Fevereiro; o seu conteúdo consistia na divulgação das mais recentes conceções, projetos de intervenção e investigação da OMS, DGS, OE e SPP e outras instituições sobre o atendimento ao adolescente. As respostas aos e-mail foram escassas, por cerca de 13% dos 47 destinatários, justificado por um lado pela pouca iniciativa na resposta escrita, por outro, porque nem toda a equipa acede frequentemente à caixa de correio eletrónico oficial do local de trabalho, endereço de e-mail optado para divulgação da informação, conforme me foram relatando.

Penso que esta atividade foi das mais importantes, pela sua visibilidade aquando da partilha da informação e como estratégia do EEESCJ (estudante) na promoção e efetivação da colaboração entre a equipa multidisciplinar de saúde, considerado como o elo de ligação.

O 3º e 4º objetivos específicos de estágio consistiam em identificar as principais preocupações e necessidades dos enfermeiros sobre as questões do atendimento ao adolescente e família, assim como conhecer possíveis sugestões dos enfermeiros para a melhoria do atendimento ao adolescente e família em serviços de urgência; neste sentido, foi aplicado, após autorização da enfermeira chefe do serviço, um questionário previamente elaborado e pré testado, aos enfermeiros que prestam cuidados no serviço de urgência pediátrica.

A opção pela colheita de dados através de questionário justificou-se pela perceção que seria uma forma de obter maior participação dos enfermeiros e pelos recursos temporais disponíveis, inadequados à aplicação de entrevistas.

Destacam-se nas respostas dos enfermeiros, as suas preocupações e dificuldades no relacionamento e comunicação com o adolescente. A privacidade, corresponde à maioria das preocupações dos enfermeiros no atendimento ao adolescente no entanto, é minoritariamente vista como uma das suas dificuldades. A percepção do enfermeiro, no que respeita às dificuldades do adolescente, revela a privacidade do adolescente como sendo a maior das suas dificuldades quando recorre (associada à exposição corporal) e, principalmente, quando fica internado neste serviço de urgência pediátrica.

Os principais resultados deste questionário indicam também que o maior impacto, do alargamento da idade pediátrica até aos 17 anos e 365 dias neste SUPed-X, ocorreu na organização e funcionamento do serviço.

Os participantes avaliaram o atendimento neste serviço de forma positiva e sugeriram também mudanças na estrutura física e formação no âmbito do atendimento ao adolescente, nomeadamente na comunicação com o adolescente e entrevista ao adolescente.

Sendo o cliente o centro da intervenção de enfermagem, segundo Meleis (2007), o conhecimento do outro (adolescente), passa em grande parte pelo reconhecimento das suas necessidades, dos seus desenvolvimentos e transições¹.

No sentido do conhecimento do cliente, um dos objetivos específicos deste estágio consistia em “caraterizar a população adolescente que recorre aos serviços de urgência pediátrica e os motivos de procura, especificamente deste serviço durante um período de 10 meses”, e outro em, “analisar as necessidades de atendimento dos adolescentes quando recorrem e durante o internamento neste Serviço”.

Entre as atividades propostas, aprofundou-se a pesquisa bibliográfica sobre os principais motivos de procura de cuidados no serviço de urgência pediátrica, assim como de legislação aplicável ao adolescente no serviço de urgência, de modo a comparar e fundamentar a análise dos dados obtidos. Neste âmbito, participei no

¹ Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (4th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Workshop HFF intitulado “O Consentimento do Adolescente: As escolhas em saúde”, particularmente interessante para a atualização no que respeita às implicações ético-legais do atendimento em saúde e pela partilha de vivências com dilemas éticos no atendimento ao adolescente (no seguinte anexo).

Por questões organizacionais e determinantes temporais efetuei previamente (em Novembro de 2013), o pedido de autorização ao conselho de administração para aplicação de entrevistas semiestruturadas aos adolescentes internados no serviço de urgência Pediátrica, em situação de alta para o domicílio, e internados no serviço de Pediatria após transferência do serviço de urgência Pediátrica.

Os objetivos das entrevistas consistiam em:

a) identificar as necessidades dos adolescentes em relação ao atendimento no serviço de Urgência Pediátrica, no âmbito dos critérios de qualidade preconizados (OMS e OE),

b) Conhecer a opinião dos adolescentes sobre o atendimento dos profissionais de saúde e as condições do serviço e,

c) recolher sugestões dos adolescentes para possíveis mudanças a implementar relativamente ao seu atendimento neste serviço.

A aprovação do Conselho de Administração do Hospital, após a aprovação do seu Conselho de Ética, foi dada já no decorrer do período de estágio, pelo que foi efetuado pedido de prorrogação do prazo de aplicação das entrevistas, para a fase de elaboração do relatório de estágio, o qual foi aceite. Neste sentido a análise e discussão das questões abertas das entrevistas ainda está a ser efetuada, pelo que não se incluiu nesta reflexão, mas que irá ser incluído no relatório de estágio.

A caracterização dos adolescentes, como referida para um dos objetivos específicos, foi obtida com a ajuda de um técnico de informática do hospital, com autorização e encaminhamento pela enfermeira chefe do serviço de pediatria.

Os adolescentes (das 10 aos 17anos) que recorreram a este serviço correspondem a 18,84% do total de utentes pediátricos admitidos neste serviço nos 10 meses a que se referem os dados. Os resultados mostram um aumento de cerca de 5 adolescentes por dia desde o alargamento da idade pediátrica neste serviço de

urgência. Verifica-se maior evidência na procura pelas raparigas, e globalmente com situações maioritariamente pouco urgentes.

Do ponto de vista do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, foram projetadas algumas atividades, na perspectiva de orientação das práticas de cuidados segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Segundo Meleis e colaboradores, (2000) um processo de transição, nomeadamente de saúde-doença, deixa o indivíduo mais vulnerável, pelo facto de não saber como agir perante uma situação nova e desconhecida que lhe causa insegurança, como uma inesperada situação de doença, com necessidade de atendimento no serviço de urgência.²

O enfermeiro é normalmente o primeiro profissional de saúde a contactar com o adolescente e família, no momento da triagem, influenciando, com a primeira imagem e intervenção a adaptação da família ao momento/transição, por outro lado, será também o profissional que mais tempo de contacto terá com o cliente, com um lugar privilegiado no processo de relação e intervenção terapêutica, podendo minimizar os fatores de *stress* da situação.

No que concerne à comunicação com o adolescente, tive sempre em atenção a opinião do próprio, dirigindo-me a ele em primeiro lugar, demonstrando disponibilidade em ouvi-lo. Raramente no meu serviço o adolescente comparece sem acompanhante, logo é importante valorizar a queixa do próprio, estabelecendo uma relação de confiança e evitando que a presença do acompanhante possa inibir o seu discurso, estando atenta para a necessidade de privacidade e confidencialidade.

Compete ao EEESCJ, tentar conhecer todas as condições da transição que o adolescente vivencia, identificar quais as suas reais necessidades, de modo a

² Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H. & Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

colaborar no processo de reajuste e adaptação aos eventos que geram instabilidade (Zagonel, 1999).³

Desenvolvi a capacidade de comunicação e relação com o adolescente e família, principalmente nas situações de denotada ansiedade, conversando calmamente, com linguagem acessível, disponibilizando tempo para os ouvir e esclarecer dúvidas, assim como informar sobre as questões organizacionais do serviço, nomeadamente a triagem e o circuito do doente, ou sobre os tratamentos, que lhe possam estar a causar alguma perturbação.

Numa situação de maior urgência, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para uma rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, tal como garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, mas também comunica com o adolescente e família de forma apropriada e faz a gestão dos cuidados (OE, 2010). Como exemplo, em estágio, numa situação de acidente de bicicleta de um adolescente de 16 anos, efetuei uma triagem rápida das necessidades, valorei a dor, atribuindo a prioridade de laranja – muito urgente, e mobilizei a equipa médica para uma rápida observação diferenciada e prescrição de medicação antiálgica de atuação mais rápida, que não se encontra no protocolo de analgésicos do serviço.

Tenho o cuidado de me apresentar ao adolescente e família e depois começar a avaliação inicial, e previamente às intervenções de enfermagem tenho em atenção o esclarecimento e consentimento sobre os procedimentos, quer do adolescente, quer da família, com a confiança no âmago da nossa relação.

Nas diversas situações de prestação de cuidados de enfermagem na sala de tratamentos, promovendo a autonomia e autodeterminação do adolescente, organizei os cuidados de acordo com as suas preferências e opinião nomeadamente decidir sobre o sabor do soro de rehidratação oral ou sobre o local onde colocar o acesso venoso periférico (não ser na mão dominante para poder escrever sms no telemóvel), respeitando a sua vontade de recusa de determinado tratamento,

³ Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana enfermagem*, 7 (3), 25-32.

quando se perspetivavam outras possibilidades, por exemplo, não querer fazer medicação intramuscular e poder efetuar via oral.

Uma das problemáticas mais sensíveis/difíceis para a equipa de enfermagem consiste em atuar perante o adolescente com alterações do comportamento ou problemas do foro psiquiátrico, sendo que estes são encaminhados para outro hospital, por não existir apoio da especialidade neste serviço.

Não considero simples a atuação do enfermeiro nestas situações de maior complexidade, no entanto tive em atenção, a necessidade de expressão das emoções do adolescente e família, e o estabelecimento de condições de segurança de todos, proporcionando ao adolescente momentos a sós, caso a presença dos pais faça gerar mais agressividade ou ansiedade. Paralelamente investi na referenciação imediata destas situações, telefonicamente para o hospital de destino e posteriormente por e-mail ou carta para o centro de saúde de modo a assegurar a continuidade dos cuidados.

Em todas as situações esteve presente a premissa de manutenção da privacidade, confidencialidade e autonomia do adolescente e família, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal acrescida do enfermeiro especialista, sendo que esta é uma área que gera preocupação no serviço onde trabalho.

Várias atividades ao longo do estágio contribuíram para a sensibilização da equipa de saúde para estas questões, nomeadamente a apresentação do projeto na reunião do serviço, a referida “e-formação”, diversas reuniões entre a equipa de saúde presente, a realização do estudo com os adolescentes, e do estudo com os enfermeiros do serviço.

Foi importante a realização de atividades, autonomamente e em colaboração com os outros profissionais, de atendimento aos adolescentes e famílias e atividades, promovendo o atendimento/cuidado de enfermagem com privacidade, por exemplo:

- ter a sala de tratamentos fechada durante os procedimentos, (minimizando interrupções e potencial exposição do adolescente);

- retirar uma maca do local de triagem para que os bombeiros possam colocar o adolescente, que vem em maca, e assim a triagem ser efetuada de forma mais resguardada e não no corredor;

- efetuar a transferência para plano duro em situação de trauma dentro da sala de reanimação, em vez de ser no corredor;

- promover o atendimento no gabinete médico 1 (individual) e não na sala em *open space*, encaminhando o adolescente e família, principalmente com patologia do foro psiquiátrico para aguardar nessa sala em vez da sala de espera entre outras intervenções,

Algumas destas ideias surgiram da partilha e sugestões consensuais da equipa de saúde, quer através das respostas aos, questionários, quer pelos e-mails e ainda pela reflexão conjunta no local de trabalho.

31 de Março de 2014

Maria Inês Pereira Serrão

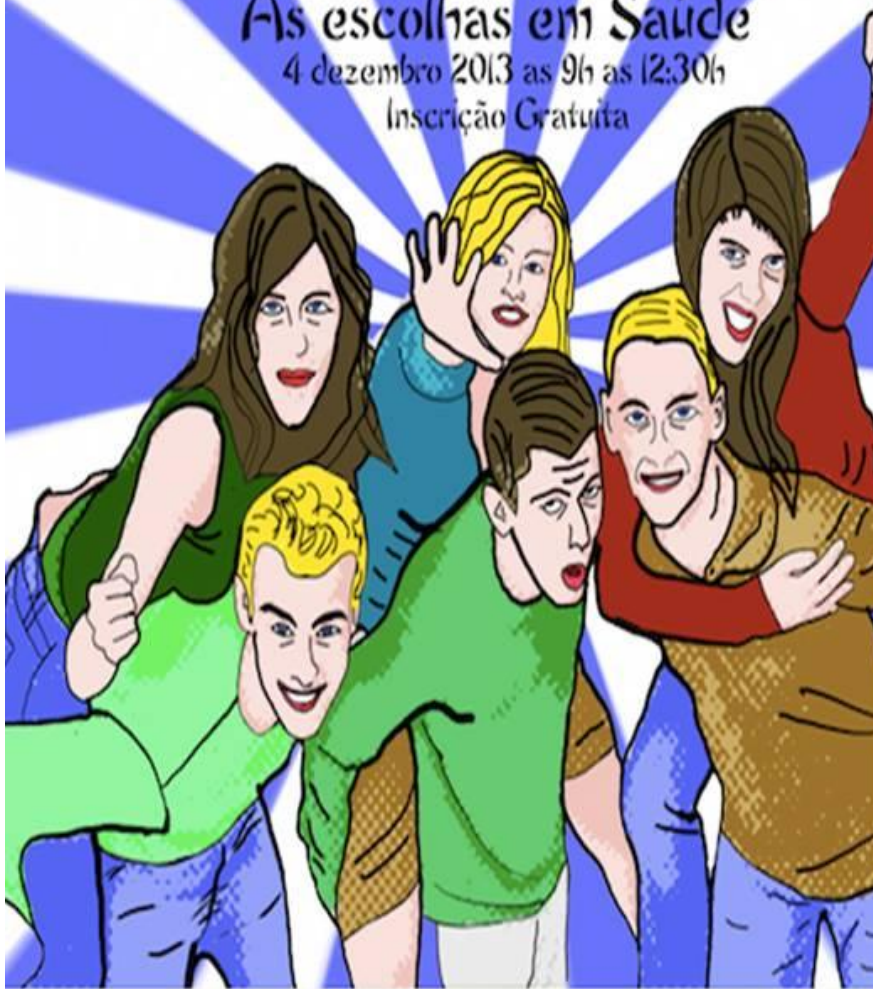
**ANEXO – Folheto do Workshop HFF - O consentimento do Adolescente:
As escolhas em Saúde**



Workshop Hff

O Consentimento do Adolescente: As escolhas em Saúde

4 dezembro 2013 as 9h as 12:30h
Inscrição Gratuita



Programa

Início: 9.00h

9.10h: Dr^a Catarina Luis:

“Desenvolvimento cognitivo e adolescência:
implicações no Consentimento Informado”

Neuropediatra; Pós graduada em Desenvolvimento Infantil

9.50h: Prof.^a Maria João Santos

“O adolescente e a tomada de decisão em saúde”

Docente na Universidade Atlântica; Enfermeira Especialista em
Saúde Infantil e Pediatria; Mestre em Bioética

10.40-11h: Coffebreak

11h: Prof^o André Dias Pereira

“Informação e esclarecimento: consentimento e
recusa: conceitos perturbadores num mundo de
hierarquias e vulnerabilidades”

Docente na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Pós-
graduado em Direito da Medicina; Mestre em Direito; Tesoureiro da
Associação Mundial de Direito Médico

11.40h: Discussão

12.30h: Encerramento