

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

**IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA VIVÊNCIA DAS TRANSIÇÕES DO
ADOLESCENTE HOSPITALIZADO**

Relatório de estágio para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da
Criança e Jovem

Maria João Martins Gabriel

Orientadora: Professora Coordenadora Teresa Serrano

Coorientadora: Professora Adjunta Clara André

Santarém, Julho 2014

A comunicação é um processo tão complexo que, tendo em conta as ciladas que apresenta, o seu sucesso é quase um milagre.

(PHANEUF, 2005).

AGRADECIMENTOS

À senhora Professora orientadora Teresa Serrano e à senhora Professora coorientadora Clara André, pela orientação, compreensão, motivação e disponibilidade demonstrada na execução deste trabalho.

Aos enfermeiros especialistas que me acompanharam no percurso formativo nos diferentes campos de estágio.

Aos colegas de trabalho e amigos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste projeto.

Aos adolescentes e suas famílias com que me fui cruzando.

Por último, mas os mais importantes, à minha família, pelo apoio e compreensão especialmente nos momentos de ausência.

RESUMO

O presente relatório pretende dar visibilidade às intervenções e estratégias mobilizadas durante a unidade curricular Estágio II do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem e fundamentar a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista com recurso à prática baseada na evidência.

As idades de atendimento nos serviços de Pediatria em Portugal variam conforme o hospital, no entanto a legislação determina o alargamento deste até aos 17 anos e 364 dias. Esta situação implica a criação de estruturas físicas adequadas e a formação de profissionais de saúde de modo a que estes desenvolvam competências no atendimento dos adolescentes, destacando-se a comunicação.

Sendo a adolescência um dos períodos do ciclo vital mais conturbados em que a construção da identidade é a tarefa principal, a hospitalização será um fator que irá dificultar esse processo.

Segundo Meleis o adolescente hospitalizado encontra-se a vivenciar várias transições. A hospitalização torna-o vulnerável. Atendendo a estes fatores deve ser dada especial atenção à comunicação com o adolescente.

Através da análise dos artigos selecionados pelo protocolo de pesquisa nas bases de dados científicas, procurou-se encontrar a melhor evidência da importância da comunicação com o adolescente hospitalizado.

Palavras-chave: adolescente, comunicação, hospitalização, transição

ABSTRACT

The course presented in this report intends to give visibility to the interventions and strategies that were mobilized throughout the course of Internship II from the Master's Degree in Nursing of the Children and Young People's Health, as well as fundament the gain of abilities as a specialist nurse with the help of based on evidence practice.

The age for treatment in the pediatric services in Portugal varies from hospital to hospital, however the legislation determines that it should be extended until 17 years and 364 days. This situation requires the creation of appropriate physical structures and the health professionals' education in order to develop skills on the treatment of adolescents, highlighting communication.

Being adolescence on of the most troubled periods in the life cycle in which the construction of identity is the main task, hospitalization will be a factor that will complicate this process.

As Meleis defends, the hospitalized adolescent is experiencing several transitions. Hospitalization makes the adolescent feel vulnerable. Given these factors, it must be given special attention to the communication with the adolescent.

Through the review of the selected articles from the research protocol in the scientific databases, it was sought to find the best evidence that shows the importance of the communication with the adolescent.

Key-words: adolescent, communication, hospitalization, transition

SIGLAS

CMESCJ – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

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

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

HDE – Hospital Dona Estefânia

HDS – Hospital Distrital de Santarém

HVFX – Hospital Vila Franca Xira

LVT- Lisboa e Vale do Tejo

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 - JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA	14
2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	16
2.1 – ADOLESCENTE E ADOLESCÊNCIA	16
2.2 – CONTRIBUTOS DA TEORIA DE MELEIS	19
2.3 – O ADOLESCENTE E A VIVÊNCIA DAS TRANSIÇÕES	21
2.4 – COMUNICAÇÃO	23
2.5 – COMUNICAR COM O ADOLESCENTE HOSPITALIZADO	25
3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	30
3.1 – PROTOCOLO DE PESQUISA	30
3.2 – PROCESSO DE SELECÇÃO DOS ARTIGOS	31
3.3 – RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA	38
4 - ANÁLISE DA PRÁTICA CLÍNICA À LUZ DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E DA INVESTIGAÇÃO	42
4.1 – UNIDADE DE PEDIATRIA DO HDS	43
4.2 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS DO HDE	47
4.3 – URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HVFX	52
5 – CONCLUSÃO	56
6 – BIBLIOGRAFIA	58

ANEXOS	61
Anexo I – Artigos Científicos	62
Anexo II – Projeto de Estágio	64
Anexo III – Questionário sobre necessidades formativas	81
Anexo IV – Publicitação da Sessão Formativa no HDS	83
Anexo V – Plano da Sessão Formativa HDS	85
Anexo VI – Sessão de Formação HDS	87
Anexo VII – Plano de integração de alunos na Unidade de Pediatria do HDS	92
Anexo VIII – Lista de contactos de Enfermeiros de referência do ACES Lezíria	97
Anexo IX – Carta de Alta de Enfermagem da UCIN do HDE	100
Anexo X – Carta de Alta de enfermagem reformulada	105
Anexo XI – Publicitação da Sessão Formativa no HVFX	107
Anexo XII – Plano de Sessão Formativa no HVFX	109
Anexo XIII - Sessão Formativa no HVFX	112

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estádios de desenvolvimento pubertário de Tanner	17
Quadro 2 – Forma de apresentação do Adolescente durante a entrevista	27
Quadro 3 – Técnicas de Comunicação	28
Quadro 4 – Pergunta PICO	30
Quadro 5 – Critérios de exclusão / inclusão dos artigos	31
Quadro 6 – Intervenções de enfermagem que promovem a interação e a comunicação com o adolescente hospitalizado	40

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de transição em Enfermagem	21
Figura 2 – Diagrama do processo de seleção dos artigos	32

INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento surge integrada na Unidade Curricular Estágio e Relatório, enquadrada no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem (CMESCJ) da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS).

De acordo com Correia (2003, p.1), “o relatório deve dar ao leitor, de forma gradual, a informação necessária para a compreensão do problema, dos métodos usados e dos resultados obtidos”.

Este relatório pretende descrever o percurso de aprendizagem em contexto da prática clínica através da descrição e da reflexão das atividades desenvolvidas. Pretende ainda dar a conhecer a aquisição de competências de EEESIP (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) suportada pela evidência científica.

Desde 1989 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos. Este período pode ser entendido como uma etapa de transformações. É durante este que o ser humano é conduzido à fase adulta transitando entre as alterações corporais e a necessidade de adaptação à organização de estruturas psicológicas e ambientais. A adolescência caracteriza-se por ser uma fase de transição na qual existem transformações físicas, cognitivas e psicossociais. Para melhor compreender as transições recorre-se à teoria de Meleis (2010).

A Direção Geral de Saúde (DGS), através do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), tem como uma das suas prioridades a adaptação progressiva dos cuidados de atendimento pediátrico. Refere ainda que a especificidade do atendimento/acompanhamento dos adolescentes implica que a equipa de saúde tenha formação adequada para responder às suas necessidades físicas, psicológicas e emocionais bem como da família.

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) no seu Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “pretende sistematizar os elementos essenciais da entrevista no atendimento ao adolescente contribuindo, dessa forma, para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de Enfermagem ao adolescente”, (2010, p. 13). Este guia dá ênfase à comunicação como essencial no atendimento de Enfermagem ao adolescente. O adolescente possui características especiais que se relacionam com a idade, fase do desenvolvimento, estilos de vida e comportamentos.

A OE no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem (EEESCJ) dá especial atenção à adolescência como é visível através da competência E3.4 que afirma que o EEESCJ "Promove a auto estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde" (2010, p.5).

A população adolescente em Portugal em 2007, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), era de 10.6% da população portuguesa o que reforça a importância do investimento nos cuidados de saúde a este grupo etário de forma a trazer benefícios às gerações posteriores.

O Enfermeiro Especialista (EE), de acordo com os princípios gerais respeitantes ao seu exercício, é um profissional a quem foi atribuído um título "que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade" (REPE 1996, capítulo II, Artigo 4º, alínea 3).

O conteúdo da atuação do EE define-se na sua área de intervenção, sendo no caso do EEESCJ, "dirigida aos projetos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida" (OE 2007 p. 17). Tendo em conta estes conceitos pretende-se "desenvolver competências que possibilitem uma assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança e adolescente" (UCP 2008, p.8), promovendo o seu desenvolvimento e adaptação nos diversos contextos de saúde e de doença.

O EEESCJ detém o seu espaço de intervenção em torno da idade pediátrica, entendida entre o nascimento e os 18 anos (excepto em casos especiais), e em todos os contextos de acolhimento a recém-nascidos, crianças, adolescentes, jovens e suas famílias, estabelecendo uma parceria de cuidar, promotora da otimização e manutenção da sua saúde. O seu exercício assenta num modelo conceptual de cuidados centrados na criança e na família, integrando valores considerados essenciais, inerentes aos cuidados de enfermagem em Pediatria: o reconhecimento da família como cuidadora principal, a valorização dos cuidados antecipatórios, intervindo como elemento facilitador do papel parental, a defesa do cumprimento dos princípios estabelecidos na Carta da Criança Hospitalizada.

A comunicação é um dos focos de atenção desta especialidade, o EEESCJ advoga, em qualquer situação, a segurança e bem-estar da criança/família, adequando

os cuidados e os conteúdos da informação aos vários estádios de desenvolvimento e às dinâmicas familiares.

Em termos estruturais, este é constituído por quatro capítulos. Apresenta um capítulo de fundamentação teórica, justificando e enquadrando a área temática desenvolvida ao longo do estágio, bem como os modelos conceptuais que foram os alicerces da prática clínica. Seguidamente será apresentada a revisão sistemática da literatura que engloba toda a metodologia realizada e a análise efetuada após a seleção dos artigos. O terceiro capítulo analisa os módulos integrante do estágio, uma contextualização dos locais selecionados, as intervenções desenvolvidas para a sua concretização e as competências especializadas adquiridas. No último capítulo procede-se à conclusão deste relatório, uma reflexão final sobre as mudanças pessoais e profissionais resultantes deste percurso académico, sobre as dificuldades sentidas e limitações encontradas, apresentando sugestões de melhoria, de forma a melhor cuidar o adolescente.

1 – JUSTIFICAÇÃO TEMÁTICA

O cuidado é a essência da Enfermagem, o seu significado vai para além da técnica porque integra o individuo em todas as suas dimensões. No caso do adolescente contempla não só a compreensão da adolescência como os processos de transição que acompanham esta fase do ciclo vital.

A área da adolescência tem feito parte do percurso profissional, inicialmente em contexto hospitalar e desde há alguns anos, através da saúde infantil, em Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Surgiu, entretanto, a necessidade de adquirir mais conhecimentos, sólidos, próprios de formação académica adicional, que permita consolidar anteriores conhecimentos e experiências.

Novos desafios têm sido colocados a essa prática, como a operacionalização do Despacho n.º 9871/2010, publicado em 11 de Junho que visa assegurar a acessibilidade dos cuidados pediátricos até aos 18 anos em qualquer serviço do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Este alargamento leva um maior número de utentes aos serviços de pediatria e à necessidade de os profissionais serem detentores de uma base sólida de conhecimentos, especialmente a nível da comunicação. A prática profissional mostrou, também, a dificuldade em comunicar com o adolescente o que motivou a necessidade de formação no âmbito da comunicação para melhor cuidar a criança/jovem e família.

Atualmente, o papel da comunicação com o adolescente é, ainda, transversal aos diferentes contextos da prática clínica em Enfermagem, designadamente através das atividades desenvolvidas nas escolas através do programa de Saúde Escolar e do atendimento em gabinete de apoio ao aluno.

Na adolescência a doença grave é rara, o que torna difícil para estes aceitar a doença ou incapacidade. Segundo os dados da DGS (2008) a hospitalização entre os 10 e os 14 anos é de 1,5% no Continente para o sexo masculino e 1% para o sexo feminino. Em relação às idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos a hospitalização de indivíduos do sexo masculino é de 3,2% e para o sexo feminino de 4,6%. Em relação à região Lisboa e Vale do Tejo (LVT) a taxa de hospitalização é inferior, de uma forma geral, em relação à média do Continente. Para o sexo masculino entre os 10 e os 14 anos é de 1,3% e para o sexo feminino de 0,7%. Na faixa etária dos 15 aos 24 anos os

valores da região LVT são mais aproximados da média do Continente, sendo para o sexo masculino de 2,6% e para o feminino de 4,6%

Ao longo do percurso formativo, em contexto de estágio, também surgiu do levantamento das necessidades formativas no serviço de Pediatria, a necessidade de aprofundar a área da comunicação como fator facilitador de cuidar o adolescente que vivencia várias transições.

A Carta da Criança Hospitalizada (1988) também valoriza a especificidade do atendimento às crianças com diferentes faixas etárias e ainda dá especial atenção à necessidade de informação como se pode verificar em alguns dos seus artigos. Assim no seu artigo 4 refere que “ as crianças e os pais têm o direito de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão...”, no artigo 5 diz ainda que “ as crianças e os pais têm direito à informação para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde” e o artigo 6 afirma que “ as crianças devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade”.

O adolescente, enquanto experiencia vários processos de transição, torna-se um indivíduo vulnerável (Meleis, 2010). A hospitalização, nesta fase assume particular dimensão devido à vulnerabilidade que acompanha esta fase do desenvolvimento. O carácter crónico ou agudo da doença, a hospitalização, os efeitos psicológicos e físicos, em conjunto, perturbam o processo de resolução desta fase de desenvolvimento.

Coloca-se então como área temática de interesse a importância da comunicação na vivência das transições do adolescente hospitalizado.

2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Comunicar faz parte da prática do enfermeiro, sendo reconhecido e considerado por muitos um dos elementos essenciais ao desenvolvimento da profissão. Cabe ao enfermeiro a função de cooperar com o adolescente nesta situação complexa.

Este, deve ser detentor de um conjunto de competências, de habilidades de comunicação, estar atento às mudanças e exigências impostas pela transição e compreender esta vivência do adolescente (Meleis et al, 2000).

2.1 – ADOLESCENTE E ADOLESCÊNCIA

Segundo Cordeiro (2004), nas sociedades primitivas não existia o termo adolescência, mas sim jovem adulto. A passagem para a idade adulta era assinalada com rituais de passagem. Nas raparigas, habitualmente, era o aparecimento da menarca que assinalava essa passagem e nos rapazes a realização de provas de virilidade que lhes conferia esse estatuto.

A OMS, referida pela OE (2010), considera adolescentes os indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos. Divide este período em 3 fases, a adolescência anterior dos 10 aos 14, a adolescência média dos 14 aos 17 e a adolescência tardia dos 17 aos 19 anos.

Não obstante todas as limitações cronológicas que se possam fazer, a adolescência é um período com rápidas alterações físicas a que se associam modificações corporais. As alterações pubertárias mais significativas estão sistematizadas no seguinte quadro 1.

Quadro 1 – Estádios do Desenvolvimento Pubertário de Tanner (DGS, 2012)

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

Também Fonseca (2005) refere que a adolescência é o percurso da dependência até à autonomia onde acontecem alterações a quatro níveis:

- Biológico – comandadas pela puberdade, irá influenciar o surto de crescimento e as diversas transformações a nível do corpo;
- Cognitivo – referente à capacidade de elaborar raciocínios cada vez mais complexos;
- Psicológico – verifica-se o desenvolvimento da autonomia e construção de identidade;
- Social – relaciona-se com o desempenho de novos papéis

Durante a adolescência o individuo liberta-se dos constrangimentos e limitações do pensamento concreto, passando a ser capaz de pensar de forma formal, abstrata e virtual (Piaget, 1979, Wong e Whaley, 1997). Este autor conclui que as capacidades cognitivas dos adolescentes desenvolvem-se a partir das capacidades para pensar e raciocinar típicas das crianças mais novas. Cada nova capacidade é uma elaboração e uma integração de capacidades intelectuais anteriores.

Wong e Whaley (1997, p.82) referem que Piaget “descreveu 4 períodos principais de desenvolvimento cognitivo: o estágio sensório-motor (do nascimento aos 2 anos), o estágio intuitivo ou pré-operacional (2 a 7 anos), o estágio das operações concretas (dos 7 aos 12 anos) e o estágio das operações formais (dos 12 aos 16 anos)”. O adolescente adquire assim a capacidade de pensar as possibilidades, de pensar através de hipóteses como forma de resolução de problemas, e são capazes de planificar o seu pensamento.

Wong e Whaley (1997) referem que Erickson também desenvolveu o seu trabalho no estudo da adolescência. Este autor desenvolveu a teoria psicossocial considerando 8 idades no desenvolvimento do ciclo da vida, desde o nascimento até à morte, debruçando-se sobre a dimensão psicossocial do desenvolvimento e considerando fundamentais as relações do indivíduo no meio em que se insere. Os 8 estádios são:

- confiança versus desconfiança (dos 0 aos 18 meses)
- autonomia versus dúvida e vergonha (18 meses aos 3 anos)
- iniciativa versus culpa (3 a 6 anos)
- mestria versus inferioridade (6 a 12 anos)
- identidade versus confusão (12 a 18/20 anos)
- intimidade versus isolamento (18/20 a 30 e tal anos)
- generatividade versus estagnação (30 e tal a 60 e tal anos)
- integridade versus desespero (depois dos 65 anos)

No contexto deste relatório será valorizado o estádio identidade versus confusão por ser o correspondente à adolescência.

A teoria de Erikson (1968), citada por Wong e Whaley (1997) pode ser caracterizada por dimensões bipolares específicas. A forma como o indivíduo resolve as crises bipolares determina o processo de crescimento saudável ou o contrário. A crise de identidade é marcada por uma confusão de identidade e desencadeará um processo de identificação com pessoas, grupos e ideologias. Tornar-se-á uma espécie de identidade provisória até que a crise de identidade seja resolvida e uma identidade autónoma seja construída.

Considera ainda este autor que a resolução da crise de identidade é a principal tarefa da adolescência, em que o indivíduo tenta adaptar o sentido físico do eu às mudanças físicas da puberdade, além de desenvolver uma identidade sexual madura, procurar novos valores e fazer uma escolha ocupacional.

Erikson (1968) defende ainda que até resolver a crise de identidade o indivíduo não tem um senso consistente do “self” ou um conjunto de parâmetros para avaliar o seu próprio valor. Quando o resultado é mal sucedido chamou-lhe confusão de identidade.

O adolescente tem uma grande capacidade para sentir, pensar e questionar. Tudo é feito de forma intensa. As dificuldades para comunicar neste período estão na base de muito dos conflitos que surgem, seja na relação com os progenitores (dependência/autonomia) ou com os pares. Pode ainda mostrar-se "... silencioso e um pouco hostil..." (OE, 2010 p. 24) o que pode ser entendido como barreira defensiva.

Maas (2005) refere que a instabilidade gerada pelo processo de transformação pode provocar insegurança e ansiedade, dificultando ou impedindo a sua adaptação. O confronto consigo mesmo resulta da necessidade de rutura com o ambiente familiar e a ligação ao grupo de pares. A desejada liberdade pode parecer assustadora pela responsabilidade que acarreta. Estas características quando somadas às modificações pubertárias criam uma etapa de crise, conduzindo o adolescente a uma situação de desequilíbrio, evento denominado de transição.

2.2 – CONTRIBUTOS DA TEORIA DE MELEIS

Para cuidar do adolescente é necessário que o enfermeiro desenvolva competências para compreender o processo de vivência da transição a que este se encontra sujeito. Como ajuda neste processo recorre-se à teoria de Meleis (2010).

O termo transição provém do latim *transitiōne* que significa mudança, passar de um estado, assunto, período ou lugar para outro (Abreu, 2008). As transições são um conceito de interesse em enfermagem (Meleis, 1997). Facilitar a transição é o foco central da Enfermagem.

Quando o individuo vivência situações de desequilíbrio necessita adaptar-se, mobilizando os seus recursos para enfrentar os problemas, para resolver de forma adequada a transição que está a ocorrer. Transição é o processo psicológico pelo qual a pessoa passa para ultrapassar uma nova situação sendo geradora de mudança e crescimento (Zagonel, 1998 citado por Maas, 2005).

Para Meleis (1997), a transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro. Refere ainda que a transição constitui uma mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, expectativas ou habilidades. Denota mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos. A transição requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento, altere o seu comportamento e as definições de si própria.

Cuidar os indivíduos e as comunidades a gerir as transições que afetam a sua saúde é um desafio para os profissionais de enfermagem, quer antes durante e depois da mudança (Meleis, 2007).

A teoria das transições de Meleis explora os tipos de transições, propriedades universais da transição, condições inibidoras ou facilitadoras da transição, indicadores da transição saudáveis e estratégias terapêuticas de enfermagem. Considerou três tipos de transições: a desenvolvimental, a situacional e a de saúde-doença. Mais tarde surgiu um quarto tipo, a organizacional (Meleis, 2007).

Esta autora refere que a transição desenvolvimental compreende períodos transitórios da vida envolvendo todo o ciclo vital, nesse tipo de transição encontra-se a adolescência. Essa fase tem especial significado na relação entre o cuidador e o ser cuidado, baseada na confiança, interação e transação, consolidando assim a visão humanística. A transição situacional envolve a ocorrência de eventos inesperados, incluindo-se nesta a hospitalização. A transição de saúde-doença estabelece-se quando existe a passagem de uma condição saudável para uma condição de doença. O ser humano depara-se com mudanças que desestabilizam o seu quotidiano gerando sentimentos de inadequação face à nova situação. Defende ainda que as transições desenvolvimentais compreendem processos de maturação desde o nascimento até à morte. A transição situacional consiste em eventos, esperados ou não, que desencadeiam alterações e levam a pessoa a enfrentar a nova situação. A transição de saúde-doença inclui as mudanças biopsicossociais e espirituais que influenciam a adaptação do indivíduo ao ambiente. A organizacional está relacionada com o contexto social, político, económico e com as mudanças da estrutura e na dinâmica da organização.

As transições apresentam algumas semelhanças entre elas, são as chamadas propriedades universais das transições. Nestas propriedades incluem-se os acontecimentos significativos, que envolvem desenvolvimento, fluxo e movimento e têm repercussões ao nível da identidade, papéis sociais e padrões de comportamento (Meleis et al, 2000).

O processo de transição é influenciado por várias condições tais como os significados, as expectativas, níveis de conhecimento e habilidades. É ainda influenciado pelo ambiente, e pelo bem-estar físico e emocional.

Meleis (2007) afirma ainda que a forma como os seres humanos respondem às transições e o modo como o ambiente afeta essas respostas são questões fundamentais para a enfermagem.

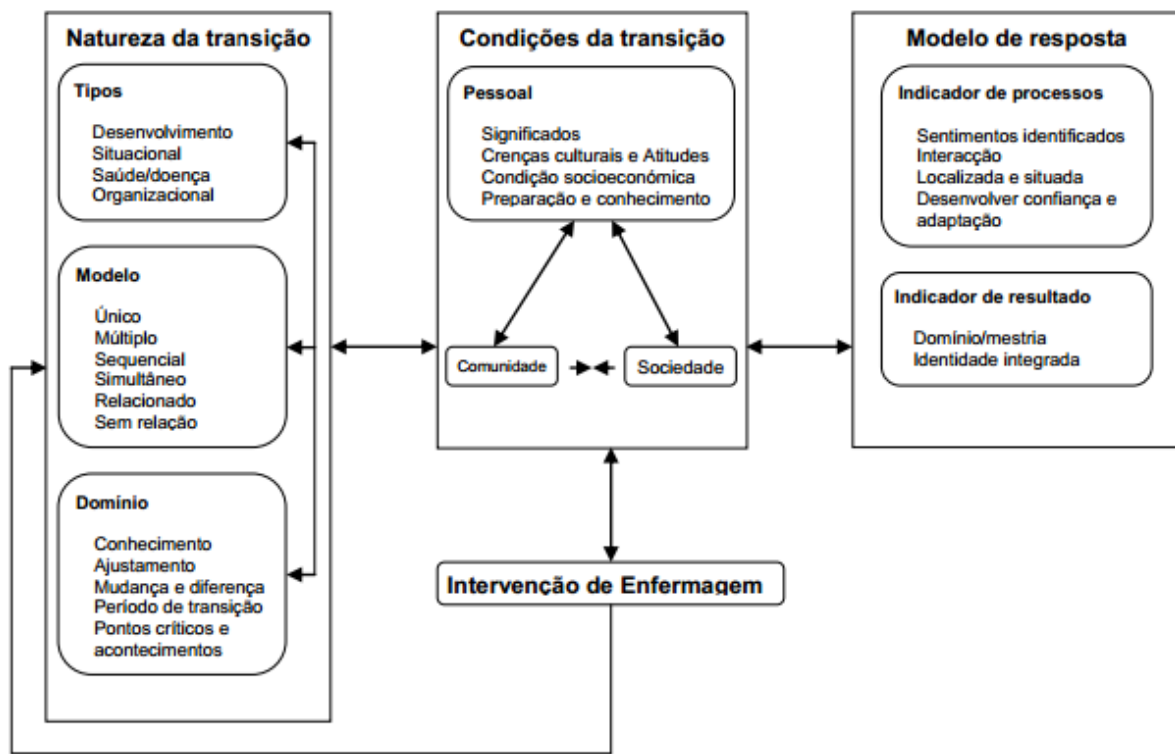


Figura 1 - Modelo de Transição em Enfermagem, adaptado de Meleis et al (2000).

Os enfermeiros são os primeiros cuidadores dos utentes e suas famílias quando estes estão a experienciar uma situação de transição. São ainda os agentes que preparam os indivíduos para as transições e também os que os ajudam a desenvolver competências para lidar com a situação (Meleis et al, 2000).

2.3 – O ADOLESCENTE E A VIVÊNCIA DAS TRANSIÇÕES

A adolescência é uma fase da vida cujas características são o rápido crescimento e desenvolvimento, associa-se a adolescência ao bem-estar, à saúde e à vida. Almeida (2004) refere que é mais difícil para pais, educadores e profissionais de saúde gerirem o adoecer deste grupo etário, e mais difícil ainda gerirem a necessidade de hospitalização.

O adolescente hospitalizado vivencia simultaneamente a transição desenvolvimental (adolescência), a de saúde-doença e situacional de hospitalização (Meleis, 2010). A hospitalização provoca acontecimentos que vão originar alterações de papéis. O enfermeiro deverá ser detentor de conhecimentos sobre transições, de

habilidades de comunicação e sensibilidade para compreender a essência da vivência do adolescente. Também para esta autora, o enfermeiro tem como função ajudar a gerir as transições.

O seu desafio é compreender o adolescente e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar. Está habilitado a assistir as pessoas que vivem transições, trabalha com estas antes, durante e após o processo de transição. A adaptação às mudanças decorrentes da hospitalização do adolescente exige do indivíduo e da família novas formas de organização e requer o desenvolvimento de habilidades para lidar com as pressões, as ansiedades e as incertezas existentes.

Meleis (2010) defende que os recursos da comunidade como o suporte familiar e acessibilidade aos cuidados de saúde podem também facilitar ou dificultar a vivência da transição. O desenvolvimento de coping permite o aumento de confiança e o recurso a este mecanismo permite uma melhor adaptação a um novo contexto.

O adolescente, enquanto experiencia vários processos de transição, torna-se um indivíduo vulnerável (Meleis, 2010). A autora refere também que a hospitalização, nesta fase assume particular dimensão devido à vulnerabilidade que acompanha esta fase do desenvolvimento. O carácter crónico ou agudo da doença, a hospitalização, os efeitos psicológicos e físicos em conjunto, perturbam o processo de resolução desta fase de desenvolvimento. Há ainda que ter em conta que o adolescente já consegue entender as implicações da sua doença e é capaz de participar nas decisões relativas aos cuidados e tratamentos. Esta situação vai de encontro ao que Piaget (1979) defende quando refere que o adolescente já tem capacidade para formar esquemas conceptuais abstratos e tem poder para executar operações mentais dentro dos princípios da lógica formal. O autor defende que o pensamento hipotético ou dedutivo é o aspeto mais importante nesta fase do desenvolvimento.

Maas (2005) considera que a hospitalização modifica a qualidade de vida, as rotinas e papéis e interrompe os projetos futuros. Algumas alterações que enumera são o isolamento social e a falta de privacidade, o que incomoda o adolescente. A existência de regras como horários para alimentação, horários de visitas, número de visitas ou quem são as visitas podem gerar conflitos entre o adolescente e especialmente com a equipa de enfermagem.

Refere ainda esta autora que a hospitalização contribui ainda para a perda de individualidade e liberdade e que determina um novo quotidiano. Os procedimentos

dolorosos podem fazer parte dessa nova realidade tal como a perda de poder e decisão sobre si mesmo e o seu corpo, assim os adolescentes podem vivenciar receios de perda de identidade e controle, de alteração da imagem corporal e de separação do seu grupo de pares. A doença e hospitalização fomentam a dependência e interferem com os sistemas habituais de apoio, gerando uma sensação de perda de controlo que pode desencadear comportamentos de isolamento, frustração, agressividade ou falta de cooperação.

Ainda, e segundo o estudo de Abreu e Azevedo (2012) os adolescentes hospitalizados consideram que um dos aspetos mais difíceis é o da ocupação do tempo. Neste estudo referiram que se sentem presos nas unidades e também que experienciam sentimentos de tristeza e angústia. As transições saúde-doença e situacional são apontadas como as mais negativas e, como exemplo, salientam o regime de visitas, não especificando de que forma este sistema de visitas provoca uma situação negativa durante a hospitalização.

2.4 – COMUNICAÇÃO

A comunicação humana é um processo que envolve a troca de informações. Riley (2004) refere que comunicar é enviar, transmitir, dar a conhecer. Consiste num processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas.

Para Phaneuf (2005) a comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (p. 23). Contudo é preciso não esquecer que estas pessoas são muito diferentes, tendo cada uma delas a sua biografia, a sua personalidade, as suas necessidades, as suas tendências e os seus problemas particulares.

Na perspetiva desta autora a comunicação invade-nos de todos os lados, encontra-se em toda a parte. Refere ainda que se situa no plano afetivo e cognitivo, o cognitivo é intelectual e informativo, relaciona-se com os fatos e os acontecimentos e transmite-se por meio de palavras. O plano afetivo toca nas emoções e nos sentimentos e é traduzido pelo comportamento não-verbal. As mensagens transmitidas nem sempre são voluntárias, podem ser acidentais ou mesmo inconscientes. Os primeiros minutos de uma comunicação são muito importantes porque uma má impressão na pessoa cuidada raramente é reversível. A comunicação interpessoal não é uma coisa simples, está presente em todos os momentos da atuação do enfermeiro e este deve reconhecer que a comunicação é o pilar de sustentação dos cuidados de enfermagem.

Phaneuf (2005) defende que a comunicação verbal é a forma que tomam as trocas quando intervém a palavra. É uma ferramenta de relação onde se transmitem as informações, opiniões, os sentimentos e as emoções. Permite aos humanos criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas. Para esta autora, quando o enfermeiro está em interação com o doente deve exprimir-se de maneira a ser compreendido e aceitar o que ele quer transmitir.

A mesma autora defende que o enfermeiro deve exprimir-se de forma simples, de modo a que os termos utilizados sejam compreendidos pelo doente que escuta. Para que tal aconteça deve excluir as abreviaturas e as siglas, os termos específicos e médicos, com construções de frases demasiados complicadas. Deve ainda ser clara para que os conceitos utilizados não levem a várias interpretações, de forma a evitar confusões devem ser realizadas as explicações necessárias. Deve também ser breve e concisa para que o doente não se perca nas explicações que tocam vários assuntos ao mesmo tempo. Deve ser apropriada ao tempo e às circunstâncias, deve ser escolhido o momento mais conveniente em função do dia, da hora e do estado do doente para recolher ou comunicar as informações necessárias. Por último, deve ser adaptável às reações do doente, o enfermeiro deve estar recetivo às oposições, incompreensões ou emoções que podem modificar o curso do diálogo.

Diariamente o enfermeiro é confrontado com várias interferências na comunicação. A referida autora divide as interferências em externas e internas, as externas são as interrupções causadas por chamadas telefónicas, entrada e saída de visitas, o som de rádios e televisões, os alarmes dos aparelhos de monitorização ou as interpelações dos colegas de enfermagem. Refere ainda que o material de proteção individual pode interferir nas trocas de informação entre o enfermeiro e o doente. As interferências internas podem surgir associadas a surdez, sonolência ou dispneia, entre outros.

Phaneuf (2005) diz-nos ainda, que a comunicação não-verbal é uma troca sem palavras, que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que acompanham e suportam as relações pessoais entre as pessoas. As mensagens são transmitidas por processos não linguísticos, inclui os gestos, a mimica, o volume e a modulação da voz, diversos sons e reações emotivas.

Também Roper et al (2001) referem que a comunicação utiliza habitualmente dois canais principais, a comunicação verbal e não-verbal. A verbal integra a palavra escrita e falada e a não-verbal inclui a paralinguagem e a cinética, utilizadas muitas vezes simultaneamente. A paralinguagem reflete a forma como utilizamos a linguagem.

Estas autoras defendem, ainda, que o corpo também pode transmitir mensagens e dão como exemplo a forma de andar. A expressão facial é uma fonte muito rica de informação sobre o estado emocional do indivíduo. Mencionam que a comunicação é uma atividade altamente individualizada mas que o fundamental da comunicação não é o indivíduo mas sim a relação que se estabelece.

2.5 – COMUNICAR COM O ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

Na vivência humana a comunicação é considerada uma questão de enorme importância pois influencia toda a nossa existência, a nível pessoal, profissional ou de grupo. Faz parte da prática de enfermagem, sendo reconhecida e considerada como um dos elementos do desenvolvimento do enfermeiro. Ser detentor de uma comunicação eficaz é de fato uma capacidade que, como elemento de competência, está presente nas mais variadas situações e contextos. A comunicação constitui, ainda um componente essencial para o relacionamento entre os elementos da equipa de enfermagem, entre a equipa multidisciplinar e entre o enfermeiro e a criança/jovem/ família.

Em pediatria a comunicação assume uma enorme importância, nomeadamente a não-verbal, como é referido por Hockenberry (2006), durante a interação com adolescentes, os componentes não-verbais do processo de comunicação são os que lhes transmitem as mensagens mais significativas.

Lazure (1994) refere que o enfermeiro através do tom e dos gestos pode transmitir uma atitude solidária sem qualquer julgamento o que mostra a importância da linguagem não-verbal no processo da comunicação.

A comunicação com o adolescente terá de ter características adequadas a este estágio de desenvolvimento, como refere Roper et al (1995, p.34) “ a idade é fator crucial relativamente à comunicação. ... os jovens dependem certamente de outros que os ajudem nesta atividade”. Estas autoras defendem ainda que “ a adolescência é um período de transição, com flutuações entre o desejo de independência adulta e a regressão ao estado de dependência infantil” (1995, p.97). Nesta situação o enfermeiro deve estar recetivo à necessidade do adolescente, incluir ou não a família deverá ser uma decisão deste, como é defendido por Erikson citado pela OE (2010).

Também Wong e Whaley (1997, p.101) referem esta ambivalência quando afirmam que “à medida que as crianças entram na adolescência, elas flutuam entre pensamentos e comportamentos de crianças e de adultos...os adolescentes ficam mais

ansiosos em discutir as suas preocupações com um adulto externo à família mas frequentemente agradecem a oportunidade de interagir com uma enfermeira”, (1997,p.101). Esta autora reforça a importância dos enfermeiros na interação com o adolescente.

Assim, saber escutar os adolescentes, ter disponibilidade para os escutar, sentarmo-nos a seu lado, mesmo sem palavras, transmite-lhes uma sensação de segurança. Saber ouvir é uma das melhores formas de oferecer apoio, criando uma atmosfera receptiva e de aceitação com o adolescente e sua família (Hockenberry, 2006). Este autor considera a comunicação a habilidade mais importante a utilizar na relação com a criança/jovem e família.

Refere, ainda, que os adolescentes valorizam aqueles que demonstram interesse por eles, sem impor os seus valores e respeitando o que eles pensam ou dizem.

Manter uma distância de conforto que respeite o espaço do adolescente, sempre que possível, mostrar disponibilidade para ouvir, privilegiar um espaço adequado onde a privacidade possa existir, garantir o sigilo e ter presente que o adolescente tem uma energia e um poder de concentração diferentes são fatores que o enfermeiro deve prever para promover a comunicação, como é defendido no Guia de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE (2010).

Os sentimentos ambivalentes próprios da adolescência poderão ser uma barreira na relação utente/enfermeiro, tal como as alterações físicas poderão provocar constrangimento por causar algum embaraço ao adolescente que está ser cuidado.

Torna-se um desafio a prestação de cuidados ao adolescente por parte do enfermeiro. Podem existir adolescentes que pretendam ser tratados como adultos, outros poderão regredir para um comportamento infantil que se manifestará por sinais de medo e ansiedade ou no desejo de proximidade parental. Poderá também apresentar relutância em participar na tomada de decisões (Abreu, 2012).

Fonseca (2005) refere que não há adolescência mas sim adolescentes, cada um é único. Diz-nos ainda que são necessários alguns requisitos para um bom atendimento ao adolescente: competência, boa capacidade de comunicação que se treina, sensibilidade, respeito e compreensão. Alerta-nos ainda para a importância da confidencialidade.

O Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE (2010) dá ênfase à comunicação como essencial no atendimento de Enfermagem ao adolescente. O adolescente apresenta particularidades que se relacionam com a

idade, fase do desenvolvimento, estilos de vida e comportamentos. O guia aponta que a entrevista deve ser estruturada em três fases: acolhimento, exploratória e resolutiva.

Na primeira fase podem estar presentes pais e adolescente, depois apenas o adolescente. Esta situação pode aumentar a confiança, autoestima e autonomia em relação aos pais. Na fase exploratória é importante colher dados sobre a motivação para a mudança assim como as potenciais áreas de aprendizagem, o que será importante para promover a adesão terapêutica. Na fase resolutiva dá-se ênfase à educação para a saúde planeada de acordo com a avaliação realizada de forma a aumentar a capacidade do adolescente controlar a sua saúde.

A OE (2010) assume que dilemas éticos, também, se colocam no atendimento do adolescente especialmente no que respeita à autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo. No que respeita ao princípio da autonomia refere que o adolescente tem que percorrer as etapas do desenvolvimento sociomoral para possibilitar tomadas de decisão com responsabilidade. Em relação à privacidade o adolescente tem direito a ser atendido individualmente, em espaço privado estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde. A confidencialidade garante que informações conhecidas pelos profissionais de saúde não serão reveladas sem a autorização deste. É necessário informar o adolescente face à necessidade de quebra de sigilo, especificamente quando existem situações de risco de vida para este ou para outras pessoas.

A forma como o adolescente se apresenta poderá condicionar a comunicação (OE, 2010). O quadro 2 sistematiza a forma de apresentação do adolescente e propostas de intervenção para a atuação do enfermeiro.

Quadro 2 – Forma de apresentação do adolescente durante a entrevista (OE, 2010).

Forma como o adolescente se apresenta	Como atuar
Falador	O enfermeiro deve deixá-lo falar mas orientando a conversa até à reflexão pessoal.
Nervoso	Habitualmente receia a observação, o enfermeiro deve explicar que esta só se realiza com a sua autorização.
Silencioso	Acontece habitualmente quando é obrigado a recorrer aos serviços de saúde, o enfermeiro deve conseguir demonstrar

	essa necessidade.
Escarnecedor	O adolescente é provocador, desvaloriza as coisas importantes porque sente que perde o controlo da situação, o enfermeiro deve valorizá-lo porque provavelmente está ansioso.
Hostil	O enfermeiro deve entender que o motivo da sua raiva não é o enfermeiro e deve evitar a escalada da agressão mútua que irá ser prejudicial ao estabelecimento de uma relação.
Choroso	O enfermeiro deverá permitir o choro e apoiar de forma silenciosa. Quando o adolescente se sentir aliviado poderá iniciar-se a abordagem.

Adaptado do Guia de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010, p. 59)

Segundo a OE (2010), citando Rogers, existem técnicas de apoio narrativo que contribuem para a comunicação bidirecional, promovendo uma melhor explicitação e um clima de maior empatia entre o enfermeiro e o adolescente. Para melhor compreensão apresentam-se no quadro 3 as diferentes técnicas sugeridas.

Quadro 3 – Técnicas de Comunicação

Técnicas de Comunicação	Características das técnicas de Comunicação
Perguntas abertas	Estas questões não podem ser respondidas com poucas palavras. Possibilita que o adolescente explicita aumentando assim a perceção sobre o assunto.
Escuta reflexiva	As afirmações são devolvidas de forma a tentar esclarecer o assunto.
Reestruturação positiva	Destaca os pontos fortes do adolescente apoiando com comentários e frases que expressem compreensão, reforçando a autoestima e autoconfiança.
Auto motivação	Podem ser colocadas questões de forma a reconhecer o problema.

Respostas em espelho	Fazem eco ao que foi referido pelo adolescente repetindo a parte final da resposta.
Usar exemplos na 3ª pessoa	Pode ser útil na abordagem de assuntos mais embaraçosos
Afirmações de apoio e ânimo	Contribuem para um sentimento de compreensão.
Clarificação	Utiliza-se perante uma resposta imprecisa, destina-se a ajudar o adolescente a compreender o que está a referir.

Adaptado do Guia de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010, p.63)

O estilo de comunicação também deve ser funcional, como refere Phaneuf (2005), o termo funcional significa para a autora estar adaptado a uma função definida. Deve ser adaptada aos conteúdos práticos e concretos, ao tipo de intervenientes e ao tipo de situação.

3 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Ciente da necessidade de um nível elevado de saberes e do desenvolvimento de competências que conduzam ao agir fundamentado e à prática de excelência surge a necessidade de procurar evidência científica.

Existiu, portanto, a necessidade de conhecer e sistematizar as intervenções de enfermagem que sejam facilitadoras da comunicação com o adolescente para que este melhor vivencie as transições durante a hospitalização.

Assim, foi construída a seguinte pergunta de pesquisa **“Qual a importância da comunicação na vivência das transições do adolescente hospitalizado?”**

A formulação da pergunta seguiu a metodologia PICO: P (Participantes) - adolescentes hospitalizados, I (Intervenção) - Comunicação, C (Comparação) - não se aplicou, O (Outcomes) -Transições

Quadro 4 - Pergunta PICO

P	Participantes	Quem foi estudado?	Adolescente	“Adolescent”
I	Intervenção	O que foi estudado?	Comunicação	“Communication”
C	Comparação			“Hospitalization”
O	Outcome	Resultado	Transições	“Transitions”

3.1- PROTOCOLO DE PESQUISA

Limitadores de pesquisa na base de dados:

- Consulta a 26/06/2014
- Base de dados eletrônica b- on
- Friso cronológico (7 anos – 1/01/2007 – 31/05/2014)

- Resumo disponível
- Prática baseada em evidência
- Qualquer autor é enfermeiro
- Validação dos descritores na Mesh Browser

De forma a realizar a pesquisa e obter artigos adequados ao estudo estabeleceu-se um conjunto de critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 5 - Critérios de inclusão/exclusão nas bases de dados

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Intervenções	Estudos/artigos escritos em inglês, português ou espanhol Texto completo em PDF	Todos os artigos que não contemplem a temática
	Estudos de abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas da literatura que contribuam para a evidência científica do estudo	

3.2- PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Os resultados obtidos apresentam-se de seguida.

PALAVRA-CHAVE	Nº DE ARTIGOS
1 – adolescent	156 192
2 – communication	757 824
3 – hospitalization	112 626
4 – transitions	318 416

CONJUGAÇÃO DE PALAVRAS-CHAVE	Nº DE ARTIGOS
1+2	27 297
1+3	4 752
1+4	5 868
2+3	10 384
2+4	34 207
3+4	1 843
1+2+3	1 130
1+2+3+4	108

Da leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados, foram selecionados três para a leitura do texto integral, que confirmaram a pertinência para a problemática em estudo. Vários artigos estavam repetidos na base de dados e muitos não tinham resumo disponível em PDF. O resumo dos restantes artigos levou à sua rejeição.

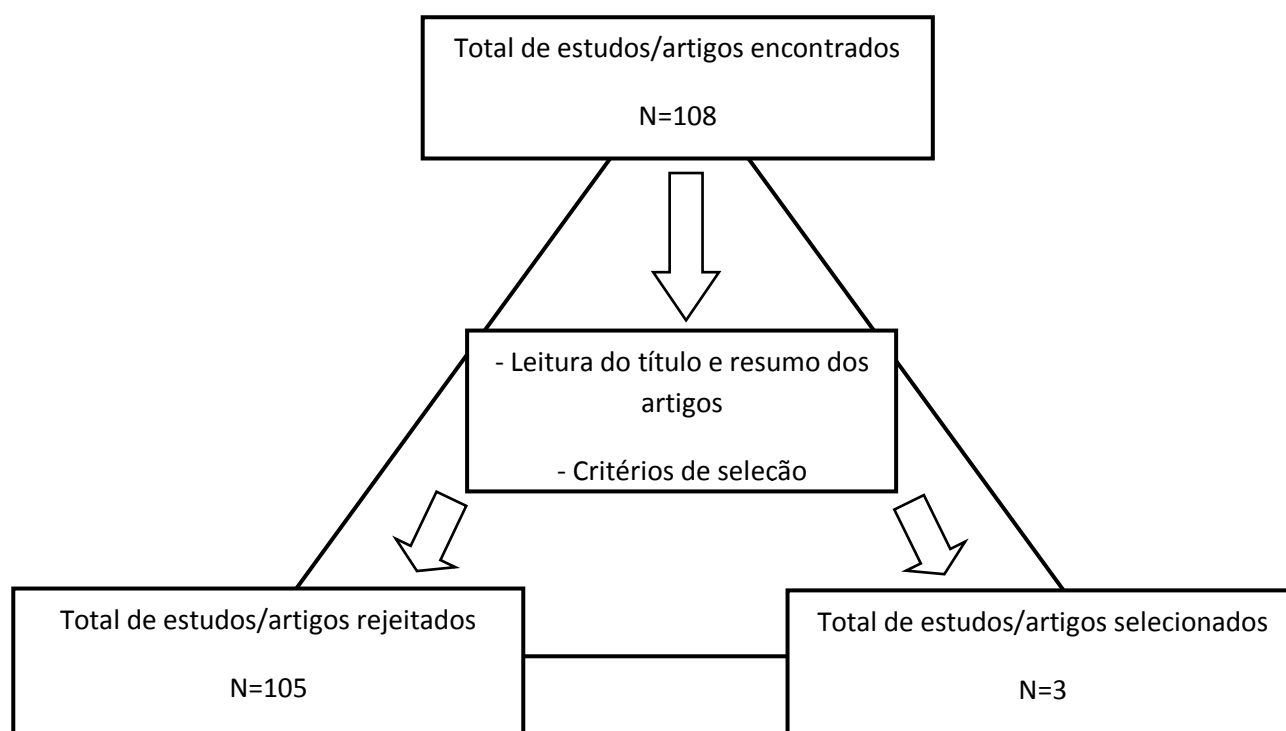


Figura 2 – Diagrama do processo de seleção dos artigos

Os artigos selecionados encontram-se no anexo I.

ARTIGO SELECIONADO – FICHA DE LEITURA (artigo 4)

TÍTULO	Uncertainty in adolescents and young adults with cancer
AUTORES	Carol L. Decker, Joan E. Haase, Cynthia J. Bell
ANO	2007
PAÍS	EUA
POPULAÇÃO	193 adolescentes e jovens adultos com idades compreendidas entre os 11 e os 22 anos que compreendem inglês e sem doenças do sistema nervoso central de 6 centros pediátricos da América do Norte.
MÉTODO	Artigo descritivo e comparativo. Colheita de dados através de questionários, a incerteza foi medida através da Mishel s Uncertainty in Illness Scale. Escala com 33 itens, em que 16 estão relacionados com a doença, 12 são sobre a perceção do tratamento e o sistema de cuidados de saúde. O resultado obtido foi a soma de todos os itens.
OBJECTIVOS	Descrever a incerteza, percecionada por 3 grupos de adolescentes e jovens adultos com cancro, em períodos específicos da sua experiencia oncológica: recém – diagnosticados, diagnosticados entre 1 a 4 anos e diagnosticados há 5 ou mais anos.
RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>A população do estudo é constituída por 193 adolescentes e jovens adultos entre os 11 e os 22 anos que foram divididos como recém-diagnosticados, diagnosticados entre 1 e 4 anos, e diagnosticados há mais de 5 anos.</p> <p>Os dados do estudo foram recolhidos utilizando uma escala do tipo Likert com 33 itens, concebida para avaliar a incerteza e o stress associado à hospitalização. A análise dos dados não encontrou diferenças significativas para idade, género ou etnia, em relação ao tempo de sobrevivência dos 3 grupos.</p> <p>Os sobreviventes recém-diagnosticados tinham incertezas significativamente maiores relacionadas com a dor no futuro, a evolução imprevisível da doença, as diferentes funções de cada grupo</p>

	<p>de profissionais de saúde e preocupações sobre quando poderiam auto cuidar-se.</p> <p>Os sobreviventes diagnosticados há 5 ou mais anos apresentavam maior nível de incerteza relacionado com a informação sobre o estado em que se encontram e a possibilidade do sucesso do tratamento.</p> <p>Todos os sobreviventes apresentaram níveis elevados de incerteza sobre os significados múltiplos da informação fornecida pelos técnicos de saúde.</p> <p>Este estudo aponta para que os enfermeiros devem considerar a incerteza muito para além do período de tratamento e reconhecer a necessidade de informação particularmente a associada à incerteza de sobrevivência ao cancro.</p> <p>Refere ainda que os enfermeiros têm um papel importante nos níveis de incerteza e que estes diminuem quando o enfermeiro é solidário e comunica de forma a que o adolescente sinta que é verdadeiro. Uma comunicação eficaz está associada a uma maior adesão terapêutica e diminuição da angústia. Os resultados sugerem a importância da comunicação e do apoio para os sobreviventes em todo o tratamento e acompanhamento.</p> <p>Os adolescentes devem ainda ter a responsabilidade de comunicar as suas preocupações e os profissionais devem valorizar a comunicação direta com estes, independentemente da presença dos pais.</p>
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	IV

ARTIGO SELECIONADO – FICHA DE LEITURA (artigo 15)

TÍTULO	Meeting the needs of young people in hospital
AUTORES	Helen Dodds
ANO	2010

PAIS	Inglaterra
POPULAÇÃO	Adolescentes hospitalizados
MÉTODO	Revisão crítica da literatura. O artigo faz referência a autores como Erikson (1968), Bandura (1977), Lazarus e Folkman (1984), Coleman e Hendry (1999), Briggs (2002), Bradley (2003)
OBJECTIVOS	Avaliar as necessidades específicas dos jovens hospitalizados e analisar como essas necessidades são atendidas na prática.
RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>A autora começa por definir adolescência associada à transição como um período de turbulência e stress. Baseia-se na teoria psicossocial de Erikson, que refere um conflito interno aparente durante o estabelecimento da identidade.</p> <p>Foram identificadas 3 necessidades: privacidade, independência e apoio psicossocial. Refere que a literatura evidencia que os cuidados de higiene e a necessidade de eliminação provocam ansiedade no adolescente por não conseguir controlar o grau de intimidade no espaço hospitalar. Só o facto de se encontrar hospitalizado pode alterar a sua imagem corporal, aumentando a necessidade de privacidade.</p> <p>A noção de controlo por parte do adolescente é influenciada por diferentes fatores, sendo um deles a independência. Refere-se à capacidade de autodeterminação que é essencial para a formação de uma identidade positiva. As rotinas hospitalares são muito restritivas às necessidades dos adolescentes.</p> <p>O apoio psicossocial dá relevância à necessidade de compreensão dos padrões comportamentais de cada adolescente. Os profissionais de saúde têm um papel na redução dos potenciais desequilíbrios através da comunicação e das interações estabelecidas.</p> <p>A autora da revisão conclui que fazer alterações nas unidades existentes é mais viável do que criar unidades para adolescentes e refere que o sucesso para fazer face às necessidades identificadas é determinado pelas enfermeiras que prestam cuidados diretamente.</p> <p>Faz ainda uma comparação da forma de cuidar as crianças mais jovens</p>

	<p>e os adolescentes. Nas primeiras deve ser dado ênfase no apoio familiar e serem estes a serem capacitados para se tornarem parceiros nos cuidados à criança. A criança e a família são comumente percebidas como um grupo indivisível. Em relação aos adolescentes deve ser dado ênfase no apoio dos pais, o indivíduo deve ser capacitado para manter o auto controle, deve ser promovida a confiança, a auto estima e a independência. Os adolescentes devem ser valorizados enquanto indivíduos com as suas próprias necessidades.</p> <p>Refere também que os cuidados devem ser praticados num ambiente que respeite a cultura, o déficit de conhecimento e habilidades deve ser corrigido através da formação. Preconiza ainda que os enfermeiros devem avaliar a forma de estar e as experiências anteriores dos adolescentes, tal como reconhecer a transição em curso.</p>
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	I

ARTIGO SELECIONADO – FICHA DE LEITURA (artigo 29)

TÍTULO	Using an Age-specific nursing model to tailor care to the adolescent surgical patient
AUTORES	Janean Carter Monahan
ANO	2014
PAÍS	EUA
POPULAÇÃO	Adolescentes entre os 18 e os 21 anos de idade.
MÉTODO	Revisão crítica da literatura. Construção de modelo de enfermagem suportada pela evidência de forma a diminuir o stress peri-operatório.
OBJECTIVOS	Descrever as características do adolescente, apresentar um modelo de enfermagem que pode ser aplicado no peri-operatório dos adolescentes e descrever o stress do peri-operatório.

<p>RESULTADOS E DISCUSSÃO</p>	<p>O artigo apresenta as características do adolescente em geral e dá especial enfoque à faixa etária dos 18 aos 21 anos.</p> <p>A experiência cirúrgica pode ser stressante para qualquer indivíduo, mas quando este é um adolescente a experiência cirúrgica pode criar stress significativo, estando este relacionado com o desenvolvimento normal do adolescente, o que poderá resultar numa experiência menos positiva.</p> <p>As preocupações do adolescente estão relacionadas com a turbulência que este pode experienciar pelas alterações físicas, emocionais, sociais e cognitivas que ocorrem durante este período. Saber que os adolescentes estão a desenvolver o senso de identidade é importante para que os cuidados de enfermagem sejam ajustados, um exemplo é questionar o adolescente e não os pais. Os cuidados de enfermagem devem favorecer a privacidade e proporcionar a oportunidade de o adolescente colocar questões relacionadas com a cirurgia que irão aumentar a sua segurança.</p> <p>Os sentimentos mais frequentes são o medo do desconhecido e o receio da dor. Os enfermeiros que prestam cuidados devem utilizar estratégias para reduzir o stress e a reação aos stressors.</p> <p>Para dar resposta a esta situação foi desenvolvido um modelo de enfermagem específico para a prática de enfermagem peri-operatória que guie o enfermeiro na prestação de cuidados ao adolescente, o Adolescente Perioperative System Stability Model baseado no Neuman Systems Model. Este cria um quadro de referência para definir o âmbito da prática e a organização dos cuidados de enfermagem que são apropriados para o adolescente durante a experiência cirúrgica.</p> <p>Das intervenções de enfermagem sugeridas para diminuição do stress, a comunicação está implícita em muitas delas, das quais se salienta: resposta a perguntas do adolescente, validar e aliviar o medo, validar preocupações, estimular perguntas. Refere ainda que ao fornecer informação sobre os procedimentos o enfermeiro está ainda a diminuir os potenciais stressors.</p> <p>O adolescente deve sentir-se à vontade para questionar de modo a</p>
--------------------------------------	---

	<p>sentir que mantém o controlo da situação. A confidencialidade é também uma preocupação do adolescente, como tal, é necessário cautela nas questões ou informações fornecidas na presença de visitas.</p> <p>A privacidade deve também ser uma preocupação por parte do enfermeiro, deve manter a cortina corrida ou a porta fechada e anunciar a sua presença antes de entrar nesse espaço.</p> <p>De forma a estabelecer uma relação de confiança e, ao mesmo tempo diminuir os stressors, deve ser permitido ao adolescente fazer escolhas de forma a inclui-lo no processo decisório.</p> <p>No pós-operatório deve ser ainda revista e reforçada a informação de forma a favorecer o bem-estar após a alta.</p> <p>O enfermeiro peri-operatório deve basear os cuidados nas necessidades específicas do adolescente. As intervenções sugeridas por este modelo preveem a identificação dos fatores de stress e as estratégias enfatizam a interação e a informação que podem minimizar os potenciais stressors.</p> <p>Além de orientar a prática, este modelo deixa pistas para futuros estudos sobre adolescentes num cenário peri-operatório.</p>
<p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</p>	<p>IV</p>

3.3 – RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA

Os artigos foram classificados quanto ao nível de evidência através da escala Guyatt e Rennie (2002). Um dos artigos é de nível de evidência I e os restantes de nível de evidência IV.

Mobilizando a evidência científica encontrada nos artigos, pontos de convergência/divergência do enquadramento teórico e a prática clínica, verifica-se que todos os artigos dão especial atenção à vivência da transição desenvolvimental da adolescência.

Dodds (2010) refere que a adolescência é um período de turbulência e stress e faz referência à teoria psicossocial do desenvolvimento de Erikson. Esta teoria aponta que a adolescência é o período em que é estabelecida a identidade.

Também Carter (2014) refere que os adolescentes podem desenvolver ansiedade no período peri-operatório e que esta pode acontecer devido às alterações físicas, emocionais, sociais e cognitivas. Refere ainda que os enfermeiros devem estar preparados para prestar cuidados a este grupo etário que se encontra a desenvolver a identidade.

Os três estudos selecionados sugerem também que a hospitalização é um fator de stress para o adolescente e que os níveis de ansiedade e incerteza podem diminuir quando os enfermeiros utilizam uma comunicação eficaz e mostram preocupação genuína sobre eles.

Dodds (2010) refere que os profissionais de saúde têm um papel na redução dos potenciais stressors através das relações e da comunicação estabelecidas.

Carter (2014), através da revisão da literatura efetuada, refere que os adolescentes desenvolvem ansiedade no período peri-operatório e que a informação obtida, através dos profissionais de saúde, sobre os acontecimentos futuros pode reduzir essa ansiedade. Para evitar que a experiência peri-operatória se torne negativa criou um modelo que faz a avaliação do stress e orienta os enfermeiros para as intervenções a serem efetuadas junto dos adolescentes. Os adolescentes devem também sentir-se à vontade para questionar.

No estudo desenvolvido por Decken (2007) sobre a incerteza que os adolescentes sobreviventes ao cancro sentem em relação à sua saúde, defende que os enfermeiros têm um papel importante ao comunicar com eles. Estes devem entender que existe uma preocupação na seleção da informação disponibilizada de forma a ir ao encontro das suas necessidades de esclarecimento. Refere ainda que os enfermeiros devem comunicar diretamente com os adolescentes, independentemente da presença dos pais.

O artigo divide a população do estudo em três grupos: os recém-diagnosticados, entre 1 a 4 anos após o diagnóstico e mais de 5 anos após o diagnóstico, e conclui que os recém-diagnosticados apresentam um maior grau de incerteza em relação à dor que poderão vir a sentir, ao desenvolvimento da doença e à relação com os profissionais de saúde. Em relação a estes, o estudo defende que quando os adolescentes sentem que

existe uma preocupação genuína com as suas necessidades, especialmente as de informação existe uma maior adesão terapêutica e uma diminuição da ansiedade.

Os artigos de Dodds (2010) e de Carter (2014) dão ênfase à situação de transição desenvolvimental que o adolescente vivencia. Por seu lado o estudo de Decken (2007) valoriza a situação de hospitalização e da necessidade de informação que o adolescente tem para sentir que controla a situação.

Os três artigos salientam que existem transições simultâneas, a desenvolvimental, a de saúde-doença e a situacional relacionada com a hospitalização, o que vai ao encontro da teoria das transições de Meleis (2010).

Todos os artigos afirmam que a comunicação facilita as transições que o adolescente hospitalizado enfrenta.

Os artigos analisados dão ênfase a estratégias que podem promover a interação e a comunicação que se apresentam sistematizados no quadro 6.

Quadro 6 – Intervenções de enfermagem que promovem a interação e a comunicação com o adolescente hospitalizado

- Promover a privacidade;
- Assegurar confidencialidade;
- Promover a independência;
- Demonstrar preocupação em respeitar os hábitos e a cultura do adolescente;
- Promover a existência de espaços próprios para a hospitalização de adolescentes;
- Demonstrar verdadeira preocupação com as necessidades do adolescente;
- Selecionar a informação de forma a ir ao encontro das necessidades de esclarecimento do adolescente;
- Promover a interação valorizando o adolescente como unidade independente da família.

Os achados científicos revelam que a comunicação é uma ferramenta que facilita o processo de transições que o adolescente enfrenta quando está hospitalizado, revelando que a congruência entre a comunicação verbal e não-verbal é realmente importante.

Para o estabelecimento da comunicação com o adolescente, este deve ser considerado como único, respeitando a sua cultura e a dinâmica familiar. O adolescente deve ter a possibilidade de participar nas decisões de forma a conseguir sentir que controla a situação e ter a oportunidade de manter o máximo de autonomia possível. Das estratégias sugeridas considera-se de extrema importância o respeito pela privacidade e intimidade.

4 – ANÁLISE DA PRÁTICA CLÍNICA À LUZ DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E DA INVESTIGAÇÃO

Todo o percurso formativo teve como finalidade dar resposta aos objetivos do projeto delineado inicialmente para obtenção de grau de Mestre em ESCJ (Anexo II), indo ainda ao encontro de aquisição de competências de EEESCJ da OE na área da prestação de cuidados, da gestão e da formação.

O estágio decorreu em três campos distintos que se passam a nomear:

- Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Santarém (HDS) de 29 de Abril a 4 de Junho, com a duração de seis semanas.

- Serviço de neonatologia do Hospital D. Estefânia (HDE) de 5 de Junho a 14 de Julho, com a duração de 5 semanas.

- Serviço de urgência pediátrica do Hospital Vila Franca de Xira (HVFX), entre 15 de Setembro e 12 de Outubro, com a duração de quatro semanas.

A prestação de cuidados é uma das atividades realizadas com maior frequência e adquire um cariz particular em termos de exigências. São necessários conhecimentos e competências para acompanhar a constante evolução da tecnologia e impõe a necessidade de atender cada vez mais aos aspetos humanos e relacionais. A prestação de cuidados requer, desta forma, “um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando junto do utente (...) em situações de crise ou risco”, como está definido nas competências específicas do enfermeiro especialista (Decreto-lei nº 437/91, p.5724).

As unidades devem ser adaptadas para receberem adolescentes, não só em relação às estruturas físicas, mas também na qualificação dos seus recursos humanos de forma a dar resposta a essas especificidades. Esta preocupação foi também uma das conclusões do questionário aplicado no serviço de Pediatria do HDS acerca das necessidades formativas dos enfermeiros dessa Unidade (Anexo III). Será dada especial ênfase às atividades e à reflexão relacionadas com a aquisição de competências comunicacionais com o adolescente, por ser a área específica de interesse.

4.1- UNIDADE DE PEDIATRIA DO HDS

O ensino clínico foi desenvolvido em horário rotativo na Unidade de Pediatria. Esta unidade recebe crianças dos 28 dias aos 16 anos (pode também receber com idade inferior a 28 dias se já tiverem tido alta da obstetrícia ou neonatologia e que necessitem de internamento devido a situações infecciosas). O método de trabalho utilizado na unidade é o individual.

A Unidade de Internamento Pediátrico deste hospital tem uma lotação de treze camas e as patologias mais frequentes são do foro gástrico, respiratório e cirúrgico, sendo as mais vulgares as apendicites. O método de distribuição de trabalho utilizado é o método individual. O seu trabalho é baseado no estabelecimento de prioridades específicas para a criança/jovem e família, tendo em conta a parceria dos cuidados.

Foram definidos objetivos de aprendizagem para este contexto abrangendo as três áreas: prestação de cuidados, formação e gestão.

No processo de integração consultaram-se os protocolos do serviço nomeadamente o de acolhimento, de cuidados em situação de diabetes descompensada e de administração de terapêutica. A existência destes protocolos bem como a disponibilidade dos enfermeiros cooperantes foram facilitadores no processo de integração no serviço bem como na prestação de cuidados. Como fator constrangedor salienta-se o programa informático de registo das intervenções (SAPE) bastante diferente do utilizado na prática profissional e com o qual houve alguma dificuldade de utilização. Foi sentido, inicialmente, que os registos requeriam uma utilização de tempo maior que o desejável. Neste serviço não existe unidade, foi uma prática diferente daquela que já tinha sido experienciada no desenvolvimento da atividade em contexto hospitalar, não sendo no entanto um fator constrangedor para a prática já que o sistema de reposição de stock se revelou muito eficaz.

O enfermeiro é visto como um perito em quem é possível encontrar cooperação. De acordo com Martins e Dias (s.d.) os doentes hospitalizados valorizam a competência, a simpatia e o conhecimento dos enfermeiros. Referem ainda, que, no estudo efetuado, não existiu variação significativa em relação às características dos doentes (sexo, estado civil, idade, número de internamentos e motivo do internamento). Das respostas obtidas no estudo emergiu a representação e a imagem positiva que os doentes têm do enfermeiro.

Neste serviço, o enfermeiro incentiva os pais a prestarem os cuidados, dando resposta às necessidades básicas da criança. O enfermeiro intervém até a família possuir

a capacidade e os conhecimentos para garantir cuidados eficazes. O enfermeiro é o potencial facilitador e transmissor de saber que vai empoderar os pais/pessoa significativa a cuidar da criança/jovem com segurança e satisfação.

As intervenções executadas foram planeadas com os pais para estes poderem participar nos cuidados à criança/jovem. Esta parceria impõe trabalhar em cooperação e negociação, incentivar e deixar os pais revelarem os seus medos e receios, para poderem prestar os cuidados à criança/jovem (competência E1.1). O adolescente pode referir o desejo de independência dos pais ou apresentar um comportamento de dependência a estes como é referido por Roper et al (1995).

Existiu pela parte da mestranda preocupação em preservar a intimidade e a privacidade do adolescente na prestação de cuidados, levando-o até espaços mais reservados para essa prestação, como a sala de tratamentos. Por esta também não apresentar cortina ou biombo existiu a preocupação de cobrir com lençol nos procedimentos considerados invasivos para a sua intimidade. Também a recolha e validação de informação foi feita em espaços mais reservados, já que por vezes os adolescentes se encontravam em salas de 3 unidades, junto de crianças mais jovens e suas famílias. A inexistência de um espaço lúdico separado para os adolescentes é também um constrangimento à vivência do processo de transição do adolescente hospitalizado, o estudo de Abreu e Azevedo (2012) refere que os adolescentes mencionam que um dos aspetos mais difíceis é o da ocupação dos tempos livres.

A evidência científica encontrada nos artigos selecionados suporta estas intervenções já que sugere a promoção da privacidade e a promoção da interação sem a presença da família, se o adolescente assim o desejar, referido especialmente no artigo de Dodds (2010).

Foi constada, também, a preocupação existente pelos enfermeiros deste serviço em proporcionar aos adolescentes quartos individuais sempre que houvesse disponibilidade para tal.

Nas situações de maior complexidade destaca-se a de uma adolescente insulinotratada que se encontrava em fase de descompensação. A utente encontrava-se grande parte do período de hospitalização sem acompanhante, o que não facilitou o empoderamento desta família de forma a evitar novas situações de crise. Esta jovem encontrava-se no 9º ano de escolaridade e mostrava-se preocupada por estarem próximos os exames nacionais, foi através deste tópico que se iniciou uma relação de confiança com ela. Esta preocupação serviu ainda para demonstrar que a adesão ao

regime terapêutico seria uma mais-valia para facilitar a alta hospitalar. Foi, assim, estabelecida uma aliança de forma a melhor adaptar esta adolescente à doença crónica (Competência E2.5).

A comunicação com esta família não foi bem-sucedida, os pais não mostraram estar de acordo, entre si, com as estratégias sugeridas, culpabilizando-se um ao outro. Como refere Phaneuf (2005), a comunicação situa-se no plano cognitivo e afetivo. O plano cognitivo é intelectual e informativo. O plano afetivo toca nas emoções e sentimentos das pessoas. A esta família foi possível transmitir informações mas despoletou um conflito entre os pais que não se conseguiu moderar completamente, o pai justificou que “temos de ir embora, está na hora do futebol”. Nesta situação não se conseguiu empoderar esta família com os conhecimentos necessários para evitar uma nova situação de hospitalização. Por ser mais fácil, devido à presença física da jovem, o empoderamento foi focado essencialmente nesta, tendo-se verificado que a adolescente compreendeu e aplicou os conhecimentos recém-adquiridos.

Durante este estágio e, por ser o único que se realiza no HDS, Hospital de drenagem da área profissional, foi importante conhecer o circuito que apoia o adolescente com necessidades de saúde, nomeadamente a consulta externa de pediatria. Serviço, este, que faz o acompanhamento destes utentes após a alta do serviço de pediatria. Foi importante, para o processo formativo, conhecer este serviço, nomeadamente, a consulta de adolescentes onde a intervenção do enfermeiro detentor de mais saberes no âmbito do conhecimento em EEESCJ será uma mais-valia.

De forma a dar resposta a esta motivação teve oportunidade de assistir a algumas consultas de adolescente na consulta externa de pediatria tendo verificado a grande disponibilidade da equipa para o atendimento destes utentes. Verificou que era sempre pedido aos pais que abandonassem a sala para proporcionar privacidade ao adolescente. Constatou também que o adolescente na primeira consulta se sentia bastante inibido e que nas seguintes mostrava apreço e comunicava facilmente. Os adolescentes beneficiários desta consulta apresentam essencialmente patologias relacionadas com obesidade, anorexia e alterações do comportamento, alguns dos adolescentes são referenciados pelo serviço de urgência.

Para dar resposta à vertente da formação (Competência D2.1) começou-se por fazer o levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros deste serviço através de um questionário ao qual responderam 7 enfermeiros. A necessidade identificada foi a comunicação com o adolescente. De referir, ainda, que em resposta á pergunta aberta colocada que indagava como poderia ser colmatada essa dificuldade, foi sugerido o

debate em equipa, a formação de enfermeiros e uma adequação do espaço físico para permitir uma maior privacidade.

Embora já tivesse tido a oportunidade, ao longo da atividade profissional, de prestar cuidados a adolescentes em contexto hospitalar reconhece não ter tido em conta as necessidades especiais destes. Como defende Benner (2001), à medida que as enfermeiras vão adquirindo mais experiência, o conhecimento teórico torna-se um misto de conhecimentos teóricos e práticos, sendo deste modo desenvolvida uma certa perícia. Ao longo dos anos de prática profissional tem sido notório o empenho na aquisição de conhecimentos e na prestação de cuidados, cada vez mais holísticos. Tem sido dada especial atenção às fases do ciclo vital em que os utentes se encontram.

De forma a dar resposta à necessidade formativa identificada, e após reunião com a enfermeira chefe e o enfermeiro orientador decidiu-se pela construção de sessão formativa cujo tema foi: “Estratégias de comunicação com o adolescente”. A divulgação foi feita através de publicitação nos diversos serviços de pediatria (anexo IV). Foi construído plano de sessão que se inclui no anexo V.

A sessão construída (anexo VI) foi apresentada aos pares no dia 6/6 e contou ainda com a presença da psicóloga e assistente social do departamento de Pediatria. Foi ainda convidada a médica responsável pela consulta de adolescentes, que colaborou dando o testemunho da sua experiência no final da sessão.

Esteve também presente o Presidente da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de Santarém que também partilhou no seu comentário que comparativamente tem aumentado o número de adolescentes que são referenciados a esta comissão em relação às outras faixas etárias, o que demonstra a vulnerabilidade a que o adolescente cada vez mais está sujeito. Esta é uma realidade também verificada pela CPCJ de Almeirim, concelho onde exerce a prática profissional, especialmente devido às situações de abandono escolar. O relatório anual de avaliação da CPCJ de 2012 ao caracterizar as crianças e jovens destaca que o escalão etário dos 15 aos 21 anos representa 30.2% das crianças acompanhadas, refere ainda que o sexo masculino está representado 2.5% mais que o sexo feminino. Constata-se ainda que este escalão etário passou do menos representativo em 2011 para o mais expressivo em 2012.

No âmbito da gestão surgiu a oportunidade de promover a integração de duas alunas do CMESCJ. Foi proposto pela chefia do serviço e pelo enfermeiro cooperante a elaboração de um plano de integração destas alunas (anexo VII).

Teve como atividades uma reunião com as alunas a integrar e a enfermeira chefe do serviço e onde foram facultadas informações como a composição da equipa multiprofissional, a lotação do serviço, as patologias mais frequentes que as crianças internadas apresentam, método de distribuição de trabalho, horário de trabalho, regime de visitas e outras rotinas do serviço. Foram ainda apresentados os protocolos utilizados no serviço.

Também foi efetuada uma visita ao serviço e feita a apresentação aos diferentes elementos da equipa multidisciplinar incluindo a diretora do serviço.

4.2 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS DO HDE

Esta é uma unidade de referência para recém-nascidos (RN), presta cuidados a bebés até aos 28 dias provenientes do serviço de urgência ou de outras unidades hospitalares. A área de abrangência deste serviço é a região sul do país, Açores e Madeira.

A lotação desta unidade é de 16 vagas, 8 de cuidados intensivos e 8 de cuidados intermédios. A gestão de vagas é assegurada pelo Subsistema de Transporte Neonatal – INEM Região Sul, para todos os RN em situação crítica ou com necessidade de cuidados especiais. A UCIN recebe RN com patologias como prematuridade, baixo e muito baixo peso, síndromes polimalformativas, processos infecciosos (sépsis, meningite neonatal, pneumonias, bronquiolites), malformações congénitas (atrésia do esófago), hérnia diafragmática, atrésias intestinais, gastrosquisis, onfalocelo, cardíacas entre outras.

Dotada de equipamento de alta tecnologia, esta unidade constitui uma referência em cuidados diferenciados ao RN/família, preconizando cuidados holísticos, centrados na díade e conforme referido por Barros (2006) visando garantir a qualidade devida e promovendo o desenvolvimento dos três grupos que aí interagem, bebés, família e profissionais. A par da prática de clínica, a UCIN participa ativamente no ensino pré e pós graduado de médicos e enfermeiros e mantém, regularmente, a atividade científica e de investigação. A equipa de enfermagem da UCIN encontra-se motivada e empenhada em prestar cuidados de excelência havendo vários projetos em curso, no âmbito do projeto global da qualidade da instituição e as variadas ações de formação que se realizam no serviço. Para Mezomo (2001), a qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas dos seus clientes.

A UCIN acompanha a evolução da perspectiva do cuidar, relativamente à crescente importância que se atribui, à presença e participação dos pais, mesmo em ambientes de grande complexidade cuidativa, promovendo uma filosofia de cuidados centrados na família. A participação dos pais nos cuidados, reconhecendo-os como os melhores cuidadores, envolvendo-os nos cuidados ao longo de todo o processo de hospitalização, é o preconizado pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (este modelo é considerado uma referência pela OE para o EESIP). Incluir os pais nos cuidados como parceiros privilegiados, constitui um compromisso e uma obrigação para o enfermeiro, tendo como objetivo minimizar os efeitos negativos da separação do RN do seu meio ambiente, promovendo a vinculação e reforçando o papel parental. Os cuidados centrados na família reconhecem o papel integral da família na vida da criança, permitindo que a tomada de decisões seja feita em comum, como defende Oliveira (2009), e é largamente reconhecida como das melhores práticas de enfermagem pediátrica.

Na unidade de neonatologia do HDE os cuidados são individualizados, adequados às características particulares do RN/família, aplicando a metodologia científica baseada no modelo teórico de Roper, Logan e Tierney, adotado nesta instituição. Este modelo de Enfermagem é baseado no modelo de vida caracterizado por doze atividades, podendo ser utilizado por enfermeiros de qualquer especialidade, como linha orientadora e reflexo da realidade (Tomey, 2004). O método de trabalho é o de enfermeiro-responsável, o que pressupõe que cada enfermeiro seja responsável pela organização dos cuidados a cada RN/família que lhe é atribuído.

Esta metodologia de trabalho facilita o estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro e a família com partilha de tarefas apoiada no respeito e na satisfação das suas necessidades. A família é incentivada a participar ativamente em todo o processo, o que exige ao EEESCJ capacidade para gerir os riscos inerentes à situação do RN, negociando com a família o planeamento e desenvolvimento de ações que lhe permitam contribuir para os cuidados, adquirindo a autonomia e independência necessárias visando a alta e conseqüente integração do RN no ambiente familiar.

É exigido ao enfermeiro que domine técnicas de comunicação no relacionamento com o RN/família, de forma terapêutica, respeitando as suas crenças e cultura, demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência.

Existem vários projetos que esta unidade desenvolve que são promotores da vinculação e da comunicação, dois desses projetos intitulam-se mãe canguru e massagem.

Existiu oportunidade de estimular e facilitar essas práticas como delineado no projeto. Verificou-se que eram momentos de felicidade para os pais e que o bebê apresentava um fâcies e uma postura de relaxamento e bem-estar.

O ato de tocar, é um comportamento fundamental para o desenvolvimento dos seres humanos, principalmente para as crianças, proporcionando bem-estar físico, emocional e social.

Segundo Neto (2003, p.3) o toque é “o primeiro meio fundamental de comunicação”, e é através dele que se começam a gerar tendências positivas, levando à formação de uma personalidade terna e amorosa. As experiências vividas pelos bebês prematuros, na UCIN, podem ser fundamentais para a formação de vínculos e estabelecimento de elos afetivos no futuro.

O método mãe canguru é uma técnica que não envolve investimento, por parte do serviço, o principal é o envolvimento dos pais. A estes, como membros ativos da equipa é-lhes proporcionado uma experiência única e muito enriquecedora. O método mãe canguru permite estabilidade térmica e favorece o aleitamento materno, o bebê encontra-se a apenas de fralda e é colocado em contato com o corpo da mãe ou pai de 20 minutos a 4 horas por dia. Os benefícios para o bebê são inequívocos tanto a nível físico como comportamental. Alguns dos benefícios fisiológicos são a nível do sistema hormonal, imunitário e nervoso. Como comportamentais, existe a diminuição do tempo de choro, aumento do estágio tranquilo e melhoria dos resultados dos testes de desenvolvimento psico-motor.

Os bebês sujeitos a massagem apresentam-se mais despertos e ativos, com maior capacidade de reação, maior aumento ponderal e conseqüentemente um tempo de internamento menor. A massagem é particularmente importante para os bebês nascidos de cesariana, para os bebês que não puderam ser amamentados e para os bebês prematuros. Não são aconselháveis nos bebês que nascem antes das 28 semanas de gestação. Nos que nasceram entre as 28 e as 32 semanas de gestação não se deve associar a voz ao momento da massagem.

O melhor momento para a massagem é após o banho e deve ser feita com óleo ou creme de origem vegetal e deve respeitar o ciclo de sono do bebê.

Para garantir a qualidade dos cuidados, a uniformização das práticas torna-se imprescindível, pelo que participar de forma ativa na elaboração de documentos, apresentá-los e discuti-los com a equipa constitui um contributo valioso para o desempenho. (Competência B2.2.3, Competência B2.2.2.4).

Um dos documentos existentes nesta unidade é a carta de alta de enfermagem, habitualmente entregue aos pais no momento da alta. No entanto, foi verbalizado pela enfermeira chefe desta unidade que a articulação com os CSP não é completamente eficaz por não existir um elemento de referência a quem a dirigir, e ainda por a área de abrangência do hospital ser muito vasta.

Como tal, e de forma a colmatar esta dificuldade e a facilitar a comunicação entre os pares, foi proposta a revisão desse documento e a elaboração de listagem de contactos de referência da área LVT particularizando o ACES Lezíria. Para a concretização deste objetivo foi solicitado o apoio da enfermeira do conselho clínico do ACES, que facultou a listagem pretendida (anexo VIII). Para a revisão deste foram consultados documentos referentes à caracterização da família por parecer necessário acrescentar este item ao documento existente. Como enfermeira em funções nos CSP, é uma necessidade a caracterização da família como um todo, dado que esta funciona como um sistema onde o bebé está inserido. Ao optar pela abordagem da família como um sistema está-se a valorizar, além da autonomia e da identidade de cada membro, as interações entre os elementos e todo o ambiente, como seja a rede social de cada família. Esta é muito importante porque é um recurso externo da família, que pode ser acionado numa fase de transição (normativa ou acidental) que permita progredir para uma situação de adaptação.

Os fatores desse sistema podem ser internos e externos, como externos temos a economia, a política de saúde, o ambiente; como internos temos o tipo de família, a estrutura familiar, a cultura, os padrões de estilo de vida familiar, os modelos dos papéis familiares, a religião e a espiritualidade. Perante estes fatores, pareceu-me oportuna a introdução de alguns deles de forma a melhor caracterizar a família.

Devido à necessidade de construção de um novo documento, este foi suportado pelo modelo de Calgary que é um instrumento de intervenção e avaliação familiar. Apresenta uma perspetiva multidimensional, nomeadamente a perspetiva estrutural, desenvolvimental e funcional. A avaliação estrutural integra os aspetos da estrutura da família, sejam eles internos, externos ou de contexto. Permite saber a composição da família, a relação entre os seus membros, as relações com a família alargada, a rede social e ainda o contexto em que a família está inserida.

Foi também sugerido pela mestranda que, para além da entrega da carta aos pais, deverá ainda seguir a informação por correio electrónico para os locais onde o bebé será acompanhado, o que foi bem acolhido pela equipa de pares.

Assim, foi verificada a carta de alta em uso na Unidade (anexo X) e introduzidas as alterações que melhor se adequaram para a caracterização da família e que poderá ser uma mais-valia para a continuidade de cuidados a prestar ao RN/família pelos enfermeiros dos CSP (Anexo X).

A validação e divulgação da nova carta de alta foi efetuada em momentos informais ao longo dos turnos. Foram também aproveitados os momentos de passagem de turno como uma oportunidade para abranger o maior número possível de enfermeiros, de uma equipa que era bastante numerosa.

Este foi o contexto de estágio, inicialmente, mais intimidante por ser completamente desconhecido da prática profissional, pela fragilidade do RN e pela angústia da família e ainda pela tecnologia envolvida. No entanto, foi um privilégio observar e participar na prestação de cuidados a estes utentes (RN/família) e constatar que a fragilidade e a angústia são uma realidade tal como a necessidade de muita tecnologia para suportar essa fragilidade mas que os cuidados são extremamente humanizados, promovendo o processo de vinculação e permitindo o envolvimento destes nos cuidados do RN, sempre que possível. Sendo o mais intimidante tornou-se o mais desafiador e emocionante.

4.3 – URGENCIA PEDIÁTRICA DO HVFX

Este serviço situa-se no primeiro piso, junto à urgência geral e urgência obstétrica. A acessibilidade é garantida a todos os doentes até à idade dos 18 anos, a priorização do atendimento é efetuada através da triagem de Manchester. Este serviço é composto por sala de espera, sala de triagem, sala de atendimento médico, sala de observação com 3 vagas, sala de tratamentos, sala de aerossóis e sala de emergência. As situações de traumatismos são encaminhadas, após a triagem, à urgência geral. As crianças/jovens que recorrem ao serviço apresentam patologias muito variadas sendo recorrente nas mais novas as do foro respiratório e nas mais velhas traumatismos autoinfligidos ou derivados de acidentes.

Em relação às situações relacionadas com os adolescentes foram encontradas situações de risco como a ingestão de bebidas alcoólicas, tentativa de suicídio e gravidez.

Devido às consequências destes comportamentos, é importante saber a causa dos mesmos e se são isolados ou recorrentes. Foi promovida a comunicação através de um ambiente adequado em que a privacidade foi respeitada e onde foi reforçada a importância de refletir nos atos e nos efeitos nefastos que possam surgir. A própria sala de triagem apresenta cortina que pode ser utilizada para permitir maior privacidade e proteção da exposição corporal do adolescente.

A OE (2010, p.19) citando Queirós (2001) refere que o adolescente "... necessita de percorrer as diversas etapas de desenvolvimento sociomoral, com vista à maturidade necessária para uma autonomia que vai sendo consolidada, possibilitando tomadas de decisão com responsabilidade". O enfermeiro deve auxiliar o adolescente a adquirir conhecimento para o conduzir à mudança e alterar o seu comportamento.

Foi possível promover estilos de vida saudáveis. De acordo com a OE (2010) a promoção de estilos saudáveis implica que o adolescente reflita acerca do seu problema ao mesmo tempo que é apoiado e motivado a fazer as suas escolhas de saúde, tal como é preconizado na competência E3.4 (OE, 2009, p.5). Foi exposto os perigos inerentes a determinados comportamentos. Estes comportamentos são influenciados em larga escala pelo ambiente que os envolve, a educação e o grupo em que estão inseridos.

Segundo Hockenberry (2006) os adolescentes estão no auge das funções físicas, sensoriais e psico-motoras, o que lhes confere uma sensação de força e invulnerabilidade. Tornam-se potencialmente sensíveis à ocorrência de acidentes, também pela necessidade que sentem pela experimentação. O desejo de inserção no grupo e a necessidade de aprovação dos seus pares leva-o a expor-se a situações arriscadas.

A transição desenvolvimental pode estar associada a problemas de saúde entre estes problemas estão contemplados o consumo de substâncias, a gravidez e as infeções sexualmente transmissíveis, (OE, 2010). No contexto deste estágio existiu a possibilidade de interagir com um jovem que apresentava intoxicação alcoólica, foi uma oportunidade para promover a alteração deste hábito não saudável, este adolescente mostrou-se receptivo à interação e mostrou-se receptivo à mudança pode-se afirmar que se encontrava determinado a mudar, encontrando-se no estágio determinação dos Estádios de Mudança de Comportamento referido pela OE (2010).

O Guia de Boa Prática da OE (2010) alerta-nos acerca dos fatores que influenciam a motivação e o desejo de mudança de comportamentos não saudáveis dos quais se destaca a motivação intrínseca que defende que a capacidade de mudança está

no interior do adolescente e é pouco eficaz quando é imposta por terceiros. De salientar ainda a relação estabelecida com o enfermeiro, o enfermeiro deverá aumentar a consciencialização do adolescente face ao problema sem este sentir que perde a liberdade de decisão.

Meleis (2010) auxiliou na compreensão das transições pelas quais o adolescente passa, tal como na forma de atuar sempre que o adolescente as vivencia. O enfermeiro deve fornecer-lhe o suporte necessário ao restabelecimento do equilíbrio perdido.

A prestação de cuidados permitiu o desenvolvimento de competências específicas em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

O desequilíbrio de saúde do adolescente é vivido pelos pais com um momento de tensão, por desconhecimento do estado de saúde do adolescente, pela imprevisibilidade do diagnóstico o que gera angústia e ansiedade. Apoiar a família nos seus processos de coping é um desafio para o enfermeiro. Qualquer criança/jovem num contexto diferente do habitual necessita dos pais ou figura significativa para a apoiar e ajudar a gerir a situação.

O enfermeiro, tem um papel importante ao apoiar os cuidadores, deve transmitir-lhes segurança em todo o processo, desde a triagem até ao momento da alta. O papel da família sofre interferências devido à alteração das rotinas, que têm de ser modificadas e reorganizadas de acordo com as necessidades que possam surgir, tal como afirma Dodds (2010) no seu artigo, neste ela refere que os profissionais de saúde têm um papel na redução de potenciais stressores através das relações estabelecidas. Carter apresenta o seu modelo suportado pela teoria dos sistemas de Betty Neuman que é baseado no stress e na reação a este. O indivíduo, família ou comunidade fazem parte de um sistema aberto e dinâmico pelo que todos são influenciados por cada uma das suas partes. Existiu sempre a preocupação de apoiar os cuidadores de modo a que estes também melhor conseguissem colaborar no processo de transições que o adolescente vivencia durante a hospitalização.

Foi verbalizado pelos enfermeiros da Urgência Pediátrica deste hospital que a situação de maior desconforto sentida se deve à dificuldade em comunicar com os utentes de faixa etária mais elevada. Esta situação surgiu quando a idade de atendimento foi alargada para os 18 anos, algo que apenas aconteceu há cerca de 4 meses.

Por este motivo, em reunião com a enfermeira orientadora, decidiu-se a elaboração de sessão formativa sobre estratégias de comunicação com o adolescente. A

formação dos profissionais de enfermagem deve ser cada vez mais uma parceria entre pares, no sentido de consolidar conhecimentos, refletir sobre assuntos atuais, pesquisar sobre estudos recentes, no sentido de encontrar as melhores respostas de forma a alcançar os cuidados de excelência.

Foi elaborado cartaz de divulgação da sessão que foi afixado nas três unidades (Anexo XI). O plano da sessão encontra-se no anexo XII. A sessão contou com a presença de onze enfermeiros da Unidade de Internamento de Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica. A sessão foi apresentada com recurso de PowerPoint, os conteúdos apresentados fazem parte do anexo XIII.

Da reflexão do grupo concordou-se na importância da existência de espaços próprios para o atendimento do adolescente, tanto no Serviço de Urgência como no Internamento, de forma a promover a privacidade e, dessa forma, fomentar a comunicação entre estes e o enfermeiro e, assim, obter melhor adesão terapêutica e melhores ganhos em saúde. Dias et al (2011, p. 203) afirmam que “a adesão terapêutica é de extrema importância quando se reporta às doenças crónicas,...há uma diminuição da taxa de mortalidade”. É também referido que “a não adesão... é a principal causa para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso de utilização dos cuidados de saúde” (Dias et al, 2011, p.205).

Concordou-se também que para se estabelecer uma relação com o adolescente através da comunicação é necessário conhecimento sobre o desenvolvimento da adolescência, fazer um acolhimento cordial e compreensivo, mostrar disponibilidade, assegurar confidencialidade e privacidade e tentar conhecer as expectativas do adolescente e família. O adolescente deve ser valorizado, dirigindo as questões e as explicações a este, o que vai ao encontro do que é defendido pela OE (2010).

Esta foi uma prática que foi adotada em todas as situações em que se relacionou com o adolescente, tanto na triagem, sala de tratamentos ou em internamento. Neste contexto de estágio tornou-se mais fácil essa prática porque as estruturas físicas o permitiram. No entanto, sempre que necessário, optou-se ainda por encaminhar o adolescente para um espaço mais privado que fosse promotor de uma relação de confiança de forma a estimular a promoção da saúde e a prevenção de novos comportamentos de risco. Carter (2014) no seu artigo refere que a confidencialidade é também uma preocupação do adolescente.

O adolescente teve ainda a oportunidade de escolher a pessoa significativa como acompanhante, enquanto alguns eram acompanhados pelos pais outros preferiram que fosse o par a desempenhar esse papel. Esta situação vai ao encontro da evidência científica encontrada como é demonstrado no estudo de Dodds e onde esta afirma que deve ser dada a oportunidade do apoio dos pares, se o adolescente assim o desejar.

O respeito, a autenticidade e a empatia foram atitudes adotadas para o estabelecimento de interação, de forma a promover uma melhor adaptação à situação.

5 - CONCLUSÃO

Com este relatório pretendeu descrever o percurso efetuado, tanto a nível pessoal como profissional, na área da especialização do conhecimento em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem. É oportuno, neste momento, tecer algumas considerações em relação ao trabalho realizado e às competências desenvolvidas.

Foi seu propósito atingir os objetivos propostos para este relatório descrevendo e refletindo sobre as atividades desenvolvidas. Estas foram planeadas de forma a dar resposta ao tema transversal aos diferentes contextos: qual a importância da comunicação na vivência das transições do adolescente hospitalizado.

A realização do estágio, nos seus diferentes campos, revelou-se de grande importância porque permitiu entender melhor as dificuldades comunicacionais por parte do adolescente. Possibilitou também colocar em prática as estratégias comunicacionais resultantes da pesquisa bibliográfica e que vão ao encontro da evidência científica encontrada na análise dos artigos resultantes da revisão sistemática da literatura realizada.

Os achados científicos revelaram que a comunicação é uma ferramenta que facilita o processo da vivência das transições que o adolescente enfrenta quando está hospitalizado, revelando que é realmente importante a intencionalidade colocada na sua utilização. Verificou-se também a escassez de estudos relacionados com o adolescente hospitalizado, tal como Abreu e (2012) refere, especialmente os que valorizam as diferentes transições que este sofre durante a hospitalização.

A formação dos pares foi a estratégia escolhida para potenciar o contributo do conhecimento do EE para a equipa onde se encontrava inserido. Estes momentos foram potenciadores de discussão e de reflexão e dos quais resultaram sugestões de estratégias facilitadoras para o estabelecimento da comunicação com o adolescente. Este deve ser considerado como único, respeitando a sua cultura e a dinâmica familiar. O adolescente deve ter a possibilidade de participar nas decisões de forma a conseguir sentir que controla a situação e ter a oportunidade de manter o máximo de autonomia possível. Das estratégias sugeridas considera-se de extrema importância o respeito pela privacidade e intimidade.

O conhecimento e as competências adquiridas ao longo do CMESCJ são reveladores da importância que a formação académica tem para uma prática clínica que se pretende cada vez mais responsável por ganhos em saúde a curto, médio e longo prazo.

Decorrente da pesquisa bibliográfica efetuada, constatou-se que comunicação e as relações interpessoais são vitais para a prestação de cuidados. O desenvolvimento dessas capacidades foi possível pela necessidade e receptividade à formação e ainda pela colaboração dos profissionais envolvidos nos contextos da prática.

O EE tem a responsabilidade na sua prática de marcar a diferença pelos novos conhecimentos e competências que integrou. Tornar-se interveniente nas decisões de maior complexidade e um elemento de referência para os pares faz parte do seu compromisso. O conhecimento adquirido foi valorizado no contexto da prática profissional ao ser permitida a oportunidade de interagir com o adolescente em contexto escolar através do Programa de Saúde Escolar e do atendimento do adolescente no gabinete de apoio e mediação escolar.

Também o convite, realizado pela diretora executiva do ACES Lezíria, para coordenar a equipa de enfermagem da Unidade de Saúde de Alpiarça revela que os conhecimentos adquiridos em contexto académico são valorizados na prática profissional.

Além do investimento no desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão de uma unidade continuará disponível para os desafios relacionados com a comunicação com o adolescente.

6- BIBLIOGRAFIA

ABREU, M.; AZEVEDO, A. – O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? **Adolescência & Saúde**. 2012; 9 (3): 21-28

AZEVEDO, A. – **Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de mestrado. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26622/2/Processo%20de%20transio%20do%20adolescente%20hospitalizado%20numa%20Unidade%20de%20Adolescentes.pdf>, (2013-01-25)

BARROS, L. (2003) – **Psicologia Pediátrica – Perspetiva desenvolvimentista**. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

BENNER, P. (2005) – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora

CORDEIRO, M. (2009) - **O Grande livro do Adolescente**. Lisboa: A esfera dos livros

CORREIA, L. (2003) – **Contributos para a escrita de um relatório**. <http://groups.ist.utl.pt/lee/ContEscRelatoriob.pdf>, (2014-02-26)

Despacho n.º 9871/2010, **DR II Série**, (2013-11-02)

DIAS et al (2011) – Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: revisão da literatura. **Millenium**, 40:201-209

FERREIRA, M. – **O Internamento na adolescência**. Porto: Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 1996. Dissertação de mestrado. (2014-05-15)

FONSECA, H. (2004) – Abordagem Sistémica em Saúde dos Adolescentes e suas Famílias. **Adolescência & saúde**. Rio de Janeiro. 2004; nº 3

FONSECA, H. (2005) – **Compreender os adolescentes. Um desafio para pais e educadores**. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença

HANSON, Shirley (2005) – **Enfermagem de cuidados de saúde à família**. Loures : Lusociência

HOCHENBERRY, M. (2006) – **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (2009) – **Carta da criança hospitalizada: anotações**. 2ª ed. Lisboa: IAC

LAZURE, H.(1994) – **Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta.

MAAS, T., ZAGONEL, I. (2005) – Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. **Cogitare Enfermagem**, Vol. 10, nº2. 68-75

MARTINS, M., DIAS, M. Representação Social dos Enfermeiros- Perceção dos Utentes <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/17.pdf>. (2014-05-25)

MELEIS, A. et al (2010) – **transitions theory**. - http://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf. (2013-10-02)

MELO, E. – **A valorização do acompanhamento na experiência de hospitalização do adolescente**. Coimbra: Dissertação de mestrado. (2014-05-15)

NETO, F. (2007) – Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília. Vol. 60 (3) 279-285.

MEZOMO, João. (2001). **Gestão da Qualidade na Saúde**. São Paulo, Manole.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf. (2013-11-02)

PHANEUF, M. (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lisboa: Lusociência.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde (2002) – **Saúde infantil e juvenil: programa tipo de atuação (orientações técnicas 12)**. 2ª Ed. Lisboa: DGS

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde (2010) – **Elementos Estatísticos**. http://www.apir.pt/images/diversos/documentos/estatisticas_da_saude_dezembro_2010.pdf (2014-04-26)

PORTUGAL. Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (2013). **Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ** http://www.cnpcjr.pt/Relatorio_2012_28maio.pdf (2014-07-16)

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde (2013) – **Saúde infantil e Juvenil-Programa Nacional**.

Riley, J. (2004) – Comunicação em Enfermagem. 4ª ed., Camarate: Lusociência.

REDONDEIRO, M. (2003) – O quotidiano hospitalar da criança. Braga: http://www.apir.pt/images/diversos/documentos/estatisticas_da_saude_dezembro_2010.pdf

Universidade do Minho. Tese de Mestrado www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1TEUA_enPT490PT491&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=redondeiro%2C+maria+emilia+tese+de+mestrado – (2013-10-01)

SAMPAIO, D. (2002) – **Vozes e ruídos, diálogo com adolescentes**. 14ª Ed. Lisboa: Caminho

SPRINTHALL, N.; COLLINS, W. (1988) - **Psicologia do adolescente – Uma abordagem desenvolvimentista**. 3ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. (2002) – **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. 5ª ed. Loures: Lusociência

WONG, D. (1997) – **Enfermagem Pediátrica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara

WRIGHT, L., LEAHEY, M. (2002) – **Enfermeiras e famílias, um guia para avaliação e intervenção na família**. 3ª Ed. São Paulo: Roca

<http://www.b-on.pt/>(2014-06-26)

ANEXOS

Anexo I – Artigos Científicos

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17573327&lang=pt-br&site=ehost-live>>Uncertainty in adolescents and young adults with cancer.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=57644800&lang=pt-br&site=ehost-live>>MEETING THE NEEDS OF YOUNG PEOPLE IN HOSPITAL.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001209214003056>- Using an Age-specific nursing model to tailor care to the adolescent surgical patient

Anexo II – Projeto de Estágio

INSTITUTO POLITECNICO DE SANTAREM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTAREM

Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde de Criança e Jovem

PROJETO DE ESTÁGIO II

**ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA
COM O ADOLESCENTE**

Elaborado por: Maria João Gabriel

Docente: Regina Ferreira

Enf. Orientador: João Alves

Santarém

Maio 2013

SIGLAS

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

HDE – Hospital Dona Estefânia

HDS – Hospital Distrital de Santarém

HVFX – Hospital de Vila Franca de Xira

NSE – Necessidades de saúde Especiais

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	4
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	10
3 - ACTIVIDADES A DESENVOLVER	11
4 - BIBLIOGRAFIA	16

0 - INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio II do CMESCJ da ESSS surge a necessidade da construção de um projecto de estágio. Um projecto visa concretizar uma intenção, tem uma finalidade e prevê o alcance de determinados objectivos.

Este projecto é constituído pela introdução, a fundamentação da problemática seleccionada, a contextualização dos locais de estágio e as actividades a desenvolver. Em anexo será incluído o cronograma.

O presente projecto tem como objectivo o planeamento das actividades a desenvolver que permitam a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em saúde da criança e jovem, além de competências científicas, técnicas e humanas que facilitem a comunicação com o adolescente. Assim, proponho;

Como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de EESIP que me permita prestar cuidados globais e individualizados
- Cuidar da criança/ jovem e família em situações de especial complexidade
- Assistir a criança/jovem/família na maximização da sua saúde

Como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de Enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/ jovem;
- Capacitar a família/cuidador/criança na maximização do potencial de saúde da criança/jovem;
- Percecionar o circuito de atendimento do adolescente em situação de especial complexidade;

- Potencializar as boas práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente.

O foco da intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica é a criança desde o nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência pode ir até aos 21 anos. O enfermeiro especialista trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa como se lê no preâmbulo das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

Assim, o estágio II vai de encontro a estas premissas por contemplar diferentes contextos: Unidade de Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica.

A OMS considera adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos (DGS,2000). O alargamento da idade pediátrica até aos 18 anos traz um novo desafio aos serviços de Pediatria, tanto nos recursos materiais como nos recursos humanos. Para melhor atender o doente pediátrico adolescente julgo ser necessário desenvolver competências a nível da comunicação com o jovem/ família. De acordo com Meleis (2010) é uma fase de grandes transformações físicas, aumento das capacidades cognitivas e o adolescente encontra-se numa transição desenvolvimental. O facto de recorrer a um serviço hospitalar reflecte uma situação de doença o que provocará, segundo esta teoria, uma situação de transição simultânea. O EESIP deve facilitar o processo de transição de forma que seja restabelecida a estabilidade e a transição se concretize.

O estágio irá decorrer entre 22/04 e 21/10, o primeiro local de estágio será o serviço de pediatria do HDS, de seguida o serviço de neonatologia do HDE e para terminar o serviço de urgência pediátrica do HVFX.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A adolescência é abordada por diversos autores nos seus estudos, definindo-a e apontando níveis de percurso até à fase adulta de autonomia. Sampaio (2002, p. 100) refere que adolescência "... é a última oportunidade para uma entrada saudável na vida adulta".

Fonseca (2005) refere-se à adolescência como o percurso da dependência até à autonomia onde acontecem alterações a quatro níveis:

- biológico – comandadas pela puberdade, irá influenciar o surto de crescimento e as diversas transformações a nível do corpo;
- cognitivo – referente à capacidade de elaborar raciocínios cada vez mais complexos;
- psicológico – verifica-se o desenvolvimento da autonomia e construção de identidade;
- social – relaciona-se com o desempenho de novos papéis.

Michaud et al (2004) referem que "...não há nenhum outro estágio da vida em que ocorra uma mudança tão rápida no comportamento físico, psicológico e social. Estas mudanças podem provocar padrões específicos de doença, sintomas incomuns e, acima de tudo, desafios únicos no que diz respeito à comunicação e à gestão dos cuidados de saúde."

Com limites imprecisos, a adolescência é frequentemente descrita como uma rutura dolorosa com o mundo da infância, esta exterioriza-se por atitudes relacionais heterogêneas, contraditórias e conflituosas. Compreender este período é realmente uma tarefa árdua e difícil, tem que ser perspectivada como uma situação de crescimento e mudança, pela qual passam todos os indivíduos e suas famílias.

É uma experiência vivenciada por cada um de forma única e subjectiva. Face a esta realidade a adolescência tem merecido especial atenção, o próprio regulamento de competências de EESCJ da OE dá particular importância a esta fase do desenvolvimento como se lê na unidade de competência E3.4: "Promove a auto estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde".

Na adolescência, como na vida, nada é estável. Surgem constantemente novas alterações, situações, mudanças. Tudo exige compreensão, conhecimento, adaptação e em muitos casos motivação para ultrapassar as adversidades. Quando o indivíduo

vivencia situações de stress e desequilíbrio necessita adaptar-se mobilizando os recursos para enfrentar os problemas de forma a resolver adequadamente a transição que está a ocorrer.

Transição será o início de um processo de mudança, levando à passagem de um estado de estabilidade para outro estado de estabilidade. É o processo intermédio de passagem entre dois estádios de estabilidade. O adolescente ao experienciar vários processos de transição torna-se um cliente vulnerável.

Os processos de transição apresentam um padrão de multiplicidade e complexidade, podendo cada individuo, neste caso o adolescente, vivenciar mais do que uma transição simultaneamente (MELEIS,2010).

Também a comunicação com o adolescente tem características especiais adequadas às particularidades deste estádio de desenvolvimento.

Na vivência humana a comunicação é considerada uma questão de enorme importância pois influencia toda a nossa existência, a nível pessoal, profissional ou de grupo. Ponto crucial para a prática de enfermagem, a comunicação constitui um componente essencial para o relacionamento entre os elementos da equipa de enfermagem, a equipa multidisciplinar, o enfermeiro e a criança/jovem e família.

Comunicar faz parte da prática do enfermeiro sendo reconhecido e considerado um dos elementos ao seu desenvolvimento. Ser detentor de uma comunicação eficaz é de fato uma arte, que como elemento de competência, está presente nas mais variadas situações e contextos.

A habilidade para comunicar com o cliente é fundamental para a prática de enfermagem, para o cuidar. Inclui a arte de escutar e a capacidade para levar o cliente a expressar as suas ansiedades e medos. Para que se estabeleça uma comunicação assertiva é necessária a existência de dois interlocutores que se reconheçam como seres humanos semelhantes. A comunicação será interativa quando o conteúdo e o estilo da comunicação fazem sentido para estes dois interlocutores e quando o processo vincutivo da relação passa pela capacidade de produzir e fazer entender as mensagens úteis para ambos. A comunicação é um processo humano de emissão e recepção de mensagens, no qual existem dois meios de transmissão de mensagens: a comunicação verbal e a comunicação não-verbal.

Em cuidados de enfermagem a comunicação verbal serve múltiplos objectivos. A escolha das palavras torna-a uma ferramenta potente nas trocas quotidianas, no ensino aos doentes e na manifestação da compreensão.

Na perspectiva de Phaneuf (2005) a comunicação não-verbal é uma troca sem palavras que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos

que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas e contribuem para o seu significado.

Toda a actividade de enfermagem promove uma interacção com o utente. A este processo está inerente o estabelecimento de comunicação, já que comunicar é relacionar-se.

Azevedo (2010) refere que a equipa de enfermagem deve estar apta para comunicar abertamente com o adolescente, ouvindo-o e esclarecendo as suas dúvidas, sendo capaz de estabelecer uma relação terapêutica. Segundo a OE relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, desenvolve-se através de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde.

Assim, saber escutar os adolescentes, ter disponibilidade para os ouvir, sentarmo-nos a seu lado, mesmo sem palavras, transmite-lhes uma sensação de segurança. Saber ouvir é uma das melhores formas de oferecer apoio, criando uma atmosfera receptiva e de aceitação com o adolescente e sua família (Hockenberry,2006). Este autor considera a comunicação a habilidade mais importante a utilizar na relação com a criança/jovem e família.

Apesar do adolescente possuir capacidade de pensamento concreto e abstracto, amplo poder de comunicação, desenvolvimento físico suficiente para suportar a dor e o stress, é nesta fase que há uma maior vulnerabilidade ao internamento. Os jovens vivenciam receios de perda de identidade e controle, a alteração da imagem corporal e a separação do seu grupo de pares. A doença e hospitalização fomentam a dependência e interferem com os sistemas habituais de apoio, gerando uma sensação de perda de controlo que pode desencadear comportamentos de isolamento, frustração, agressividade ou falta de cooperação.

A hospitalização, na fase da adolescência assume particular dimensão devido à vulnerabilidade que acompanha esta fase do desenvolvimento. O carácter crónico ou agudo da doença, a hospitalização, os efeitos psicológicos e físicos residuais em conjunto, perturbam o processo de resolução desta fase de desenvolvimento. Há ainda que ter em conta que o adolescente já consegue entender as implicações da sua doença e é capaz de participar nas decisões relativas aos cuidados e tratamentos. Esta capacidade deve ser incentivada pelo enfermeiro, para que ele adquira confiança e aumente o seu sentimento de independência e a própria auto-estima.

Cabe aos enfermeiros a responsabilidade na criação de vínculos entre os adolescentes e os serviços. Têm um papel primordial no desbloqueamento de inibições, desconfiança e resistência a tratamentos e procedimentos imprescindíveis. É importante que o enfermeiro que cuida de adolescentes possa estar junto deles

esforçando-se por interpretar, compreender e aproximar-se da sua vida com atenção, zelo, cortesia e respeito, numa relação horizontal solícita e humana.

A equipa de saúde deverá utilizar estratégias de comunicação empática e assertiva que permitam compreender e dar resposta adequada ao adolescente/ pais em situações de ansiedade, stress, medo e dúvida gerados pela hospitalização (Barros, 2003). É através da comunicação assertiva que se estabelece uma relação terapêutica bem-sucedida.

Segundo o PNSIJ (2013) as crianças e jovens podem apresentar NSE. Tais casos exigem atenção redobrada por parte dos serviços de saúde, que devem desenvolver estratégias de intervenções adequadas aos mesmos. Cabe à equipa de saúde identificar, numa perspectiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança. As crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica exigem cuidados acrescidos nomeadamente a continuidade de intervenção de vários serviços. Refere ainda que estes cuidados devem ser liderados pelo médico assistente ou pelo EESIP.

Esta é uma temática que me inquieta pelo que proponho estudar esta área, como tal sugiro como pergunta PI[C]O:

As estratégias de comunicação influenciam a adesão do adolescente com necessidades especiais de saúde à hospitalização?

- População: adolescentes com necessidades especiais de saúde
- Intervenção: estratégias de comunicação
- Outcomes: adesão à hospitalização

2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O estágio II decorrerá em três campos distintos que passo a nomear:

- HDS de 29 de Abril a 4 de Junho – com a duração de seis semanas e onde deverão ser efetuados vinte e um turnos. Será desenvolvido em horário rotativo na Unidade de Pediatria. Esta unidade recebe crianças dos 28 dias aos 16 anos (pode também receber com idade inferior a 28 dias se já tiverem tido alta da obstetrícia ou neonatologia e que necessitem de internamento devido a situações infecciosas). O método de trabalho é o individual e utiliza o modelo institucional de Nancy Roper. Atendendo a especificidade do utente deste serviço utiliza também o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Durante este estágio e, por ser o único que se realiza no HDS, Hospital de drenagem da minha área profissional, parece-me importante conhecer o circuito que apoia o adolescente com necessidades de saúde especiais nomeadamente o serviço de urgência pediátrica que é onde estes recorrem em situação de agudização das suas patologias. Também a consulta externa de pediatria faz o acompanhamento destes utentes após a alta do serviço de pediatria pelo que me parece importante, para o meu processo formativo, conhecer este serviço, nomeadamente, a consulta de desenvolvimento e a consulta de diabetes. Estas consultas também dão resposta a adolescentes com necessidades de saúde especiais e onde a intervenção do EESIP se justifica.

- HDE de 10 de Junho a 12 de Julho – estão previstos 17 turnos neste contexto.

-HDVF de 16 de Setembro a 11 de Outubro – onde estão previstos 14 turnos.

Os campos de estágio deverão dar resposta à concretização dos objectivos do projecto de estágio de forma a permitir a aquisição de competências do EESIP.

3 - ACTIVIDADES A DESENVOLVER

De forma a atingir os objectivos propostos é necessário desenvolver diversas actividades, algumas mais comuns a todos os locais e outras mais particulares, conforme a especificidade do contexto. De forma a melhor clarificar a operacionalização de algumas actividades serão apresentadas algumas estratégias para a sua concretização.

Objectivo: Prestar cuidados de Enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/ jovem			
Competências: A1; C1; E1.2; E3.1; E3.2			
Contexto: Unidade de Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica			
Actividades	Estratégias	Recursos	Data
<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura de referência - Observação e cooperação com o enfermeiro na prestação de cuidados - Prestação de cuidados especializados - Gestão da dor de forma a promover o bem-estar da criança/ jovem - Promoção da adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, oncológica ou com deficiência - Capacitação da criança/ jovem e família para a adopção de estratégias de coping - Respeito pelas crenças e valores da família - Adequação do suporte comunitário 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da situação da criança/jovem/família - Planear e implementar as intervenções - Avaliar as intervenções e reformulação do plano de cuidados se necessário - Aplicar escalas de avaliação da dor - Aplicar medidas farmacológicas e não farmacológicas para controle da dor - Percepcionar como a criança e família gerem o processo de saúde/ doença - Percepcionar como as experiências anteriores influenciam a situação actual - Conhecer a rede de apoio comunitária - Conhecer a utilização de recursos - Referenciar às instituições adequadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros orientadores - Legislação - Normas e regulamentos internos - PNSIJ - Documentos bibliográficos sobre as patologias de maior complexidade - Documentação sobre recursos da comunidade da área de residência da criança/ jovem/ família 	<p style="text-align: center;">Ao longo do estágio</p>

Objectivo: Capacitar a família/cuidador/criança na maximização do potencial de saúde da criança/ jovem;			
Competências: A1; E1.1; E1.1.1; E1.1.3; E1.1.4			
Contexto: Unidade de Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica			
Actividades	Estratégias	Recursos	Data
<ul style="list-style-type: none"> - Implementação e gestão de plano promotor de saúde - Negociação da participação da criança/ jovem e família no processo de cuidar - Disponibilização de informação de forma a promover a tomada de decisão - Utilização de estratégias motivadoras da criança/ jovem e família para o desenvolvimento de habilidades de forma a facilitar a aquisição de competências para a gestão do processo de saúde/ doença - Integração dos pais/criança/jovem nos cuidados visando a autonomia em relação às AV's, vigilância de saúde e prevenção de acidentes - Planear a alta tendo em conta os recursos da comunidade e referenciar se necessário às instituições adequadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de atitudes saudáveis relacionadas com a redução do risco de hipo e hiperglicémia - Sugestão de cuidados após a alta hospitalar - Sugestão de utilização de recursos da comunidade conforme a situação -Traçar metas realistas em conjunto - Utilização do jogo/ humor - Utilização do site da DGS de forma a evidenciar o seu potencial de informação e de promoção da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros orientadores - Legislação - Normas e regulamentos internos - PNSIJ - Documentos Bibliográficos - Internet 	Ao longo do estágio

Objectivo: Percecionar o circuito de atendimento do adolescente em situação de especial complexidade;

Competências: E1.10; E2.5.6

Actividades	Contexto	Recursos	Data
- Visita aos serviços de urgência pediátrica e consulta de pediatria do HDS - Reunião com os coordenadores dessas unidades	- Unidade de Pediatria do HDS	- Enfermeiro orientador - Enfermeiros coordenadores da urgência pediátrica e consulta de pediatria	20 Maio

Objetivo: Potencializar as boas práticas de comunicação na relação enfermeiro/adolescente			
Competências: B1; B2; D1; E2.5; E3.3; E3.4			
Actividades	Contexto	Recursos	Data
<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura de referência na área da comunicação com os adolescentes - Reunião com Enfermeiros Especialistas - Observação e identificação da reacção do adolescente quando abordado pelo enfermeiro. - Observação e cooperação com o enfermeiro que presta cuidados ao adolescente na implementação de estratégias para comunicar com o adolescente. - Utilização de estratégias para comunicar com os adolescentes como a negociação e o reforço de competências e autoestima - Validação com o enfermeiro cooperante da pertinência de sessão formativa - elaboração e apresentação de formação a fim de promover a uniformização nos procedimentos de comunicação com o adolescente - Divulgação da sessão - criação de guidelines sobre estratégias de comunicação com o adolescente, considerando os contributos da equipa, a pesquisa nas bases de dados e a prática 	<ul style="list-style-type: none"> - Pediatria - Urgência Pediátrica - Pediatria - Urgência Pediátrica - Pediatria - Urgência Pediátrica - Pediatria - Urgência Pediátrica - Pediatria - Urgência Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia sobre o tema - Bases de dados - Enfermeiros especialistas - Enfermeiro orientador e adolescente - Questionário sobre necessidades formativas - Pesquisa bibliográfica - Equipa de enfermagem - Enfermeiros especialistas - Placard de informações do serviço de pediatria e urgência pediátrica - Médica especialista em atendimento ao adolescente 	<p>Ao longo do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p> <p>30 Maio</p>

4 - BIBLIOGRAFIA

AZEVEDO, A. (2010) – **Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes**. Porto: instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar da universidade do Porto. Tese de mestrado. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26622/2/Processo%20de%20transio%20do%20adolescente%20hospitalizado%20numa%20Unidade%20de%20Adolescentes.pdf>, acedido em 25-01-2013

BARROS, L. (2003) – **Psicologia Pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista**. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

BENNER, P. (2005) – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora

FONSECA, H. (2004) – abordagem sistémica em saúde dos adolescentes e suas famílias. **Adolescência & saúde**. Rio de Janeiro. Vol. 1, nº 3 (Setembro 2004)

HOCHENBERRY, M. (2006) – **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier

MELEIS, A. Et al (2010) – **transitions theory**. - http://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf, acedido em 10-02-2013

ORDEM DOS ENFERMEIROS -

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf, acedido em 11-02-2013

PHANEUF, M.(2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lisboa:Lusociencia.

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde (2002) – **Saúde infantil e juvenil: programa tipo de actuação (orientações técnicas 12)**. 2ª Ed. Lisboa: DGS

SAMPAIO, D. (2002) – **Vozes e ruídos, diálogo com adolescentes**. 14ª Ed. Lisboa: Caminho

WRIGHT, L., LEAHEY, M. (2002) – **Enfermeiras e famílias, um guia para avaliação e intervenção na família**. 3ª Ed. São Paulo: Roca

Anexo III – Questionário sobre necessidades formativas

Anexo IV – Publicitação da Sessão Formativa no HDS

Sessão de Formação

A adolescência ...

... Comunicação

Sala de reuniões (piso 1 – junto à sala polivalente)

Dia 6 de Junho de 2013 – 14:00 hrs

A Mestranda

Maria João Gabriel

Anexo V – Plano de Sessão Formativa HDS

PLANO DE SESSÃO

Tema: Estratégias facilitadoras para melhorar a comunicação com o adolescente

População alvo: Equipe de enfermagem da Unidade de Pediatria do HDS

Objetivos: Partilhar com a equipa a pesquisa bibliográfica efetuada

Sensibilizar a equipa para a utilização de boas práticas de comunicação na relação com o adolescente

Construir com a colaboração da equipa documento orientador para o atendimento do adolescente

Data – 2013/06/06

ESTRUTURA DA SESSÃO	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Apresentação - Justificação do tema - Objetivos - Métodos	- Expositivo		5 min
DESENVOLVIMENTO	-Princípios éticos - características espaço/tempo - requisitos do profissional - princípios da entrevista - fases da entrevista - técnicas de apoio narrativo	-Expositivo -Participativo	- Computador -power point	30 min
CONCLUSÃO	-Síntese e discussão	-Expositivo -participativo		20 min

Anexo VI – Sessão de Formação do HDS



Pediatria: até que idade?

“ 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... 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 ARS, atendendo às especificidades de cada área de intervenção”

(Despacho 9871/2010)

Questionário aplicado à equipa

❖ Quais as necessidades formativas que sente para cuidar adolescentes na sua Unidade?

- Desenvolvimento
- Comunicação
- Consumos nocivos
- Sexualidade
- Nenhuma
- Outra. Qual?

❖ Que sugestões propõe para colmatar as dificuldades no atendimento destes utentes?

Objectivos:

- Sensibilizar a equipa na utilização de boas práticas de comunicação na relação com o adolescente
- Sistematizar alguns princípios e estratégias de forma a melhorar a qualidade da intervenção no adolescente e família
- Reflectir sobre competências comunicacionais da equipa com o adolescente

Adolescente

Significa em Latim crescer - período de mudança

- Aceleração do crescimento
- Alterações físicas
- Aumento das capacidades cognitivas
- Alteração das capacidades psicoafectivas (Freud refere como um período de turbulência)
- Alteração das capacidades sociais (dependência / independência)

Adolescência:

“... etapa de vida compreendida entre a infância e a idade adulta.”

(OE, 2010)

“É o período de vida crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro”.

(OE, 2010)

Características específicas de cada sexo

	♂	♀
Idade	12 anos	10 anos
1º Sinal	Aumento do volume testicular	Botão mamário
Sinais de alarme	Ausência de sinais pubertários aos 14 anos	Ausência de sinais pubertários aos 13 anos Amenorreia aos 16

O aumento das hormonas sexuais tem impacto a nível do cérebro. A remodelação dos circuitos neuronais promove:

- A aquisição de capacidades cognitivas
- A construção de estratégias para a tomada de decisão
- A adopção de padrões de comportamento social
 - Libertação da tutela parental
 - Maior libertação com os grupos de pares

Hospitalização do adolescente

- Como reagem?
 - medo
 - ansiedade
 - angústia
 - isolamento
- O que verbalizam?
 - afastamento da família e dos pares
 - dificuldade em ocupar o tempo
 - incoerência da informação clínica

Princípios éticos no atendimento do adolescente

- Respeito pela autonomia
 - Respeito pela privacidade
 - Respeito pela confidencialidade
 - Respeito pelo sigilo
- (Queirós, 2001)

Pré-requisitos do profissional

- Ter conhecimento do desenvolvimento da adolescência
- Sentir-se confortável perante o adolescente
- Possuir experiência na comunicação com adolescentes
- Acolher de forma cordial e compreensiva
- Demonstrar disponibilidade
- Assegurar confidencialidade
- Assegurar o direito à privacidade
- Evitar fazer juízos de valor
- Mostrar respeito, autenticidade e empatia

Princípios gerais no atendimento

- Procurar um espaço acolhedor, confortável e que respeite a privacidade
- Iniciar com questões informais (escola, amigos, lazer)
- Identificar temas de interesse comum
- Utilizar o humor
- Utilizar linguagem simples
- Reforçar competências, comportamentos positivos e auto-estima
- A duração deve ser adequada a cada situação específica dependendo também da postura do adolescente

Fases da entrevista

❖ Acolhimento

- apresentar-se primeiro ao adolescente
- Apresentar-se aos pais
- Saber quais as expectativas do adolescente e pais
- Esclarecer as etapas: adolescente e família adolescente
- Assegurar confidencialidade e privacidade

Fases da entrevista

❖ Fase exploratória

- Colher dados sobre as diversas áreas da saúde
- Referir que serão colocadas questões muito pessoais mas essenciais para a compreensão da sua saúde
- Analisar os sistemas biopsico-sociais:
 - F - família
 - A - amigos
 - C - colégio (escola)/trabalho
 - T - tóxicos
 - O - objetivos
 - R - riscos
 - E - estima
 - S - sexualidade

Tipo de questões relacionadas com o sistema biopsicosocial

Família	Com quem vives? De quem te sentes mais próximo? Existe algum membro novo ou alguém saiu de casa?
Amigos	Tens amigos? Que actividades fazes com os amigos? Praticam algum desporto?
Escola e trabalho	Em que escola andas? Mudaste recentemente? Quais as disciplinas preferidas? Quais os planos para o futuro?
Tóxicos	No teu grupo de amigos alguém fuma, bebe, ou consome drogas? E tu próprio?

Tipo de questões relacionadas com o sistema biopsicosocial

objectivos	Que planos para o futuro? Escola, trabalho, hobbies?
Riscos	Já tiveste algum acidente grave? Usas equipamentos de segurança quando praticas desportos? Existe violência na tua família? Alguma vez foste vítima de violência na escola ou no namoro?
Estima	Sentes-te triste ou em baixo? Pensas por vezes em te magoares? Isolas-te mais dos amigos nos últimos tempos? Começaste a fumar, beber ou usar drogas para te sentires melhor?
Sexualidade	Tens namorado(a) ou já tiveste? O que consideras sexo seguro? Alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te em práticas sexuais contra a tua vontade

Fases da entrevista

❖ Fase resolutiva

- Analisar os dados
- Disponibilizar tempo para o adolescente expressar as suas preocupações
- Orientar de forma a que o adolescente se sinta incluído nas decisões
- Reforçar a capacidade do adolescente intervir
- Enunciar várias opções para que este escolha o comportamento
- Explicar os recursos que estão ao seu alcance
- Disponibilizar materiais educativos

SUGESTÕES

- Adequar a linguagem e as atitudes ao desenvolvimento do adolescente
- Maior privacidade
- Adequar o espaço físico
- Formação a auxiliares e enfermeiros
- Atividades lúdicas para ocupação dos tempos livres
- Debate em equipa
- Coesão da equipa de forma a não existir informação contraditória
- Utilizar a negociação de forma a fomentar a adesão terapêutica (acompanhante de referencia, horário de visitas, nº de visitas)



“Não há adolescência mas sim adolescentes”

(Fonseca,2005)

Bibliografia

ABREU, M.; AZEVEDO, A. - o adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescente e saúde*. 2012; 9(3)

ALMEIDA, I.; RODRIGUES, B. - hospitalização do adolescente - *Revista da sociedade Brasileira de enfermeiros de Pediatria*. Vol.7, nº1

FONSECA, Helena (2005) - *Compreender os adolescentes. Um desafio para pais e educadores*, 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos OE. Série I, Vol 1, nº 3.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Divisão de Saúde materna e dos adolescentes (2013) - *Saúde infantil e juvenil: Programa tipo de atuação*

QUEIRÓS, Ana (2001) - *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora

Anexo VII – Plano de integração de alunos na Unidade de Pediatria do HDS

Plano de integração de enfermeiros

❖ Objectivo:

- Facilitar a integração de duas alunas do MES CJ no serviço de Pediatria do HDS.

O Serviço de Pediatria situa-se no 8º piso do hospital, tem como chefe de serviço a Dra. Aldina e como enfermeira chefe a Enfª Manuela. A restante equipa é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, secretária de unidade, assistente social, educadora de infância, existem ainda outros técnicos que dão apoio ao serviço como a nutricionista, copeira e fisioterapeuta.

❖ Dia previsto para a integração – 6/6/2013 Hora: 10h30

Actividades	Reunião	Informações diversas sobre a organização do serviço e da prestação de cuidados
	Visita ao serviço	Apresentação dos diferentes espaços
	Apresentação da equipa multidisciplinar	Apresentação da directora do serviço Apresentação da equipa multidisciplinar Apresentação dos enfermeiros cooperantes, se estiverem de serviço

❖ Lotação do serviço – 13 camas, quando necessário acrescentam-se outras às quais é dado o nome de macas.

❖ Idade de atendimento: habitualmente desde os 28 dias aos 17 anos e 364 dias.

❖ Patologias mais frequentes:

- GEA
- Dispneia
- Foro cirúrgico (especialmente apendicectomias)
- Malformações congénitas
- Diabetes inaugural ou descompensada

❖ Método de distribuição de trabalho: individual mas, sempre que necessário, existe interajuda e intersubstituição

❖ Modelo de enfermagem: Nancy Ropper

Anne Casey

❖ Horário de trabalho: 35 horas semanais

- Manhã: 8 – 16:30
- Tarde: 16 – 23:30
- Noite: 23 – 08:30

❖ Existem vários protocolos:

- laboratório (quando são pedidas colheitas de fezes ou urina é emitida uma etiqueta para rotular os recipientes de colheita a enviar ao laboratório).

- actuação na descompensação da diabetes.
- de cuidados ao utente oncológico.

Existe também um manual de diluição terapêutica.

❖ Acompanhamento das crianças:

- um dos pais ou representante legal pode permanecer 24 horas/dia junto da criança.
- o outro pai pode permanecer das 08 às 20 horas.
- outras visitas: das 13 às 14:00 horas.
das 17 às 19:30 horas.
- crianças com menos de 8 anos podem permanecer na última meia hora da visita.
- o pai que permanece as 24 horas tem direito ao pequeno almoço, almoço e jantar que é deixado no refeitório do serviço mas que poderá levar para o quarto para ficar mais próximo da criança.
- podem receber chamadas entre as 08 e as 22 horas.
- quando se pede a dieta da criança (na admissão) é pedida também a do acompanhante (sistema informático).
- se trouxerem alimentos de casa devem ser para consumo imediato.

❖ Os enfermeiros criaram uma folha de colheita de dados que é aplicada nas primeiras 24 horas de internamento, dependendo o seu preenchimento da situação. Faz-se a entrega do guia de acolhimento e das autorizações para permanecer no serviço.

- ❖ Após a colheita de dados é registada a avaliação inicial e elaborado processo de enfermagem no programa SAPE, onde são efectuados todos os registos de enfermagem.

- ❖ Existe um dossier onde são guardados alguns documentos das crianças internadas, como o livro de vigilância de saúde infantil, etiquetas ...

- ❖ Terapêutica:
 - não existe unidose.

 - é prescrita e registada no sistema informático aparecendo no ecrã já no horário previsto para a sua administração.

 - ao fazer-se o registo da sua administração, a farmácia recebe indicação para repor o stock.

 - pode ser necessário efectuar pedido de medicação não contemplada no stock de serviço para situações mais complexas e específicas, como é o caso de situações do foro neurológico e oncológico.

Anexo VIII – Lista de contactos de Enfermeiros de referência do ACES Lezíria

CONTACTOS COORDENADORES USF E UCSP

Almeirim	E-mail	Fax	Telefone
UCSP	ucsp.almeirim.coord@arslvt.min-saude.pt	243 594 359	243 594 350
Alpiarça	E-mail	Fax	Telefone
UCSP	ucsp.alpiarca.coord@arslvt.min-saude.pt	243 557 485	243 558 467
Cartaxo	E-mail	Fax	Telefone
UCSP	ucsp.cartaxo@arslvt.min-saude.pt enfchefe@cscartaxo.srssantarem.min-saude.pt	243 779 390	243 700 652
USF Cartaxo T.Viva	usf.terraviva.coord@arslvt.min-saude.pt	243 779 115	243 700 650
D.Sancho I- Pontével	usf.dsancoi.coord@arslvt.min-saude.pt	243 709 370	243 700 810
Chamusca	E-mail	Fax	Telefone
UCSP	ucsp.chamusca.coord@arslvt.min-saude.pt	249 769 522	249 769 170
USF Chamusca	usf.chamusca.coord@arslvt.min-saude.pt	249 760 709	249 769 170
Coruche	E-mail	Fax	Telefone
USF Vale do Sorraia	usf.vSORraia.coord@arslvt.min-saude.pt	243 617 431	243 610 500
Golegã	E-mail	Fax	Telefone
CampuSaúde- Golegã	usf.campusauade.coord@arslvt.min-saude.pt	249 976 524	249 976 369
Rio Maior	E-mail	Fax	Telefone
UCSP	ucsp.riomaior.coord@arslvt.min-saude.pt	243 994 132	243 999 200
USFSalinas Rio Maior	usf.salinasrm.coord@arslvt.min-saude.pt	243 994 132	243 999 200
Salvaterra Magos	E-mail	Fax	Telefone
UCSP	ucsp.smagos.coord@arslvt.min-saude.pt	263 504 715	263 500 470

Santarém	E-mail	Fax	Telefone
UCSP	coorducspstr@cssantarem.srssantarem.min-saude.pt	243 321 762	243 330 603
USF Alviela - Pernes	usf.alviela.coord@arslvt.min-saude.pt	243 448 085	243 419 253
USF Almeida Garrett	usf.agarrett.coord@arslvt.min-saude.pt	243 448 085	243 449 635
USF Planalto	usfplanaltocrd@cssantarem.srssantarem.min-saude.pt	243 303 237	243 303 231
USF S. Domingos	usf.sdomingos.coord@arslvt.min-saude.pt	243 330 607	243 330 608

Anexo IX – Carta de Alta de Enfermagem da UCIN do HDE



**CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA**
CENTRAL, EPE



HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Telefone: 21 312 66 20

Carta de Alta de Enfermagem

PARA:

I – IDENTIFICAÇÃO

NOME:

NOME DA MÃE:

NOME DO PAI:

SEXO: M F

DATA NASCIMENTO: / /

IDADE:

MORADA:

TELEF:

VIGILÂNCIA DE SAÚDE: C. DE SAÚDE ENF. REFERÊNCIA MÉDICO PARTICULAR

II – HISTÓRIA OBSTÉTRICA

IDADE DA MÃE:

IDADE DO PAI:

GRAVIDEZ VIGIADA: Sim Não **GESTA PARA**

TEMPO DE GESTAÇÃO: semanas e dias

INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO:

III – PARTO

LOCAL DE NASCIMENTO:

TIPO DE PARTO: EUTÓCICO CESARIANA FÓRCEPS VENTOSA

MOTIVO:

APRESENTAÇÃO: PÉLVICA CEFÁLICA **ÍNDICE DE APGAR:** 1' 5' 10'

REANIMAÇÃO: O2 AMBÚ MASSAGEM CARDÍACA EET

IV – RN

PESO AO NASCER: g **COMPRIMENTO:** cm

P. CEFÁLICO: cm **P. ABDOMINAL:** cm

MALFORMAÇÕES:

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL: Sim Não

OUTROS PROBLEMAS:

HISTÓRIA ACTUAL:

V – INTERNAMENTO

VI – RELACIONAMENTO PAIS/RN

PAIS PRESENTES DURANTE O INTERNAMENTO: SIM NÃO

PAIS PARTICIPANTES NOS CUIDADOS: SIM NÃO

INTERACÇÃO: ESPONTÂNEA ESTIMULADA

OUTRA PESSOA DE REFERÊNCIA: SIM NÃO QUEM?

VII – ENSINOS EFECTUADOS

ALIMENTAÇÃO: ALEITAMENTO MATERNO ALEITAMENTO ARTIFICIAL

HIGIENE E CONFORTO SONO E REPOUSO QUARTO DO RN

SAÍDAS DO RN ESTIMULAÇÃO CUIDADOS ESPECIAIS

MEDICAÇÃO VIGILÂNCIA DE SAÚDE MASSAGEM ABDOMINAL

OUTROS:

RECEPTIVIDADE AO ENSINO:

VIII – APOIOS DURANTE O INTERNAMENTO

RELIGIOSO ASSISTENTE SOCIAL PEDOPSIQUIATRIA PSICÓLOGA

IX – ENCAMINHAMENTOS

CONSULTAS DE

OUTRAS

CENTRO DE SAÚDE: ENF.

X – SITUAÇÃO ACTUAL

IDADE: **PESO:** gr **COMPRIMENTO:** cm **PC:** cm

FC: bpm **FR:** cpm **SAT. O2:** % **TA:** / / mmHg

ALIMENTAÇÃO: ALEITAMENTO MATERNO ALEITAMENTO ARTIFICIAL

FREQUÊNCIA: / h BIBERON DECLIVE CONTÍNUA ml/h

TERAPÊUTICA PRESCRITA:

TERAPÊUTICA/DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	FREQUÊNCIA	ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO
	IV		às h de / /
	...		às h de / /
	...		às h de / /
	...		às h de / /
	...		às h de / /
	...		às h de / /
	...		às h de / /
	...		às h de / /

ESTADO GERAL:

HÁBITOS DO RN:

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM PENDENTES:

DATA: / / **ASSINATURA:** _____ **N.º OE:** - -

Anexo X – Carta de Alta Reformulada



HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS
Telefone: 21 312 66 20



Carta de **Alta** e Enfermagem

PARA: _____

I – IDENTIFICAÇÃO

NOME:

NOME DA MÃE:

PROFISSÃO:

HABILITAÇÕES:

NOME DO PAI:

PROFISSÃO:

HABILITAÇÕES:

SEXO: M F

DATA NASCIMENTO: / /

IDADE:

MORADA:

ZONA RURAL

ZONA URBANA

TELEFONE:

TIPO HABITAÇÃO: APARTAMENTO

MORADIA

ÁGUA DE REDE

ELETRICIDADE

REDE DE ESGOTOS

OUTROS: _____

CONSTITUIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR: Nº DE PESSOAS

PARENTESCO: _____

ETAPA DO CICLO VITAL DA FAMÍLIA: FORMAÇÃO DO CASAL

FAMÍLIA COM FILHOS PEQUENOS

FAMÍLIA COM FILHOS EM IDADE ESCOLAR

FAMÍLIA COM FILHOS ADOLESCENTES

FAMÍLIA COM FILHOS ADULTOS

APOIO DA FAMÍLIA EXTENSA: SIM NÃO

TIPO DE APOIO PRESTADO PELA FAMÍLIA EXTENSA: DE SERVIÇO MATERIAL

PESSOAS SIGNIFICATIVAS: SIM QUEM: _____

NÃO

APOIO DA COMUNIDADE PRÉ-EXISTENTE: SIM QUAL: _____

NÃO

APOIO DA COMUNIDADE A SOLICITAR: _____

VIGILÂNCIA DE SAÚDE: CENTRO SAÚDE ENF. REFERÊNCIA MÉDICO PARTICULAR

EFETUADO CONTATO TELEFÓNICO: SIM DATA / / NOME DO CONTATO:

COM OS CSP

NÃO _____

DATA: / /

ASSINATURA: _____

Nº OE: _____

Anexo XI – Publicitação da Sessão Formativa no HVFX

Sessão de Formação

A adolescência ...

... Comunicação

Sala de Formação do HVFX

Dia 10 de Outubro de 2013 – 14:00 hrs

A Mestranda

Maria João Gabriel

Anexo XII – Plano de Sessão Formativa no HVFX

PLANO DE SESSÃO

Tema: Estratégias de comunicação com o adolescente

População alvo: Equipa de enfermagem do serviço de Pediatria do HVFX

Objetivos:

Partilhar com a equipa a pesquisa bibliográfica efectuada

Sensibilizar a equipa para a utilização de boas práticas de comunicação na relação com o adolescente

Construir com a colaboração da equipa documento orientador para o atendimento do adolescente

Data - 2013/10/10

Local - sala de Formação do HVFX

ESTRUTURA DA SESSÃO	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	-Apresentação do tema - Justificação do tema -Objetivos -Métodos	-Expositivo	- Folha de reflexão/sugestões	5 min

<p>DESENVOLVIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Caracterização do adolescente -Hospitalização do adolescente -Princípios éticos do atendimento -Princípio gerais do atendimento -Fases da entrevista -Factores biopsicossociais -Sugestões de estratégias 	<ul style="list-style-type: none"> -Expositivo -Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> -Computador - Projetor 	<p>20 min</p>
<p>CONCLUSÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Síntese e discussão 	<ul style="list-style-type: none"> -Expositivo -participativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Folha de reflexão/sugestões 	<p>10 min</p>

Anexo XIII – Sessão Formativa no HVFX

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O ADOLESCENTE

Maria João Gabriel

Outubro 2013

Pediatria: até que idade?

“ 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... 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 ARS, atendendo às especificidades de cada área de intervenção”

(Despacho 9871/2010)

Objectivos:

- Sensibilizar a equipa na utilização de boas práticas de comunicação na relação com o adolescente
- Sistematizar alguns princípios e estratégias de forma a melhorar a qualidade da intervenção no adolescente e família
- Reflectir sobre competências comunicacionais da equipa com o adolescente

Adolescente

Significa em Latim crescer – período de mudança

- Aceleração do crescimento
- Alterações físicas
- Aumento das capacidades cognitivas
- Alteração das capacidades psicoafectivas (Freud refere como um período de turbulência)
- Alteração das capacidades sociais (dependência / independência)

Adolescência:

“... etapa de vida compreendida entre a infância e a idade adulta.”

(OE, 2010)

“É o período de vida crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro”.

(OE, 2010)

Características específicas de cada sexo

	♂	♀
Idade	12 anos	10 anos
1º Sinal	Aumento do volume testicular	Botão mamário
Sinais de alarme	Ausência de sinais pubertários aos 14 anos	Ausência de sinais pubertários aos 13 anos Amenorreia aos 16

O aumento das hormonas sexuais tem impacto a nível do cérebro. A remodelação dos circuitos neuronais promove:

- A aquisição de capacidades cognitivas
- A construção de estratégias para a tomada de decisão
- A adopção de padrões de comportamento social
Libertação da tutela parental
Maior interação com os grupos de pares

COMUNICAR

... é enviar, transmitir, transferir, dar a conhecer. Consiste num processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas.

(RYLEY, 2004)

É IMPOSSÍVEL NÃO COMUNICAR

COMUNICAR

Linguagem Verbal: - simples
- clara
- apropriada ao tempo e circunstâncias
- adequada às reações que obtemos

COMUNICAR

Linguagem não Verbal: - gestos
- mímica/expressões
- reações emotivas

DEVE EXISTIR CONGRUÊNCIA ENTRE A LINGUAGEM VERBAL E NÃO VERBAL

Hospitalização do adolescente

- Como reagem? { medo
ansiedade
angústia
isolamento
- O que verbalizam? { afastamento da família e dos pares
dificuldade em ocupar o tempo
incoerência da informação clínica

Princípios éticos no atendimento do adolescente

- Respeito pela autonomia
- Respeito pela privacidade
- Respeito pela confidencialidade
- Respeito pelo sigilo

(Queirós, 2001)

Pré-requisitos do profissional

- Ter conhecimento do desenvolvimento da adolescência
- Sentir-se confortável perante o adolescente
- Possuir experiência na comunicação com adolescentes
- Acolher de forma cordial e compreensiva
- Demonstrar disponibilidade
- Assegurar confidencialidade
- Assegurar o direito à privacidade
- Evitar fazer juízos de valor
- Mostrar respeito, autenticidade e empatia

Princípios gerais no atendimento

- Procurar um espaço acolhedor, confortável e que respeite a privacidade
- Iniciar com questões informais (escola, amigos, lazer)
- Identificar temas de interesse comum
- Utilizar o humor
- Utilizar linguagem simples
- Reforçar competências, comportamentos positivos e auto-estima
- A duração deve ser adequada a cada situação específica dependendo também da postura do adolescente

Fases da entrevista

❖ Acolhimento

- apresentar-se primeiro ao adolescente
- Apresentar-se aos pais
- Saber quais as expectativas do adolescente e pais
- Esclarecer as etapas: adolescente e família adolescente
- Assegurar confidencialidade e privacidade

Fases da entrevista

❖ Fase exploratória

- Colher dados sobre as diversas áreas da saúde
- Referir que serão colocadas questões muito pessoais mas essenciais para a compreensão da sua saúde
- Analisar os sistemas biopsico-sociais:
 - F – família
 - A – amigos
 - C – colégio (escola)/trabalho
 - T – tóxicos
 - O – objetivos
 - R – riscos
 - E – estima
 - S - sexualidade

Tipo de questões relacionadas com o sistema biopsicosocial

Família	Com quem vives? De quem te sentes mais próximo? Existe algum membro novo ou alguém saiu de casa?
Amigos	Tens amigos? Que actividades fazes com os amigos? Praticam algum desporto?
Escola e trabalho	Em que escola andas? Mudaste recentemente? Quais as disciplinas preferidas? Quais os planos para o futuro?
Tóxicos	No teu grupo de amigos alguém fuma, bebe, ou consome drogas? E tu próprio?

Tipo de questões relacionadas com o sistema biopsicosocial

Objectivos	Que planos para o futuro? Escola, trabalho, hobbies?
Riscos	Já tiveste algum acidente grave? Usas equipamentos de segurança quando praticas desportos? Existe violência na tua família? Alguma vez foste vítima de violência na escola ou no namoro?
Estima	Sentes-te triste ou "em baixo"? Pensas por vezes em te magoares? Isolas-te mais dos amigos nos últimos tempos? Começaste a fumar, beber ou usar drogas para te sentires melhor?
Sexualidade	Tens namorado(a) ou já tiveste? O que consideras sexo seguro? Alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te em práticas sexuais contra a tua vontade

Fases da entrevista

❖ Fase resolutiva

- Analisar os dados
- Disponibilizar tempo para o adolescente expressar as suas preocupações
- Orientar de forma a que o adolescente se sinta incluído nas decisões
- Reforçar a capacidade do adolescente intervir
- Enunciar várias opções para que este escolha o comportamento
- Explicar os recursos que estão ao seu alcance
- Disponibilizar materiais educativos

FOLHA DE REFLEXÃO / SUGESTÕES

ASPETOS POSITIVOS	ASPETOS A MELHORAR	SUGESTÕES

SUGESTÕES

- Adequar a linguagem e as atitudes ao desenvolvimento do adolescente
- Maior privacidade
- Adequar o espaço físico
- Actividades lúdicas para ocupação dos tempos livres: jogos de mesa, artesanato, desenhar, pintar, escrever, música, net.
- Utilizar a negociação de forma a fomentar a adesão terapêutica (acompanhante de referencia, horário de visitas, nº de visitas)

SUGESTÕES

- Salas de recreação diferenciadas por grupos etários
- Debate em equipa
- Coesão da equipa de forma a não existir informação contraditória
- **Descontrair o ambiente pesado do Hospital melhora as relações interpessoais e facilita a comunicação**



“Não há adolescência mas sim adolescentes”

(Fonseca,2005)

Bibliografia

- ABREU, M.; AZEVEDO, A. – o adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? **Adolescente e saúde**. 2012; 9(3)
- ALMEIDA, I.; RODRIGUES, B. – hospitalização do adolescente – **Revista da sociedade Brasileira de enfermeiros de Pediatria**. Vol. 7, nº1
- FONSECA, Helena (2005) – **Compreender os adolescentes. Um desafio para pais e educadores**, 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**. Cadernos OE. Série I, Vol I, nº 3.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Divisão de Saúde materna e dos adolescentes (2013) – **Saúde infantil e juvenil: Programa tipo de atuação**
- QUEIRÓS, Ana (2001) – **Ética e enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora

Bibliografia

- REDONDEIRO, Maria – **O Quotidiano hospitalar da criança. Constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento.** Repositório da Universidade do Minho – acedido em 01-10-2013.
- RYLEY, Júlia (2004) – **Comunicação em Enfermagem.** 4ª Ed..Camarate: Lusociência
- SANTOS, Ana – **De nariz vermelho no hospital: a actividade lúdica dos Doutores Palhaços com crianças hospitalizadas.** Repositório da Universidade do Minho – acedido em 01-10-2013.