



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico- Cirúrgica – Vertente Oncológica

Relatório de Estágio

Cuidar do Adolescente com doença Hemato-oncológica hospitalizado: Intervenções de Enfermagem no Processo de Transição

Diana Guerra

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica – Vertente Oncológica**

Relatório de Estágio

**Cuidar do Adolescente com doença Hemato-oncológica
Hospitalizado: Intervenções de Enfermagem no Processo
de Transição**

Diana Guerra

Orientador: Professora Eunice Sá

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem
sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia,
desejo que sacia, amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que
ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura
enquanto durar.

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta etapa, não poderia deixar de prestar o meu especial agradecimento a todos aqueles cuja intervenção foi determinante para o culminar desta etapa com sucesso.

Agradeço à Professora Eunice Sá pela disponibilidade, pela sabedoria, pela preocupação e pela exigência que me incentivou a “seguir em frente”, permitindo-me chegar ao fim deste percurso.

Às colegas e amigas Selma, Vânia e Rita que, comigo, partilharam esta experiência e cujos contributos foram essenciais para enriquecer todo o meu percurso de aprendizagem, através da partilha de experiências e da entreajuda que foi uma constante durante este período.

Aos enfermeiros de cada contexto, que me receberam “de braços abertos” e que com a sua sabedoria me permitiram crescer enquanto pessoa e enquanto enfermeira desempenhando um papel essencial para que a concretização deste trabalho fosse possível.

Aos colegas de trabalho e à enfermeira chefe pela receptividade e disponibilidade que sempre manifestaram e pelo interesse demonstrado na implementação deste projeto.

A todos os adolescentes e familiares de quem cuidei durante o meu percurso profissional que tanto me ensinaram e motivaram.

À minha família por acreditarem sempre que o culminar deste processo seria possível. Obrigado pelo apoio incondicional e por me incentivarem a ser melhor.

A todos, muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMEMC-O - Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica

DGES – Direção-Geral do Ensino Superior

DGS - Direção-Geral da Saúde

DPE – Deontologia Profissional de Enfermagem

DR – Diário da República

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EONS - *European Oncology Nursing Society*

ESEL - Escola Superior de Saúde de Lisboa

GOBP – Guia Orientador da Boa Prática

HD – Hospital de Dia

IAC - Instituto de Apoio à Criança

IARC - *International Agency for Research on Cancer*

JKF - *Jolanta Kwasniewska`s Foundation*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

QT - Quimioterapia

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RT - Radioterapia

SIOPE - Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica

TCPH – Transplante de Células Progenitoras Hematopoiéticas

TCT - *Teenage Cancer Trust*

UTM – Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

A presença de uma doença hemato-oncológica durante o período da adolescência representa um fenómeno complexo que exige a adaptação do adolescente às tarefas de desenvolvimento próprias desta faixa etária, em simultâneo com a aceitação de uma doença crónica, prolongada e que pode envolver risco de vida. O seu tratamento requer, geralmente, regimes de quimioterapia (QT) intensiva, podendo incluir também tratamentos de radioterapia (RT) e/ou transplante de células progenitoras hematopoiéticas (TCPH), requerendo, na maioria dos casos, períodos de hospitalização frequentes.

No sentido de promover transições saudáveis aos adolescentes com doença hemato-oncológica, exige-se que os enfermeiros tenham uma preparação adequada, com conhecimentos e habilidades específicas que propiciem um cuidado transicional que responda às necessidades individuais de cada adolescente. Reconhecendo esta realidade e partilhando esta preocupação com a equipa de enfermagem, emergiu a necessidade de desenvolver esta temática, procurando responder à questão: “Quais as intervenções de enfermagem que podem ser adotadas pela equipa para facilitar o processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado?”

Para tal, recorreu-se à utilização da metodologia de projeto, onde após realização do diagnóstico de situação, foi realizada a revisão *scoping* que constitui a evidência científica deste relatório, que se insere no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica (CMEHC-O). Este pretende espelhar o caminho percorrido para a implementação do projeto de intervenção, evidenciando o percurso efetuado nos estágios realizados, com base na evidência científica disponível e ancorado na teoria de médio alcance das transições de Afaf Meleis.

Como resultado final, além da integração de conhecimentos e do desenvolvimento de competências, saliento a elaboração de um Guia Orientador da Boa Prática, que contempla intervenções de enfermagem facilitadoras da transição do adolescente hospitalizado e a realização de um guião de entrevista ao adolescente, tendo como premissa a maximização da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros aos adolescentes nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Adolescente; Cuidados de Enfermagem; Hospitalização; Doença Hemato-Oncológica; Cuidado Transicional.

ABSTRACT

The presence of a hemato-oncologic disease during adolescence represents a complex phenomenon that requires the adaptation of the adolescent to the development tasks of this age group, along with the acceptance of a chronic, prolonged and life-threatening disease. Its treatment usually requires intensive chemotherapy (QT) regimens and may also include radiotherapy (RT) and/or hematopoietic progenitor cell transplantation (HRT), implying, in most cases, frequent periods of hospitalization.

In order to promote healthy transitions in adolescents with hemato-oncologic disease, nurses are required to have adequate preparation, with specific knowledge and skills that provide a transitional care capable to respond to the adolescent individual needs. Recognizing this reality and sharing this concern with the nursing team, the need to develop this theme emerged, trying to answer the question: "Which are the nursing team interventions that can be adopted in order to facilitate the transitional process of the hospitalized adolescents with hemato-oncologic disease?" For this reason, the project methodology was used, after performing the situation diagnosis, a scoping review which constitutes the scientific evidence of this report was carried out, which falls within the scope of the Master Course in Medical-Surgical Nursing. This is intended to reflect the path taken to implement the intervention project, evidencing the trajectory carried out during the stages, based on the available scientific evidence and anchored in Afaf Meleis' medium range theory of transitions. As a final result, besides the integration of knowledge and the development of competences, it is emphasized the elaboration of a Guidance Guide of Good Practices in Care, that contemplates nursing interventions to facilitate the transitional process of the hospitalized adolescent, as well as an interview guide to the adolescent, based on the maximization of the quality of care provided by nurses to adolescents in health care services.

Keywords: Adolescent, Nursing care, Hospitalization, Hemato-oncologic Disease and Transitional care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	22
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	30
1.1.O adolescente e a adolescência	30
1.2.A hospitalização do adolescente com doença hemato-oncológica	31
1.3.O enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: contributos de Afaf Meleis	34
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	38
2.1.Diagnóstico de Situação.....	39
2.2.Objetivos.....	40
3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS.....	42
3.1.Identificar a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem de uma unidade de adolescentes.....	43
3.1.1.Identificar os benefícios associados ao internamento de adolescentes em Unidades apropriadas (Unidades de Adolescentes).	45
3.2.Aplicar o algoritmo de intervenção em enfermagem acerca do trabalho emocional com adolescentes.....	47
3.3.Identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros para facilitar as transições vivenciadas pelos adolescentes hospitalizados.	51
3.4.Identificar as transições vivenciadas pelos adolescentes com doença hemato-oncológica submetidos a TCPH.....	55
3.5.Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado. .	59
3.6.Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria dos cuidados prestados ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado através da promoção de processos transicionais individuais saudáveis.....	60
4. QUESTÕES ÉTICAS.....	64
5. AVALIAÇÃO CRÍTICA.....	66

5.1.Pontos fortes do caminho percorrido para a implementação do projeto de intervenção.....	66
5.2.Pontos fracos do caminho percorrido para a implementação do projeto de intervenção	67
6. CONTRIBUTOS DO PROJETO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.....	70
7. IMPLICAÇÕES FUTURAS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	72
CONCLUSÃO.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

ANEXOS

Anexo I - Registo da avaliação do estágio com relatório

APÊNDICES

Apêndice I - Revisão *Scoping*

Apêndice II - Sondagem de opinião

Apêndice III - Análise da sondagem de opinião aplicada aos enfermeiros do campo de estágio C

Apêndice IV - Descrição e análise das intervenções de enfermagem facilitadoras da transição do adolescente hospitalizado: campo de estágio A e B

Apêndice V - Estudo de caso

Apêndice VI - Alterações físicas, psicológicas e emocionais de dois adolescentes internados numa unidade de adolescentes

Apêndice VII - Análise reflexiva: Trabalho emocional com adolescentes: algoritmo de atuação em enfermagem

Apêndice VIII - Plano da sessão de formação (Estágio B)

Apêndice IX - Avaliação da sessão de formação (Estágio B)

Apêndice X - Experiências dos adolescentes hospitalizados numa unidade de adultos

Apêndice XI - Análise do processo transicional vivenciado por dois adolescentes durante o processo de transplantação de células progenitoras hematopoiéticas: contributos de Afaf Meleis

Apêndice XII - Jornal de aprendizagem

Apêndice XIII - Plano da sessão de formação (Estágio C)

Apêndice XIV - Avaliação da sessão de formação (Estágio C)

Apêndice XV - Guia orientador de boas práticas: “Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: intervenções de enfermagem no processo de transição”

Apêndice XVI - Entrevista ao adolescente: Elaboração de um guião de entrevista

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Teoria de médio Alcance de Afaf Meleis.....	24
--	----

INTRODUÇÃO

Em Portugal, à semelhança do que acontece no resto da Europa, tem-se verificado um aumento progressivo da incidência de cancro, a uma taxa de aproximadamente 3% ao ano (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2017). No que diz respeito ao cancro infantil, dados do *International Agency for Research on Cancer* (IARC, 2017) revelam também um aumento significativo da incidência (13% nas últimas duas décadas), sendo que na faixa etária da adolescência a incidência atual é de 185 por milhão de adolescentes. Estes resultados devem-se, não só ao envelhecimento da população e ao aumento das taxas de sucesso no tratamento do cancro e de outras patologias, mas também às repercussões decorrentes das modificações dos estilos de vida (DGS, 2017).

Aliada à elevada taxa de incidência, verifica-se ainda uma elevada taxa de mortalidade por cancro, o que imprime uma conotação negativa à doença oncológica, causando um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral e tornando-a, segundo o Ministério da Saúde (2007, p.5), numa das “doenças mais temidas pela população”. As implicações decorrentes de um diagnóstico de cancro podem ser múltiplas, repercutindo-se ao nível da qualidade de vida da pessoa doente e da sua família (*European Oncology Nursing Society*, EONS, 2015). No período da adolescência, esta realidade é agravada pela necessidade de gerir uma doença oncológica e suas repercussões em simultâneo com as alterações físicas, psicológicas, sociais e cognitivas inerentes a esta faixa etária (EONS, 2015).

O tratamento do adolescente com doença hemato-oncológica pode durar vários meses ou anos e exige, geralmente, períodos de internamento frequentes, cuja duração pode ser variável. Requer, por norma, a realização de regimes de QT intensiva, podendo implicar, por vezes, tratamentos de RT e/ou TCPH (Muffly et al., 2016). Quando o tratamento é realizado de forma adequada, os resultados revelam-se, geralmente, favoráveis (Muffly et al., 2016), traduzindo-se num aumento das taxas de sobrevivência que se refletem na tendência para a cronicidade da doença hemato-oncológica (Sá, 2010). Contudo, o risco de recidiva é elevado, principalmente nos primeiros dois anos após o término do tratamento, podendo resultar na ocorrência de morbilidades psicológicas significativas, nomeadamente: ansiedade, depressão e *stress* pós-traumático (Muffly et al., 2016).

Neste sentido, é inquestionável a complexidade inerente à prestação de cuidados ao adolescente, o que faz emergir a necessidade de uma prestação de cuidados mais eficiente, com profissionais de saúde munidos de conhecimentos e competências apropriadas para colmatar as suas necessidades, reconhecendo que estes têm necessidades distintas das crianças e dos adultos (EONS, 2015).

Ao longo do tempo, as exigências da sociedade face aos cuidados de saúde, têm-se tornado progressivamente maiores, o que revela a existência de uma sociedade mais informada que anseia por “enfermeiros competentes que prestem cuidados de elevada qualidade e segurança” (Cardeira, 2014, p.11). Para tal, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015b, p.14) considera que não basta qualidade científica ou técnica, exigindo também, dos enfermeiros, uma “qualidade humana e humanizadora na prestação de cuidados”, que se deve traduzir “numa prática assistencial responsável, humanizada e fundamentada em evidência científica” (Cardeira, 2014, p.11), que visa responder, eficazmente, às necessidades de saúde das populações, respeitando a sua autonomia e a sua dignidade no sentido de promover uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência. A par desta tendência, tem-se verificado também um crescimento significativo ao nível dos recursos materiais, manifestado pela existência de “meios de diagnóstico e tratamento mais exigentes” (DGS, 2016, p.7), o que, em concomitância, faz emergir a necessidade dos profissionais de saúde quererem “fazer mais e melhor” (DGS, 2016, p.7).

A necessidade de desenvolver competências para responder às exigências da prática clínica levou-me a ingressar no 7º CEMMC-O, lecionado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), reconhecendo que a formação assume um papel fundamental não só para a aquisição de qualificações básicas para o exercício profissional, mas também para o desenvolvimento de competências de natureza técnica e sócio afetiva (Galhanas, 1997).

No decurso da sua realização, foi-me proposta a elaboração do presente trabalho (relatório de estágio), com o qual procuro espelhar o percurso desenvolvido na unidade curricular de estágio com relatório, através da apresentação e análise das atividades realizadas, que contribuiriam para a melhoria da prestação de cuidados bem como para a aquisição de competências especializadas, partindo da premissa de que

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

Iniciei a minha atividade profissional há 7 anos, num serviço de internamento de hematologia de um hospital especializado em oncologia, experiência que muito tem contribuído para a promoção do meu desenvolvimento pessoal e profissional. Considero, a enfermagem em hematologia, uma área fascinante que, diariamente me proporciona aprendizagens e experiências incríveis.

Perante a necessidade de identificar uma problemática específica para a implementação de um projeto de intervenção, surgiram algumas dúvidas, uma vez que, na minha perspetiva, existia, neste serviço mais do que um problema que carecia de intervenção. Como tal, através da realização do diagnóstico de situação constatei que a problemática do adolescente com doença hemato-oncológica constituía uma situação problema (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), facto que, aliado à minha motivação pessoal e ao interesse e motivação demonstrados pela equipa de enfermagem, fez emergir como área de interesse: “Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: Intervenções de enfermagem no processo de transição”. Com a escolha desta temática procurei garantir a exequibilidade deste projeto, a possibilidade de envolver e promover a participação ativa da equipa com o intuito final de proporcionar a melhoria da qualidade dos cuidados e permitir, em simultâneo, o desenvolvimento de conhecimentos e a aquisição de competências especializadas.

Como meio para fortalecer a prática de enfermagem, dando visibilidade ao trabalho do enfermeiro e possibilitando uma articulação entre a teoria e a prática, optei por sustentar o meu projeto na teoria de médio alcance de Afaf Meleis, acreditando que o enfermeiro deve agir como agente facilitador dos processos de transição (Meleis & Trangenstein, 1994) através da implementação de intervenções de enfermagem que visem promover ou facilitar a saúde. No contexto de uma doença oncológica e consequente hospitalização, o adolescente vê-se confrontado com uma multiplicidade de transições, cujas implicações devem ser reconhecidas pelos enfermeiros, proporcionando-lhes respostas adequadas às suas necessidades.

Tendo em consideração as exigências inerentes ao processo de cuidar do adolescente, considera-se que estes devem ser atendidos em unidades apropriadas (Unidades de Adolescentes), com equipas capazes de perceber e colmatar as suas necessidades (EONS, 2015), cumprindo com o que se encontra estabelecido pelo Instituto de Apoio à Criança (IAC, 2009, p.22), na Carta da Criança Hospitalizada: “as crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos, devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança”. Porém, as unidades de adolescentes em Portugal, continuam a ser escassas face às necessidades verificadas (Abreu & Azevedo, 2012), pelo que o internamento de adolescentes é frequentemente efetuado em unidades pediátricas e/ou em serviços destinados ao internamento de adultos, onde estes acabam por ser forçados a cumprir os regulamentos estabelecidos para adultos e/ou crianças, que não são adequados para si (Sadeghi, Abdeyazdan, Motaghi, Rad & Torkan 2012).

No serviço de Hematologia, referido anteriormente, constata-se esta realidade, já que se trata de um serviço destinado ao atendimento de adultos que admite também adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos. Perante esta realidade, importa que os enfermeiros possuam conhecimentos adequados que lhes permitam adaptar a sua conduta no sentido de promover cuidados de qualidade aos adolescentes nestes serviços, já que de acordo com o IAC (2009, p.25) “a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família”, assumindo que a prestação de cuidados de saúde e o fornecimento de serviços de suporte apropriados podem determinar a forma como os adolescentes serão capazes de lidar com esta experiência (EONS, 2015).

De acordo com o despacho n. 9871/2010, determinou-se o alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, serviços de urgência, consulta externa, hospital de dia (HD) e internamento até aos 17 anos e 364 dias, considerando-se, porém que “a implementação do alargamento da idade de atendimento deverá ser gradual e progressiva, em termos a definir por cada instituição, em articulação estreita com a respetiva administração regional de saúde, atendendo às especificidades de cada área de intervenção” (Diário da República, DR, 2010, p.32123). Em Portugal, continuam a verificar-se algumas lacunas neste âmbito, uma vez que, em muitos hospitais continuam ainda a cumprir-se os regulamentos, respeitando a idade

pediátrica de acordo com o que havia sido estabelecido em 1987, que corresponde a 14 anos e 364 dias (DR, 2010).

No contexto da prática de cuidados ao adolescente, os enfermeiros revelam, geralmente, necessidades de aprendizagem específicas que justificam a necessidade de incidir sobre esta temática. Esta realidade pode ser colmatada através de uma intervenção especializada de enfermagem que, segundo a OE (2010b, p.2) deve envolver “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança” de forma a “descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem”.

“O aumento exponencial de enfermeiros especialistas no exercício da clínica impulsiona (...) o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional, ao munir o enfermeiro de mais recursos para desenvolver respostas adaptadas em situações de grande complexidade” (OE, 2009, p.3). Deste modo, pode afirmar-se que os enfermeiros especialistas assumem um papel essencial no seio das equipas de enfermagem, contribuindo de forma determinante para a maximização da qualidade dos cuidados. Importa ainda que estes saibam reconhecer os limites do seu conhecimento, que estejam aptos a prestar cuidados baseados na evidência, centrados na pessoa e na família e que estejam cientes do seu papel no seio da equipa multidisciplinar, sentindo-se seguros e competentes para exercer atividades em colaboração com todos os membros da equipa (EONS, 2005).

Com o intuito de atingir os pressupostos supracitados, procurei, no decorrer da implementação do projeto de intervenção, enriquecer o meu percurso de aprendizagem, tanto quanto possível. Para tal, realizei três estágios distintos, em serviços que considero de referência. O primeiro estágio, que designo pela letra A, decorreu numa unidade de adolescentes de um hospital da área de Lisboa (serviço de internamento), seguindo-se o estágio B, numa Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos (UTM) de um hospital especializado em oncologia (serviço de internamento e serviço de ambulatório). O último estágio (estágio C) foi realizado no serviço onde exercia funções (serviço de hematologia), a partir do qual foi realizado o diagnóstico de situação que impulsionou a realização e implementação deste projeto.

No decorrer da sua implementação e, após o término do estágio, surgiu a oportunidade de iniciar funções num outro local, passando, deste modo, a exercer a

minha atividade profissional numa unidade de transplantação de progenitores hematopoiéticos do mesmo hospital. Esta mudança constituiu, para mim, uma excelente oportunidade de desenvolvimento, proporcionou-me diferentes experiências e aprendizagens e permitiu-me prosseguir a minha caminhada para atingir o nível de enfermeiro perito, pois, segundo Benner (2001), para atingir a perícia é necessária experiência e o saber-fazer é adquirido pela experiência.

À semelhança do meu contexto profissional anterior, verifica-se também, neste serviço, uma necessidade de melhoria e uniformização das práticas de enfermagem ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, pelo que, após discussão com a equipa e com a enfermeira chefe, considerámos pertinente a implementação deste projeto neste novo local de trabalho. Para tal serão realizadas as adaptações necessárias para que, futuramente, este serviço seja também incluído, como local de implementação deste projeto.

Para a realização do presente relatório de estágio, estabeleci os seguintes objetivos:

- Apresentar as atividades inerentes à operacionalização do projeto de intervenção;
- Analisar o percurso de aprendizagem efetuado, salientando os contributos obtidos para a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Analisar a aquisição e o desenvolvimento de competências, nomeadamente: competências comuns de enfermeiro especialista (OE, 2010b) competências comuns de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011), competências estabelecidas pela EONS (EONS, 2013), competências definidas para a obtenção do grau de mestre (Direção-Geral do Ensino Superior, DGES, 2013) e as competências incluídas no plano de estudos do CMEMC-O da ESEL (ESEL, 2014).

Do ponto de vista da estrutura, este relatório contempla a introdução, que inclui o âmbito do relatório, com a respetiva definição e justificação da problemática, bem como a identificação dos objetivos que motivaram a sua realização. Neste capítulo, incluo um enquadramento conceptual, onde faço uma breve alusão ao adolescente e à etapa da adolescência, dando especial enfoque à problemática do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado e enfatizando o enfermeiro, enquanto agente facilitador dos processos de transição vivenciados (Meleis & Trangenstein,

1994). Segue-se a apresentação do projeto de intervenção, que contempla o diagnóstico de situação e os objetivos. Posteriormente, incluo uma descrição das atividades desenvolvidas e dos resultados obtidos de acordo com a evidência científica e com as competências alcançadas, num capítulo designado por execução das tarefas apresentando, de seguida, as questões éticas onde realizo uma reflexão sumária do percurso formativo. Por fim, realizo uma avaliação crítica do percurso efetuado para a implementação do projeto de intervenção, onde evidencio os pontos fortes e fracos do mesmo, justificando-os e revelando, de seguida, os contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados. Termino com a divulgação das perspectivas futuras do projeto de intervenção desenvolvido e com a apresentação de uma síntese do trabalho realizado. Em apêndice, surgem os trabalhos realizados ao longo dos estágios, cuja concretização se revelou essencial para o enriquecimento deste relatório, permitindo-me a aquisição de novos conhecimentos e competências e contribuindo, assim, para alcançar os objetivos delineados inicialmente.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

De seguida, realizo a apresentação das áreas temáticas que constituem o suporte teórico do projeto de intervenção, descrevendo alguns conceitos chave, nomeadamente: conceitos relacionados com a adolescência; o adolescente com doença hemato-oncológica, com ênfase sobre o impacto da hospitalização, terminando com uma abordagem aos contributos da teórica Afaf Meleis no processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, fazendo referência à intervenção do enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição.

1.1. O adolescente e a adolescência

Etimologicamente, o termo adolescência deriva da palavra latina *adolescere* que significa crescer e atingir a maturidade (Machado, 2015). É considerada um período de transição entre a infância e a idade adulta, marcada por impulsos de desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social, pela procura da independência da família, pelo planeamento de objetivos futuros (Hockenberry & Wilson, 2011) e pelo esforço desenvolvido no sentido de alcançar objetivos relacionados com as expectativas culturais da sociedade em que vive (Eisenstein, 2005). É também durante este período que o adolescente “alcança a sua maturidade física e sexual, desenvolve formas de raciocínio mais sofisticadas e toma decisões educacionais e ocupacionais que irão influenciar a sua carreira profissional” (Hockenberry & Wilson 2011, p.785).

Nas últimas décadas, a adolescência tem-se tornado objeto de estudo de diferentes investigadores das áreas da saúde e da educação (Barros, 2008). Verifica-se, contudo, que face à complexidade desta etapa da vida, não existe consenso entre os autores quanto à sua definição, salientando-se, porém, em seu redor, a existência de três conceitos comuns: transição, crescimento e mudança (Galvão, 2011).

Deste modo, para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), adolescente é a pessoa com idade compreendida entre os 12 e os 18 anos (Câmara dos Deputados, 2012), enquanto para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é a etapa da vida que compreende a faixa etária entre os 10 aos 19 anos, reconhecendo como juventude a faixa etária dos 15 aos 24 anos (OE, 2010a). De acordo com a

World Health Organization (WHO, s.d), esta envolve três subfases distintas: fase inicial (dos 10 aos 13 anos), fase intermédia (dos 14 aos 16 anos) e fase tardia que integra os adolescentes com idade superior a 16 anos.

A adolescência é considerada uma fase em que se goza de ótima saúde, com baixos níveis de morbidade e mortalidade (OE, 2010a), no entanto, tem-se assistido a um aumento da incidência de doenças crónicas nesta faixa etária, o que, segundo a OMS, representará, nos próximos anos, uma sobrecarga a nível social e a nível do sistema de saúde (Alto Comissariado para a Saúde, 2011). De acordo com Sawyer, Proimos, e Towns (2010), a prevalência de doenças crónicas nesta faixa etária deve-se, principalmente, à existência de melhores cuidados de saúde e ao aumento da sobrevivência de diversas patologias, bem como ao aumento da obesidade, do consumo de tabaco, álcool e outras substâncias e ao aumento da ocorrência de distúrbios alimentares e comportamentais na infância e adolescência.

As implicações de uma doença nesta faixa etária podem ser múltiplas, o que exige dos profissionais de saúde uma abordagem cuidadosa e complexa (Coates, Benzos & Façoso, 2003).

1.2. A hospitalização do adolescente com doença hemato-oncológica

O facto da adolescência e juventude serem considerados os períodos mais saudáveis do ser humano (OE, 2010a), torna escassa a sua procura por serviços de saúde, pelo que os episódios de hospitalização são considerados fenómenos raros nesta faixa etária.

Diogo e Baltar (2014) revelam que a experiência da hospitalização implica que o individuo seja retirado do seu ambiente familiar, seguro e afetuoso, afastado do seu núcleo de pessoas significativas e das suas atividades sociais, assumindo o papel de pessoa que é cuidada por outra. Figueiredo, Almeida, Santos e Carneiro (2015, p.106) acrescentam ainda que “com a hospitalização, os adolescentes interrompem as suas atividades normais e a interação com os pares. Enfrentam o isolamento do que lhes é familiar, estão sujeitos a normas, rotinas, horários, tratamentos, procedimentos invasivos, num ambiente que lhes é estranho” o que imprime a todo este processo, uma conotação negativa. Por este motivo, Almeida, Rodrigues e Simões (2007, p.36), revelam que para o adolescente, a hospitalização é considerada “uma experiência

difícil de ser superada”, projetando, nesse processo sentimentos como medo, ansiedade e angústia, assim como, paralelamente depositam esperança na cura.

Na sequência do diagnóstico de uma doença oncológica, a hospitalização pode potencializar os sentimentos de ansiedade e medo não só pelas dúvidas e incertezas relacionadas com o sucesso do tratamento mas também pelo receio e medo face ao prognóstico e à qualidade de vida (Moreira, Castanheira & Reis, 2003). No período da adolescência, a necessidade de hospitalização na sequência de uma doença oncológica assume contornos peculiares, já que exige que os adolescentes se adaptem às tarefas de desenvolvimento complexas e normativas inerentes à sua faixa etária ao mesmo tempo que se vêm confrontados com a vivência de situações de *stress* relacionadas com o impacto do diagnóstico e tratamento de uma doença prolongada que pode envolver risco de vida (Hockenberry & Wilson, 2011).

De acordo com dados do IARC (s.d.), a doença hemato-oncológica na adolescência, em particular os linfomas e leucemias, assumem um lugar de destaque uma vez que apresentam taxas de incidência superiores face às restantes neoplasias. O seu tratamento implica, geralmente, o cumprimento de protocolos de QT intensiva, podendo também exigir a realização de RT e/ou TCPH (Muffly et al., 2016), de acordo com as características da doença e com o estágio de desenvolvimento da mesma. Por este motivo, os adolescentes com doença hemato-oncológica veem-se confrontados com a necessidade de serem hospitalizados frequentemente, quer para realização de tratamentos, quer na sequência de complicações inerentes aos mesmos.

Almeida et al. (2007, p.36) revelam que o processo de hospitalização é frequentemente associado a um momento de *stress*, principalmente na adolescência uma vez que é “exacerbado pelos sentimentos comuns dessa fase de transformações e mudanças”. Neste seguimento, Guzman e Cano (2000), salientam que o processo de hospitalização pode representar uma ameaça para o adolescente, associada à vivência da doença e à eminência da morte, ao mesmo tempo que pode potencializar os sentimentos de solidão devido à perda de convívio com os amigos e familiares.

Armond e Boemer (2004) consideram que, no decorrer da hospitalização, os adolescentes podem sofrer uma regressão ao nível do desenvolvimento cognitivo e afetivo, pelo que a presença dos pais deve ser promovida e incentivada pelos profissionais de saúde, como meio para amenizar os sentimentos negativos

decorrentes desta experiência. Na mesma linha de pensamento, também a Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica (SIOPE) e a Jolanta Kwasniewska`s Foundation (JKF), evidenciam a importância dos pais serem envolvidos como parceiros no processo de tratamento do filho, considerando que a sua participação ativa em todo o processo reduz a sua ansiedade bem como a ansiedade do seu filho (SIOPE & JKF, 2009), levando, conseqüentemente, a uma diminuição do sofrimento associado a todo o processo de doença e hospitalização.

A capacitação das equipas que cuidam de adolescentes hospitalizados é fundamental, pois tendo conhecimento aprofundado sobre as transformações inerentes ao desenvolvimento do adolescente, das alterações decorrentes do processo de doença e do processo de hospitalização, poderão desenvolver e implementar intervenções de enfermagem específicas, capazes de responder às necessidades dos adolescentes (Almeida et al., 2007). Neste contexto, o enfermeiro assume um papel fundamental já que, no percurso do internamento, é o elemento da equipa que mais tempo passa junto dos doentes, o que lhe confere um papel inigualável de proximidade, confiança e ajuda (Martins, 2008).

A intervenção do enfermeiro deve ser estabelecida através da implementação de terapêuticas de enfermagem que promovam ou facilitem a saúde (Meleis & Trangenstein, 1994). Para que tal seja possível, não basta que o enfermeiro esteja presente fisicamente junto do doente e família, mas também que este demonstre empatia, disponibilidade, conhecimentos de psicologia e respeito pela dignidade e convicções da pessoa doente (Martins, 2008). Almeida et al. (2007) acrescentam ainda que o enfermeiro deve ter afinidade com os adolescentes de quem cuida, deve conhecer a sua história de vida e deve possuir preparação técnico-científica para responder às suas necessidades, evidenciando, em simultâneo, a importância dos enfermeiros estarem aptos para compreender as reações do adolescente, com sensibilidade e afetividade, proporcionando-lhes apoio e atenção.

1.3. O enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: contributos de Afaf Meleis

A vivência de uma doença oncológica durante o período da adolescência representa um fenómeno raro e complexo, associado, frequentemente a sentimentos negativos como ansiedade e medo (Farias, Gabatz, Terra, Couto, Milbrath & Schwartz, 2017). A sua ocorrência pode desencadear situações de desequilíbrio manifestadas por necessidades, pela incapacidade da pessoa tomar conta de si mesma ou pela expressão de respostas não adaptadas (Meleis, 2010). Neste contexto, o enfermeiro estabelece uma interação com a pessoa em torno de uma intenção, designada por processo de enfermagem, cujo intuito é a implementação de terapêuticas de enfermagem que promovam ou facilitem a saúde (Meleis & Trangenstein, 1994).

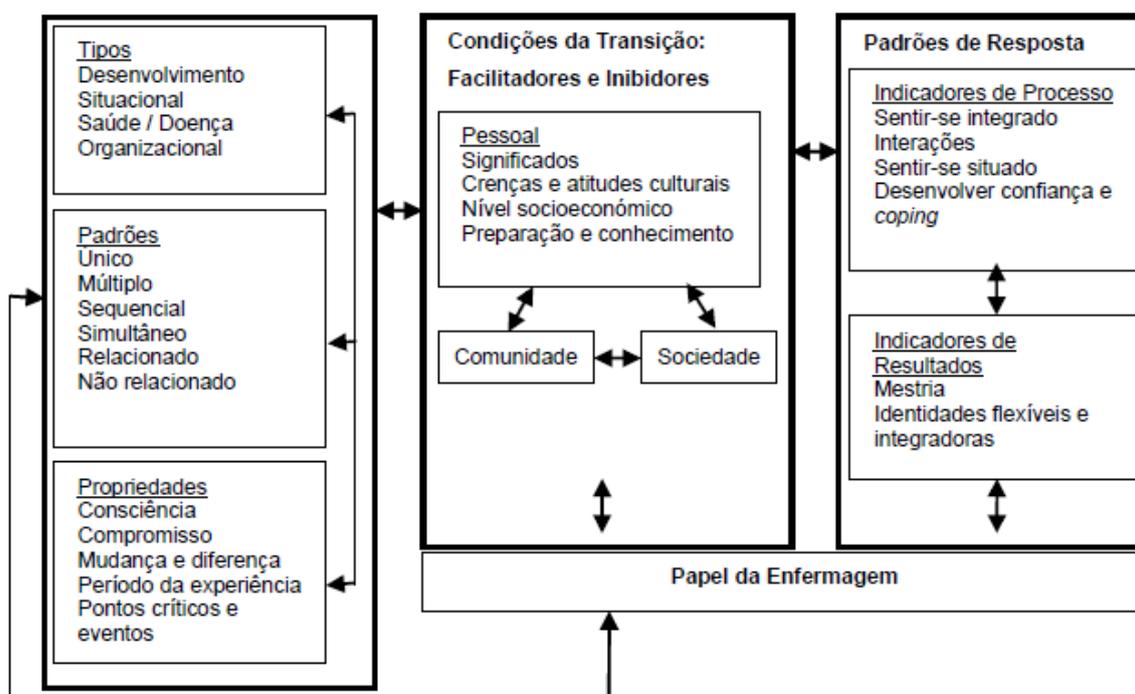
Para Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger e Schumacher (2000), a transição representa a passagem de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável, requerendo, por parte da pessoa cuidada a incorporação de conhecimentos, a alteração do seu comportamento e a ocorrência de mudanças na definição do *self* como meio para atingir a mestria, que indica a consecução de uma transição saudável. Para tal, compete ao enfermeiro preparar e informar a pessoa, proporcionando-lhe a aquisição de novas competências relacionadas com a experiência da transição (Meleis et al., 2000), procurando, deste modo, promover a sua adaptação (Maas & Zagonel, 2005), antecipando ou completando o ato de transição (Meleis & Trangenstein, 1994).

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva e continuada no decorrer do processo de transição que propiciem o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades àqueles que a vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000). Como meio para promover processos transicionais individuais saudáveis, Meleis (2012) acrescenta ainda que os enfermeiros devem ter em consideração a importância de articular transições, considerando-as bio-psico-sociais e culturais.

A aplicabilidade da teoria das transições de Afaf Meleis no contexto da prática de enfermagem implica que se reconheçam os três conceitos basilares que a compõe e que, tal como se pode observar na **figura 1**, dizem respeito a:

- ✓ Natureza das transições (Tipos, padrões e propriedades);
- ✓ Condicionantes da transição (facilitadoras e inibidoras);
- ✓ Padrões de resposta (Indicadores de processo e de resultado).

Figura 1. Teoria de médio Alcance de Afaf Meleis



Fonte: Adaptado de

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=f6f65b2c-be90-46c3-abb2-40d8ed75d856%40sessionmgr101>

Perante o diagnóstico de uma doença hemato-oncológica e consequente hospitalização, o adolescente vê-se confrontado com uma multiplicidade de transições, nomeadamente:

- ✓ Transição de desenvolvimento, associada às transformações inerentes à sua faixa etária, que englobam mudanças a nível físico, mental, emocional, sexual e social em simultâneo com a vivência dos desafios característicos desta fase da vida;
- ✓ Transição saúde-doença, que emerge como resultado da “passagem” de uma condição saudável para uma condição de doença, associada à presença de uma doença crónica que pode envolver risco de vida;

✓ Transição situacional, relacionada com a hospitalização e com uma eventual ocorrência de mudanças de papéis, nomeadamente quando surge a necessidade de um familiar assumir o papel de cuidador, numa fase da vida em que a procura da independência é considerada um objetivo primordial (Hockenberry & Wilson, 2011);

✓ Transição organizacional, que envolve uma mudança significativa ao nível da organização familiar decorrente da presença da doença e do processo de hospitalização.

O facto de o adolescente vivenciar uma multiplicidade de transições em simultâneo requer especial atenção por parte das equipas de enfermagem que devem, segundo Maas e Zagonel (2005) possuir competências técnicas, além de um corpo de conhecimentos sobre transição, habilidades de comunicação e sensibilidade para compreender aquilo que o adolescente vivencia, mobilizando-as como meio para promover uma transição saudável.

A concretização de uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, isto é, a partir da identificação dos indicadores de processo e de resultado. Deste modo, pode aferir-se que os indicadores de processo indicam se o indivíduo se encontra na direção da saúde e bem-estar ou na direção da vulnerabilidade e risco, ao passo que os indicadores de resultado revelam o domínio de novas competências (mestria) e a integração da identidade isto é, a ocorrência de mudanças na definição do *self*, podendo constatar-se que, mediante a aquisição de ambas, estamos perante um processo de transição saudável (Meleis et al., 2000).

Zagonel (1999) reconhece que as estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão das transições, a partir da perspetiva de quem as experiencia, o que significa que é necessário que os enfermeiros compreendam as transições vivenciadas pelos adolescentes como meio para adaptar a sua conduta na promoção de transições saudáveis, considerando a individualidade e unicidade de cada indivíduo. Para tal, importa que os enfermeiros estejam cientes que “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se assim os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001, p.13).

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

A metodologia de projeto foi o procedimento metodológico utilizado para nortear a realização e implementação do projeto de intervenção, uma vez que permite estabelecer “uma ponte entre a teoria e a prática”, promovendo “uma prática fundamentada e baseada em evidência” (Ruivo et al., 2010, p.2,3).

Deste modo, após realização do diagnóstico de situação, elaborei uma revisão *scoping* (Apêndice I), que contempla a evidência científica necessária para a fundamentação teórica deste trabalho. Nesta, estão contidas informações fundamentais, que resultaram da pesquisa efetuada em bases de dados, livros, artigos científicos e teses de mestrado bem como da pesquisa em *sítes* de instituições de referência na área de oncologia, nomeadamente: EONS, *Teenage Cancer Trust* (TCT) e SIOPE & JKF.

Com a finalidade de efetuar uma continua aplicação do saber teórico e científico na prática, realizei três ensinamentos clínicos, que designo ao longo do relatório como A, B e C. A escolha destes três campos de estágio foi efetuada de forma criteriosa, procurando obter a partir da sua realização, aprendizagens significativas e contributos relevantes para enriquecer o projeto de intervenção, tendo em consideração que as aprendizagens emergem de situações peculiares vivenciadas na prática (Benner, 2001).

Deste modo, ao longo de todo o percurso, procurei promover, junto dos adolescentes, uma prestação de cuidados de excelência, sustentada nos processos transicionais que estes vivenciam, como meio para lhes proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de novas competências (mestria), promovendo o restabelecimento da sua sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000). No mesmo sentido, procurei agir como elemento dinamizador da equipa, sensibilizando os enfermeiros para esta problemática e tendo como ambição, além da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a aquisição de novas competências.

O presente relatório de estágio representa o culminar desta etapa e diz respeito, segundo Ruivo et al. (2010), à divulgação dos resultados. É através da sua redação que espelho o percurso efetuado, suportando-me no referencial teórico de Afaf Meleis, cujos contributos permitem sustentar e fortalecer o trabalho do enfermeiro.

2.1. Diagnóstico de Situação

No decorrer da minha prática profissional, a problemática do adolescente com doença hemato-oncológica tem-me suscitado um interesse especial, traduzindo-se numa necessidade constante e progressiva de melhorar a minha intervenção junto desta população. Ao questionar a equipa de enfermagem acerca da pertinência desta temática, obtive um *feedback* bastante positivo, já que estes manifestaram interesse e demonstraram motivação para participar no projeto, assumindo a necessidade de aprender mais acerca desta temática, facto que se tornou evidente através da análise das suas respostas à sondagem de opinião aplicada (Apêndice II). Assim, partilhando este interesse e esta preocupação com a equipa de enfermagem e, reconhecendo esta problemática como uma situação-problema sobre a qual havia necessidade de implementar mudanças (Ruivo et al., 2010), emergiu como área de interesse: “Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: Intervenções de enfermagem no processo de transição”.

A presença de uma doença hemato-oncológica durante o período da adolescência representa um fenómeno complexo que exige a adaptação do adolescente às tarefas de desenvolvimento próprias desta faixa etária, em simultâneo com a aceitação de uma doença crónica, prolongada e que pode envolver risco de vida (Hockenberry & Wilson, 2011). Por este motivo, a vivência desta multiplicidade de transições pelo adolescente, deve constituir foco de atenção dos enfermeiros, exigindo destes, além da técnica, o conhecimento sobre transição, estratégias de comunicação e sensibilidade para perceber a verdadeira essência dessa vivência pelo adolescente (Maas & Zagonel, 2005).

Deste modo, reconhecendo que cabe ao enfermeiro, intervir como agente facilitador dos processos de transição (Meleis & Trangenstein, 1994), tornou-se evidente a necessidade de implementar estratégias e intervenções eficazes, capazes de dar resposta à situação-problema identificada (Ruivo et al., 2010), facto que fez emergir a questão orientadora deste projeto: “Quais as intervenções de enfermagem que podem ser adotadas pela equipa para facilitar o processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado?”

2.2. Objetivos

Após realização do diagnóstico de situação, a implementação deste projeto visou:

- ✓ Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, valorizando o papel que o enfermeiro desempenha como elemento facilitador do seu processo de transição;
- ✓ Promover a melhoria e a uniformização dos cuidados de enfermagem prestados aos adolescentes com doença hemato-oncológica e família em contexto de hospitalização, num serviço de internamento de adultos.

Estabelecidos os objetivos gerais, foram encontrados os objetivos específicos e as atividades para dar continuidade à implementação do projeto.

3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

Este capítulo constitui, segundo Ruivo et al., (2010), uma das etapas da metodologia de projeto. A sua realização reflete o caminho percorrido até à implementação do projeto de intervenção, através da descrição das tarefas realizadas e da discussão dos resultados obtidos, de acordo com os objetivos delineados.

No decorrer deste percurso formativo, frequentei três campos de estágios distintos, cujos contributos foram determinantes para a obtenção de ganhos significativos ao nível do meu desenvolvimento pessoal e profissional, com reflexo na melhoria da qualidade dos cuidados. O campo de estágio que designo pela letra A trata-se de uma unidade de internamento hospitalar de adolescentes e o campo de estágio que designo pela letra B representa uma unidade de transplantação de progenitores hematopoiéticos que é composta por duas valências (serviço de internamento e hospital de dia). O campo de estágio C diz respeito ao serviço de internamento de hematologia, local a partir do qual emergiu a necessidade de realização do projeto de intervenção.

Em enfermagem, a aquisição de competências pelo enfermeiro, deve basear-se na interação entre a prática e a teoria, uma vez que a perícia se desenvolve à medida que a experiência acontece (Benner, 2001). Deste modo, ao longo dos estágios realizados, foram utilizadas diferentes estratégias para alcançar os objetivos definidos e para desenvolver as competências propostas, de entre as quais importa salientar: observação das práticas realizadas pelos enfermeiros nos diferentes contextos da prática de cuidados; prestação de cuidados aos adolescentes e seus familiares, em colaboração com os enfermeiros; elaboração de análises reflexivas acerca da prestação de cuidados ao adolescente; realização de sessões de formação aos enfermeiros e construção de documentos orientadores da boa prática, nomeadamente o guia orientador da boa prática (GOBP) e o guião de entrevista cuja elaboração se revelou essencial para a aquisição de novos conhecimentos e para promover a capacitação das equipas de enfermagem para uma prática de qualidade, centrada nas necessidades dos adolescentes e facilitadora das transições. Concomitantemente, salienta-se a pesquisa bibliográfica efetuada, que resultou na realização da revisão *scoping*, que constitui a fundamentação deste trabalho e que permitiu mapear o

conhecimento existente acerca das intervenções de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado.

Estruturo o presente capítulo de acordo com os objetivos específicos definidos para cada campo de estágio, realizando um balanço entre o que foi planeado e o que foi efetivamente realizado. Para tal, descrevo as atividades desenvolvidas nos estágios realizados, enaltecendo os resultados obtidos e as competências alcançadas bem como a respetiva reflexão.

3.1. Identificar a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem de uma unidade de adolescentes.

Tendo em consideração a temática escolhida para a realização do projeto de intervenção, optei por iniciar o meu percurso de estágio numa unidade hospitalar de adolescentes (estágio A), visto tratar-se de uma unidade de referência no âmbito da prestação de cuidados ao adolescente.

Apesar de se considerar que, idealmente, o internamento de adolescentes deve ser efetuado em unidades hospitalares apropriadas (EONS, 2015), em Portugal, isto raramente acontece, uma vez que a sua escassez impossibilita uma resposta adequada às necessidades manifestadas pela população (Abreu & Azevedo, 2012). A constatação desta realidade impeliu-me para a necessidade de conhecer a metodologia de trabalho das equipas de enfermagem destas unidades, realizando uma analogia entre as duas realidades (unidade de adolescentes versus serviço de internamento de adultos), de forma a identificar e adotar possíveis estratégias para promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes hospitalizados em serviços de adultos.

Para tal, comecei por observar a dinâmica funcional do serviço, conhecendo o espaço físico da unidade e procurando compreender o caminho percorrido pelo adolescente, desde a admissão até à alta clínica. Para complementar o que havia observado, consultei a documentação existente no serviço (normas e protocolos), procurando, deste modo, conhecer as normas, rotinas e procedimentos vigentes, o que me permitiu compreender com mais facilidade o modo de funcionamento do serviço, designadamente, os requisitos para admissão naquela unidade bem como algumas das regras estabelecidas, tais como: horários e regulamentos das visitas,

regras relacionadas com a presença do acompanhante, horários das refeições, periodicidade e diversidade das atividades lúdicas e das atividades escolares existentes no serviço.

O conhecimento acerca do modo de funcionamento do serviço permitiu-me constatar que as regras definidas nesta unidade, estão de acordo com as vigentes na instituição, contudo nem sempre são cumpridas, uma vez que os enfermeiros, reconhecendo a especificidade inerente à etapa da adolescência e o potencial impacto causado pelo processo de hospitalização, procuram ser flexíveis, sobretudo no que diz respeito aos horários e regulamentos estabelecidos para as visitas. Esta flexibilidade, demonstrada pela equipa de enfermagem, encontra-se patente no apêndice IV, designado por “Descrição e análise das intervenções de enfermagem facilitadoras da transição do adolescente hospitalizado: campo de estágio A e B”, no qual esta intervenção é considerada como facilitadora do processo de transição que o adolescente atravessa durante a hospitalização.

A consulta dos registos de enfermagem foi outras das atividades desenvolvidas no decurso deste estágio, que contribuiu para compreender e identificar as dimensões mais valorizadas pelos enfermeiros deste serviço, no contexto da prestação de cuidados ao adolescente. Através desta atividade constatei que os enfermeiros contemplam, nos seus registos diários, informações importantes, não só referentes ao processo de doença e tratamento, mas também relativas ao envolvimento social, às relações e dinâmicas familiares, aos desejos e às solicitações manifestadas pelo adolescente ou reveladas pelos seus familiares, o que traduz a sua dedicação em prestar cuidados personalizados, capazes de responder às necessidades individuais dos adolescentes e dos seus familiares e capazes de garantir uma adequada transmissão de informação entre os elementos da equipa multidisciplinar, assegurando, deste modo, “a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”, tal como a (OE, 2015b, p.69) preconiza.

Os momentos de partilha de conhecimentos e de experiências, estabelecidos com a enfermeira orientadora e com outros elementos da equipa multidisciplinar foram, também, fundamentais para promover o meu processo de aprendizagem. Estes decorreram não só durante as passagens de turno mas também durante momentos de conversa informal, o que comprova a necessidade de considerar tanto

as experiências formais como as informais para o desenvolvimento de competências profissionais (Marcelo, 2009).

Deste modo, posso considerar que a articulação entre todas as atividades referidas anteriormente contribuíram para alcançar o objetivo delineado inicialmente, permitindo-me compreender a organização dos cuidados de enfermagem deste serviço e impelindo-me para refletir acerca dos benefícios da sua aplicabilidade no local de implementação do projeto de intervenção. Com os seus contributos, tornou-se possível o enriquecimento do meu processo de aprendizagem e a aquisição de novas competências, de entre as quais destaco: competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nomeadamente através do desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade, permitindo-me basear a minha “praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010b, p.4). Permitiu-me também “ajustar o comportamento profissional para responder efetivamente às necessidades populacionais e/ou individuais, de acordo com o ambiente de cuidados” (EONS, 2013, p.16), garantindo, assim, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2010b), através da adoção de algumas das intervenções de enfermagem identificadas neste contexto e da sua transposição para o meu contexto profissional.

3.1.1. Identificar os benefícios associados ao internamento de adolescentes em Unidades apropriadas (Unidades de Adolescentes).

A pertinência de alcançar este objetivo, surge no seguimento da concretização do objetivo anterior, pelo que algumas das atividades desenvolvidas para o alcançar se complementam.

Os benefícios associados ao internamento de adolescentes em unidades apropriadas podem ser múltiplos. Por este motivo, mediante a necessidade de hospitalização, estes elegem as unidades de adolescentes como os locais preferenciais, destacando como principais razões a possibilidade de usufruir de um ambiente físico apropriado, com respeito pela sua privacidade e a possibilidade de estarem entre os pares (Sadeghi et al., 2012).

Reconhecendo esta realidade e procurando conhecer e identificar estes benefícios, no contexto real da prática de cuidados, colaborei na prestação de

cuidados aos adolescentes hospitalizados no campo de estágio A, ao longo das várias fases de internamento, isto é, desde o momento do acolhimento até à alta clínica. Neste contexto, as relações estabelecidas com cada um destes adolescentes foram essenciais, já que facilitaram a expressão dos seus sentimentos e das suas emoções, permitindo-me compreender as suas perspetivas individuais, relacionadas com o processo de hospitalização e contribuindo para identificar as estratégias encontradas por estes para as ultrapassar, com especial enfoque nos recursos disponíveis, específicos de uma unidade de internamento de adolescentes. Na base das relações estabelecidas esteve a empatia que é considerada como uma das principais estratégias para promover a satisfação da pessoa doente (OE, 2001).

Através da elaboração do estudo de caso (apêndice V) e da realização do apêndice VI, que contempla as alterações físicas, psicológicas e emocionais de dois adolescentes hospitalizados nesta unidade, foi possível transcrever para o papel o que havia sido observado durante os momentos de interação com estes adolescentes. Em ambos os apêndices realizei uma descrição e análise das vivências de cada um destes adolescentes, salientando a influência que as particularidades deste serviço podem ter enquanto facilitadores do processo de transição que estes vivenciam. Os resultados obtidos a partir da sua realização, em concomitância com os dados obtidos a partir da elaboração da revisão *scoping* (apêndice I) e com aquilo que observei ao longo deste estágio, permitiram-me constatar que, de facto, podem ser identificados benefícios evidentes mediante a hospitalização do adolescente em unidades apropriadas, de entre os quais se destaca o facto de poderem estar entre os pares, numa fase da vida em que o grupo de pares assume particular importância (Hockenberry & Wilson, 2011) e também o facto de terem à sua disposição uma sala com diversas atividades disponíveis, cujo principal intuito é promover momentos de distração. Este facto é revelado pela adolescente, identificada como A.S, no apêndice VI, que assume que nunca pensou que fosse possível, existir um espaço destinado à realização de atividades lúdicas dentro de um serviço hospitalar, atribuindo a este facto uma conotação positiva.

Também o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, nomeadamente a relação estabelecida com os adolescentes, foi considerada como um aspeto positivo, que, de acordo com a opinião dos adolescentes permite atenuar as experiências negativas inerentes ao processo de hospitalização. Este resultado é corroborante com a opinião

de Woodgate (2006), que revela que, no contexto da hospitalização, a proximidade e o estabelecimento de uma relação terapêutica é valorizada pelo adolescente como ponto de apoio, o que permite ao enfermeiro intervir como elemento de suporte para o adolescente.

As principais conclusões resultantes da elaboração dos apêndices anteriormente referidos (apêndices V e VI) permitem comprovar que os benefícios associados ao internamento de adolescentes nestas unidades divergem, de acordo com a opinião individual de cada um dos intervenientes. Por exemplo, o adolescente mencionado no estudo de caso, o M., recusou sempre a participação em qualquer tipo de atividade desenvolvida no serviço, refugiando-se no computador a partir do qual podia aceder à internet e considerando, assim, o acesso à internet como o principal benefício associado ao seu internamento naquela unidade.

Como resultado das atividades desenvolvidas, consegui alcançar o objetivo a que me propus. Para tal, considero que, mais uma vez, foram essenciais os momentos de partilha e de discussão estabelecidos com os elementos da equipa de enfermagem, em particular com a enfermeira orientadora, o que faz emergir a necessidade de valorização dos momentos de aprendizagem informal que, segundo por Perrenoud (1995), são considerados uma dimensão oculta da aprendizagem. Neste seguimento, foi possível a aquisição de novas competências, facto que se revelou determinante para o meu percurso de aprendizagem. De entre as competências adquiridas, saliento: “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010b, p.5) e a capacidade de “integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta” de acordo com as qualificações do 2º ciclo para o ensino superior em Portugal (DGES, 2013 p.108).

3.2. Aplicar o algoritmo de intervenção em enfermagem acerca do trabalho emocional com adolescentes.

Este objetivo insere-se no estágio A e foi definido com o intuito de conhecer o algoritmo “Trabalho emocional com adolescentes – algoritmo de atuação em enfermagem” desenvolvido por Caeiro (2013), procurando, em simultâneo,

compreender a sua aplicabilidade a nível da prática de cuidados com adolescentes em contexto hospitalar.

Contrariamente ao que seria espectável, no momento da realização do estágio nesta unidade, este instrumento não estava ainda a ser utilizado pela equipa, devido a demoras na autorização da sua implementação, o que constituiu um obstáculo à concretização do objetivo delineado inicialmente. Contudo, sabendo que o desenvolvimento de soluções que permitam a resolução de problemas é entendido como um dos requisitos para a aquisição do grau de mestre (DGES, 2013), procurei colmatar esta situação, solicitando a colaboração da sua autora para superar esta dificuldade. Para tal, estabeleci contacto com esta, por via da enfermeira orientadora, através do qual tive oportunidade de revelar a minha curiosidade e a necessidade de conhecer este algoritmo, apresentando-lhe os meus objetivos, contextualizando-a na minha realidade profissional e enquadrando-a no meu projeto de intervenção. Face ao exposto, esta demonstrou reconhecer a pertinência dos meus objetivos, considerando o tema em estudo pertinente e o contexto rico em aprendizagens e demonstrando assim, interesse e disponibilidade para colaborar no que lhe havia sido solicitado.

Os momentos de partilha estabelecidos com esta enfermeira permitiram-me a obtenção de aprendizagens significativas, na medida em que esta, além de me explicar a pertinência da utilização deste algoritmo, forneceu-me diretrizes e orientações acerca da sua aplicabilidade prática, dando-me oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relacionadas com a utilização deste instrumento, o que representou, para mim, um momento de aprendizagem ímpar.

Para consolidar os conhecimentos obtidos a partir da partilha com a autora do algoritmo, realizei ainda uma análise reflexiva acerca do mesmo (apêndice VII), o que implicou a realização de uma pesquisa aprofundada sobre a temática do trabalho emocional com adolescentes. A sua realização implicou a mobilização dos conhecimentos teóricos e a sua articulação com as experiências vivenciadas em contexto prático, o que me permitiu ampliar a minha capacidade de intervir junto dos adolescentes hospitalizados, capacitando-me quer para responder às exigências emocionais da prática dos enfermeiros quer para colmatar as necessidades dos adolescentes durante o processo de hospitalização (Caeiro, 2014).

A utilização de algoritmos, no contexto da prática de cuidados, pode facilitar a intervenção dos enfermeiros, na medida em que estes permitem guiar a sua atuação (OE, 2007), através do cumprimento de um conjunto de etapas que permitem chegar à solução de um problema (Caeiro, 2014). No que diz respeito ao algoritmo em causa, importa acrescentar ainda que a sua utilização permite, aos enfermeiros, uma intervenção sustentada em evidência científica, esquematizada e de simples utilização, capaz de garantir uma prestação de cuidados de qualidade aos adolescentes (Caeiro, 2013). Este facto impulsionou-me para efetuar a sua divulgação, junto dos enfermeiros de outros contextos profissionais, procurando, deste modo, facilitar e uniformizar a sua intervenção junto dos adolescentes e, conseqüentemente promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através de uma prática baseada na evidência. Foi, por este motivo, realizada uma formação aos enfermeiros do estágio B, cujo plano da sessão formativa e respetiva avaliação se encontram em apêndice VIII e IX, respetivamente. Após a sua apresentação e após a observação das respostas dos enfermeiros ao documento de avaliação da sessão, verifiquei que a utilidade deste instrumento para a melhoria da qualidade dos cuidados foi reconhecida por estes enfermeiros, que inclusivamente, solicitaram a afixação deste instrumento no serviço. A divulgação deste algoritmo foi ainda efetuada junto da equipa de enfermagem do estágio C, através da sua inclusão no GOBP, elaborado e implementado neste contexto, procurando deste modo cumprir com o objetivo da sua autora: divulgar e disseminar o algoritmo junto das equipas de enfermagem que prestam cuidados ao adolescente (Caeiro, 2013).

As atividades desenvolvidas para alcançar o objetivo supracitado, sensibilizaram-me para a importância da valorização da dimensão emocional enquanto foco dos cuidados de enfermagem, permitindo-me, atualmente, estar apta a adequar a minha conduta de acordo com o modo de apresentação do adolescente (OE, 2010a; Caeiro, 2014). Deste modo, posso afirmar que, através dos seus contributos, consegui promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes, através de uma prestação de cuidados personalizada, com respeito pela individualidade e unicidade de cada adolescente, conseguindo, deste modo, atenuar as experiências negativas inerentes à vivência da doença e conseqüente hospitalização (Diogo, 2012). Por conseguinte, as atividades desenvolvidas contribuíram para melhorar a minha intervenção enquanto elemento facilitador dos

processos de transição do adolescente (Meleis & Trangenstein, 1994), tornando-me capaz de os preparar para as mudanças inerentes às transições que cada um deles vivência, através da aquisição de novos conhecimentos, competências e habilidades tal como Meleis, et al. (2000) preconizam.

De acordo com a OE (2010b), cabe ao enfermeiro especialista, suportar as suas decisões em princípios, valores e normas deontológicas, facto que perante a aplicabilidade deste algoritmo se concretiza, já que a sua autora ao definir e orientar as intervenções de enfermagem, teve em consideração o respeito pelos princípios éticos inerentes à prestação de cuidados ao adolescente (confidencialidade, privacidade, autonomia e sigilo) (OE, 2010a) propiciando assim tomadas de decisão guiadas pelo Código Deontológico (OE, 2010b). Deste modo, a sua divulgação constituiu uma medida importante para melhorar a qualidade da prática de enfermagem junto dos adolescentes nos contextos de estágio B e C.

Apesar dos obstáculos com que me confrontei no decorrer deste percurso, que me impossibilitaram de aplicar o algoritmo no contexto prático do estágio A, consegui alcançar novas aprendizagens acerca da temática do trabalho emocional com adolescentes. As orientações que obtive por parte da autora do algoritmo bem como as aprendizagens decorrentes da elaboração do apêndice VII, contribuíram para repensar as minhas práticas, modificando-as no sentido de as melhorar. Assim, foi alcançado o objetivo delineado inicialmente, proporcionando-me a aquisição de novas competências, e possibilitando-me, atualmente “responder eficazmente à população e às suas necessidades individuais” (EONS, 2013, p.17), promover “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010b, p.3) e basear a práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010b, p.4). Além destas, possibilitou-me ainda a aquisição de competências de aprendizagem que permitem “beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (DGES, 2013, p.108). A possibilidade de divulgar o presente algoritmo junto das equipas de enfermagem dos contextos B e C permitiu-me colaborar “em programas de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2010b, p.3).

3.3. Identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros para facilitar as transições vivenciadas pelos adolescentes hospitalizados.

A implementação de intervenções de enfermagem que propiciem o restabelecimento da sensação de bem-estar da pessoa, proporcionando-lhe a vivência de processos transicionais saudáveis é considerada por Meleis et al. (2000) como uma função do enfermeiro. Para tal, os mesmos autores revelam que compete ao enfermeiro preparar e informar a pessoa, proporcionando-lhe a aquisição de novas competências relacionadas com a experiência da transição, o que requer, por parte da pessoa cuidada, a incorporação de conhecimentos, a alteração do seu comportamento e a ocorrência de mudanças na definição do *self* como meio para atingir a mestria e, deste modo, alcançar uma transição saudável.

O reconhecimento desta realidade despertou, em mim, interesse em perceber e identificar intervenções de enfermagem concretas, capazes de facilitar o processo de transição que o adolescente vivencia perante a ocorrência de uma doença e consequente hospitalização, facto que fez emergir a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem que podem ser adotadas pela equipa para facilitar o processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado?”. Para dar resposta a esta questão, foi elaborada, inicialmente, uma revisão *scoping* (apêndice I), com recurso à pesquisa não só em bases de dados, mas também em *sites* de organizações oficiais da disciplina de enfermagem. Os resultados obtidos a partir da sua realização permitiram dar resposta à questão efetuada, garantindo assim a exequibilidade do projeto de intervenção, devidamente fundamentado na evidência científica e, capacitando-me para intervir junto do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado enquanto agente facilitador dos processo de transição que este atravessa, facto que se revelou essencial para enriquecer o meu percurso de aprendizagem e promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao adolescente hospitalizado.

Para o alcance deste objetivo, contribuíram também os momentos de partilha estabelecidos com diferentes elementos da equipa multidisciplinar, principalmente com os enfermeiros peritos, bem como a observação das práticas dos enfermeiros e a colaboração na prestação de cuidados aos adolescentes hospitalizados nos contextos de estágio A e B. As aprendizagens decorrentes da realização das

atividades supracitadas foram fulcrais para conseguir perceber e identificar quais as intervenções de enfermagem, utilizadas pelos enfermeiros de ambos os contextos, capazes de facilitar as transições vivenciadas pelos adolescentes proporcionando-lhes a vivência de processos transicionais individuais saudáveis (Meleis, 2012). Dada a pertinência da sua identificação, estas foram descritas e analisadas de forma detalhada, no apêndice IV, no qual foi estabelecida uma relação entre as práticas observadas e os resultados obtidos a partir da evidência científica, com recurso a uma prática reflexiva.

No campo de estágio A, saliento a demonstração de afetividade e sensibilidade por parte dos enfermeiros em todos os momentos de interação com o adolescente, com especial enfoque no momento do acolhimento ao serviço. Saliento ainda o facto dos enfermeiros se mostrarem disponíveis na flexibilização do horário das visitas, “quebrando” as regras estabelecidas na instituição, em prol do bem-estar dos adolescentes hospitalizados naquele serviço. Esta intervenção é considerada uma medida essencial enquanto elemento facilitador dos processos de transição do adolescente, na medida em que permite evitar o afastamento social que a hospitalização impõe e que, segundo Azevedo (2010, p.76) pode ter repercussões ao nível da “autoestima e afirmação pessoal do adolescente”.

No campo de estágio B, uma das intervenções que considero especialmente importante diz respeito ao modo como os enfermeiros transmitem a informação aos adolescentes, demonstrando disponibilidade para repetir e/ou clarificar as informações sempre que se verifique necessário. Além desta, evidencio ainda o respeito pela autonomia dos adolescentes, respeitando a sua capacidade de tomar decisões, de acordo com a sua faixa etária.

Em ambos os campos de estágio foi notória a preocupação dos enfermeiros em prestar cuidados personalizados, respeitando as características individuais de cada adolescente. Foi ainda evidente a sua dedicação no estabelecimento de relações sustentadas na empatia, que segundo a OE (2001) é considerada como uma das principais estratégias para promover a satisfação da pessoa doente.

Esta documentação das intervenções de enfermagem facilitadoras das transições dos adolescentes hospitalizados sensibilizou-me para a necessidade de ocorrência de mudanças ao nível da prestação de cuidados ao adolescente, nos

campos de estágio A e B, bem como no local de implementação do projeto de intervenção.

No decorrer da realização dos estágios A e B, constatei que em nenhum destes serviços, existem documentos orientadores de boas práticas relacionadas com a prestação de cuidados ao adolescente hospitalizado, contudo existe, em cada um destes locais, uma enfermeira com formação especializada na problemática da adolescência, sendo que a enfermeira do contexto A desenvolveu a sua dissertação de mestrado, no âmbito do trabalho emocional com adolescentes e a enfermeira do estágio B centrou-se na temática do adolescente submetido a TCPH. Apesar da ausência de documentos orientadores de boas práticas, verifica-se que, em ambos os serviços, os enfermeiros reconhecem que, mediante a necessidade de hospitalização, os adolescentes carecem de cuidados especializados, tendo em consideração a especificidade da sua faixa etária, pelo que demonstram dedicação e sensibilidade face às suas vivências, procurando desenvolver uma prestação de cuidados individualizada como meio para dar resposta às suas necessidades individuais. Procuram, também, garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados aos adolescentes, através de uma adequada transmissão de informação entre os vários elementos da equipa, quer através da comunicação oral nos momentos das passagens de turno, quer através da informação escrita que integram nos seus registos diários.

Porém, é notória a presença de algumas lacunas ao nível da prestação de cuidados que revelam a necessidade de promover a formação dos enfermeiros em algumas áreas específicas, de entre as quais se destacam: a necessidade de desenvolvimento de habilidades de comunicação e a necessidade de adotar estratégias que permitam promover o respeito pela confidencialidade do adolescente, já que este é considerado pela OE (2010a) como um dos princípios éticos fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados ao adolescente. Estes dados são corroborantes com os resultados obtidos a partir da evidência científica, que revelam a necessidade dos enfermeiros possuírem “habilidades de comunicação altamente desenvolvidas” (TCT, 2014, p.29), além de competências técnicas, de um corpo de conhecimentos sobre transição e de sensibilidade para compreender a vivência do adolescente perante a doença e a hospitalização (Maas & Zagonel, 2005).

No decorrer da prestação de cuidados ao adolescente, no estágio A, tive oportunidade de “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” (OE, 2015b, p.104), em particular com a nutricionista, assistente social e com alguns médicos de diferentes especialidades. Esta articulação de cuidados proporcionou-me aprendizagens importantes, decorrentes da partilha de conhecimentos com os diferentes elementos da equipa, permitindo o desenvolvimento de um verdadeiro trabalho de equipa, cujo foco principal era o bem-estar do adolescente e dos seus familiares. Além disso, foi também determinante para promover a melhoria da qualidade dos cuidados, na medida em que esta é considerada pela OE (2001) como uma tarefa multiprofissional, que implica o desenvolvimento de um verdadeiro trabalho de equipa entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar.

No estágio B, face aos períodos de internamento prolongados, os enfermeiros conseguem, por norma, estabelecer uma relação de grande proximidade e confiança com os adolescentes o que lhes permite conhecê-los verdadeiramente. O mesmo se verifica em contexto de ambulatório, no hospital de dia, onde os adolescentes são, geralmente acompanhados durante vários meses/anos. Em ambos os contextos, as intervenções implementadas pelos enfermeiros juntos dos adolescentes podem ser determinantes na medida em que podem determinar o modo como os adolescentes serão capazes de lidar com a doença e com a necessidade de hospitalização (EONS, 2015).

A elaboração do apêndice X, “Experiências dos adolescentes hospitalizados numa unidade de adultos”, que contempla a opinião de quatro adolescentes acerca da hospitalização num serviço de adultos, permitiu também dar ênfase à importância de serem implementadas intervenções de enfermagem capazes de facilitar o processo de transição do adolescente, complementando assim os resultados obtidos a partir da realização das atividades anteriormente descritas. Com a análise destes dados, verifiquei que, apesar das suas opiniões poderem ser divergentes, existem algumas intervenções que se evidenciam enquanto facilitadoras das transições na opinião destes adolescentes, nomeadamente: flexibilizar o horário das visitas e das rotinas do serviço, em particular a hora de acordar e facilitar o acesso a estratégias de entretenimento, tais como a internet.

Assim, posso afirmar que todas as atividades acima mencionadas, contribuíram para a identificação das intervenções de enfermagem facilitadoras da transição do adolescente hospitalizado, permitindo o enriquecimento do projeto de intervenção e, conseqüentemente a melhoria dos cuidados prestados aos adolescentes hospitalizados. Deste modo, posso considerar que consegui alcançar este objetivo, facto que me permitiu também desenvolver novas competências, de entre as quais destaco: “Cuida de pessoas (...) dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (OE, 2011, p. 3) e “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010b, p.5), especialmente no que concerne ao respeito pelo direito dos clientes ao acesso à informação, à promoção do direito à confidencialidade e à segurança da informação, ao respeito do cliente à privacidade e ao respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais, tal como a OE (2010b) preconiza.

3.4. Identificar as transições vivenciadas pelos adolescentes com doença hemato-oncológica submetidos a TCPH.

As atividades desenvolvidas para alcançar este objetivo inserem-se no contexto da realização do estágio B e contemplam as duas valências que o compõe (serviço de internamento e HD).

A presença de uma doença hemato-oncológica na adolescência é entendida como um momento de grande complexidade para o adolescente, que se vê confrontado com uma doença grave que pode acarretar risco de vida, ao mesmo tempo que experiencia as múltiplas mudanças, inerentes à faixa etária em que se encontra (Hockenberry & Wilson, 2011). Como tal, perante esta situação, é inevitável a ocorrência de uma multiplicidade de transições, em simultâneo, que torna o adolescente mais vulnerável aos riscos (Meleis et al., 2000), exigindo do enfermeiro, uma intervenção personalizada, capaz de antecipar ou completar o ato de transição (Meleis & Trangenstein, 1994).

Partindo desta premissa e, como meio para alcançar o objetivo anteriormente definido, comecei por observar as rotinas dos adolescentes submetidos a TCPH, quer no contexto do internamento quer em regime de ambulatório, procurando, deste modo,

compreender a sua vivência e identificar as transições que cada um destes vivência, de forma a conseguir encontrar as respostas mais adequadas para lhes proporcionar a vivência de processos transicionais individuais saudáveis, tal como Meleis (2012) preconiza. Deste modo, foi essencial compreender os processos de transição de cada um destes adolescentes a partir da sua perspectiva individual, “considerando os fatores mediadores individuais e ambientais” (Gameiro, 2016, p.64), de forma a facilitar a identificação das necessidades de cuidados e a organização das intervenções de enfermagem. Para tal, tornou-se essencial a colaboração na prestação de cuidados aos adolescentes e aos seus familiares, assim como os momentos de partilha estabelecidos com a equipa de enfermagem, que permitiram fomentar momentos de reflexão, que se revelaram determinantes na medida em que possibilitaram o desenvolvimento da minha “capacidade de explicar as situações da prática e construir saber a partir da reflexão sobre a prática” (OE, 2010c p.31), proporcionando-me momentos significativos de aprendizagem.

No decorrer do estágio, considerei as interações com os adolescentes e seus familiares como um dos principais focos da minha intervenção, procurando estabelecer com estes, relações de proximidade, sustentadas na empatia. Este facto revelou-se essencial para a criação de um clima de confiança que potenciou a exteriorização dos seus sentimentos, dos seus medos e das suas emoções, permitindo-me conhecê-los, verdadeiramente e, desenvolver, junto destes, uma intervenção individualizada e personalizada.

A duração do estágio B, bem como a duração do internamento e do período de acompanhamento destes adolescentes nesta unidade, permitiram-me acompanhá-los durante grande parte do seu período de tratamento, o que constituiu um elemento facilitador para o estabelecimento desta relação de proximidade, facilitando a compreensão das vivências de cada um destes adolescentes e, permitindo-me, deste modo, o alcance deste objetivo. Este facto é corroborante com a opinião de Lima e Bernardino (2014), que referem que o tempo de internamento e a necessidade da pessoa permanecer em isolamento são alguns dos fatores que propiciam o estabelecimento de uma relação de proximidade entre o enfermeiro e a pessoa doente, relação essa que é considerada como a “mais extensa e estreita dentre todos os profissionais envolvidos no TCPH” (Lima & Bernardino, 2014, p.846).

O apêndice XI referente à análise do processo transicional vivenciado por dois adolescentes durante o TCPH surge neste seguimento, e a sua elaboração permitiu facilitar a compreensão das transições que os adolescentes vivenciam no decorrer do processo de TCPH. Enumeram-se as transições vivenciadas por dois adolescentes, acompanhados neste serviço, um deles em contexto de ambulatório e o outro em internamento, sendo, em simultâneo realizada uma análise aprofundada acerca do processo transicional que cada um deles experiencia, à luz do que se encontra estabelecido por Afaf Meleis na sua teoria de médio alcance. Com a realização desta análise, pôde constatar-se que, de facto, o conceito de cuidado transicional não se pode reduzir a uma definição simples, uma vez que se trata de um processo que requer a compreensão da vivência da pessoa que o experiencia, o que permite evidenciar a necessidade dos enfermeiros estarem despertos para as mudanças que estas transições acarretam, devendo preparar a pessoa para lidar com elas, através da aprendizagem e da aquisição de conhecimentos, competências e habilidades (Meleis et al., 2000).

O TCPH é, por norma, realizado com intuito curativo e os resultados obtidos são, geralmente, satisfatórios, contudo, este é um tratamento muito agressivo, que comporta inúmeros riscos para a pessoa, podendo mesmo envolver risco de vida (Lima & Bernardino, 2014). Esta realidade encontra-se patente no jornal de aprendizagem elaborado (apêndice XII), referente à situação de um adolescente que se encontra em situação de fim de vida, após realização de TCPH. Com a sua concretização, consegui salientar a complexidade inerente ao processo de TCPH, quer para o adolescente quer para os seus familiares, evidenciando, em simultâneo, a complexidade associada ao processo transicional que o adolescente atravessa, neste contexto.

A importância de estabelecer uma verdadeira parceria de cuidados com os pais foi uma das temáticas que consegui aprofundar com a realização deste jornal de aprendizagem, no qual esta é considerada como uma intervenção de enfermagem capaz de facilitar os processos de transição que o adolescente vivencia. Constatei que, além do adolescente, também os familiares são confrontados com uma série de mudanças que desencadeiam a ocorrência de uma transição no seio da família, o que justifica a necessidade dos enfermeiros intervirem no sentido de dar resposta não só

as necessidades da pessoa doente, mas também as necessidades da família (Al-Yateem, Issa & Rossiter, 2015).

A dimensão emocional dos cuidados de enfermagem foi, mais uma vez, abordada e aprofundada, através da mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática, o que me permitiu complementar as aprendizagens obtidas durante o estágio A, nomeadamente o desenvolvimento da capacidade de adaptar a minha intervenção junto do adolescente, de acordo com as suas características individuais e o seu modo de apresentação com a adoção de estratégias adequadas a cada situação, tais como: procurar falar sobre temas do interesse do adolescente para conseguir “quebrar o gelo” perante adolescentes pouco comunicativos, utilizar o humor, escutar atentamente e procurar favorecer a expressão de emoções do adolescente quando este se encontra choroso (OE, 2010a; Caeiro, 2014). Este facto contribuiu para conseguir responder de forma mais adequada às diferentes situações que surgem no meu quotidiano profissional.

No decurso deste estágio, realizei registos de enfermagem, procurando através dos mesmos refletir sobre os momentos de interação com os adolescentes e com as famílias, dando especial enfoque ao modo como cada um destes gerira o processo de TCPH. Esta atividade impulsionou-me para a necessidade de estar atenta à globalidade de sinais e sintomas manifestados por cada um destes adolescentes, incluindo as questões emocionais, espirituais e éticas e as preocupações psicossociais, transcrevendo-as para os registos escritos, de forma a garantir um cuidado individualizado e uma continuidade de cuidados adequada, já que de acordo com a OE (2001, p.18), o enfermeiro deve incorporar, nos seus registos, “entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, obtidos pelo cliente”, de modo a contribuir para a eficácia da organização dos cuidados de enfermagem.

As atividades desenvolvidas para alcançar este objetivo possibilitaram-me assim o desenvolvimento de novas competências, nomeadamente: “Cuida de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” e “estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de

modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (OE, 2011, p.2). Além destas, desenvolvi capacidades que me permitiram “ajustar o comportamento profissional para responder eficazmente às necessidades populacionais e/ou individuais de acordo com o ambiente de cuidados”, demonstrando “uma prestação de cuidados holística” (EONS, 2013, p.16).

3.5. Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado.

Com o intuito de alcançar o objetivo supracitado, elaborei uma sondagem de opinião (apêndice II), que apliquei junto dos enfermeiros do campo de estágio C (local de implementação do projeto de intervenção). Esta sondagem foi respondida por 17 enfermeiros, o que corresponde a, aproximadamente, 65% do total da equipa.

As respostas obtidas foram analisadas e encontram-se descritas no apêndice III, cuja elaboração permitiu identificar as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros no contexto da prestação de cuidados ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, contribuindo assim para dar resposta ao objetivo delineado. Através da realização deste apêndice, verifiquei que a equipa admite a necessidade de desenvolver os seus conhecimentos acerca da temática da hospitalização do adolescente, salientando a necessidade de criação de documentos orientadores da boa prática que permitam melhorar e uniformizar a sua intervenção. Manifestam, como principal dificuldade, o estabelecimento de uma comunicação eficaz com o adolescente, o que faz emergir a necessidade destes desenvolverem as suas competências comunicacionais, dado que a comunicação é considerada uma ferramenta essencial para o desenvolvimento da relação de ajuda (Phaneuf, 2005).

Os dados obtidos a partir da elaboração do apêndice III, em concomitância com as orientações fornecidas pela enfermeira-chefe e com os resultados oriundos da realização da revisão *scoping*, permitiram-me identificar as áreas temáticas que devem constituir foco de atenção dos enfermeiros que cuidam de adolescentes, mobilizando-as e integrando-as no GOBP, o que me permitiu adequar a minha intervenção junto da equipa, direcionando-a de acordo com as suas necessidades específicas. Para tal, contribuiu também a observação das práticas dos enfermeiros

deste serviço bem como a partilha de experiências com os mesmos, ao longo de sete anos de exercício profissional neste local, o que, em concomitância com as atividades mencionadas anteriormente se tornou essencial para alcançar este objetivo.

O caminho percorrido para alcançar este objetivo, possibilitou-me o desenvolvimento de novas competências, de entre as quais saliento: “Adota e promove a adoção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas” (OE, 2010b, p.5), “recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas...” (OE, 2010b, p.6), “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (OE, 2010b, p.4) e, por fim, “ajusta o comportamento profissional para responder efetivamente às necessidades populacionais e/ou individuais, de acordo com o ambiente de cuidados (EONS, 2013, p.16). Segundo Benner (2001, p.104) “as enfermeiras especializadas não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar a doença e mesmo novas perspetivas ao doente, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de enfermagem”.

3.6. Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria dos cuidados prestados ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado através da promoção de processos transicionais individuais saudáveis.

De acordo com a OE (2010b, p.2), cabe a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade

as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem.

Partindo desta premissa, procurei incluir toda a equipa de enfermagem neste projeto, sensibilizando-a para a problemática do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado e promovendo a sua participação ativa em todo o processo.

Para tal, durante o estágio C, realizei uma sessão de formação à equipa de enfermagem, através da qual apresentei o projeto de intervenção, revelando os resultados obtidos a partir da pesquisa bibliográfica efetuada. Para promover a sua divulgação, no seio da equipa, afixei um documento informativo, na sala de trabalho

de enfermagem e no gabinete da enfermeira-chefe e, concomitantemente, informei os colegas, em momentos de conversa informal. Embora a sua divulgação tenha sido efetuada, antecipadamente, não foi possível abranger a totalidade da equipa de enfermagem nesta formação já que alguns dos seus elementos se encontravam em período de férias e/ou baixa e outros mostraram-se indisponíveis pelo facto do dia da formação coincidir com a sua folga semanal. Por este motivo, assistiram à formação 12 enfermeiros, de entre os quais se destaca a enfermeira-chefe e a enfermeira subchefe do serviço. Para colmatar esta situação, estabeleci momentos de conversa informal com os restantes enfermeiros do serviço, procurando sensibilizá-los para a problemática do adolescente com doença hemato-oncológica, incutindo-lhes a necessidade de modificar as práticas vigentes de modo a promover uma prática baseada na evidência científica.

Para a realização da sessão de formação acima referida, realizei também um documento que contempla o plano da mesma (apêndice XIII) bem como um questionário de avaliação alusivo à formação efetuada (apêndice XIV), a partir do qual obtive um *feedback* bastante positivo por parte da equipa. Dos aspetos positivos identificados pelos enfermeiros e descritos no documento de avaliação da sessão, salienta-se a pertinência da temática abordada e o reconhecimento acerca da necessidade de implementação de estratégias específicas que permitissem melhorar e uniformizar as práticas de enfermagem com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado neste serviço.

No contexto da prestação de cuidados ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, os enfermeiros podem assumir um papel preponderante, enquanto agentes facilitadores dos processos de transição que estes atravessam (Meleis & Trangenstein, 1994). Para tal é necessário capacitá-los para uma prática de cuidados de qualidade a esta população específica, dotando-os de conhecimento apropriado e sensibilizando-os para a necessidade de sustentarem a sua intervenção nos processos transicionais vivenciados pelo adolescente, neste contexto. A elaboração do GOBP, intitulado: “Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: Intervenções de enfermagem no processo de transição” (apêndice XV), surge neste seguimento como forma de sistematizar a informação inerente à prática de cuidados de enfermagem ao adolescente, permitindo facilitar e

uniformizar a sua intervenção, sustentando-a em evidência científica e capacitando, deste modo, os enfermeiros para proporcionar aos adolescentes a vivência de processos transicionais individuais saudáveis (Meleis, 2012). Tal como foi referido anteriormente, as temáticas incluídas neste GOBP foram seleccionadas de forma a dar resposta às principais dificuldades manifestadas pelos enfermeiros tendo sido definidas de acordo com os resultados obtidos através da realização da revisão *scoping*. A sua elaboração foi guiada pelas orientações emanadas pela OE (2007), no documento “Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados”, tendo sido fundamentada na teoria de médio alcance de Afaf Meleis.

Além deste GOBP, elaborei ainda um guião de entrevista (apêndice XVI) que se destina a ser aplicado pelos enfermeiros aos adolescentes, no momento do seu acolhimento ao serviço, considerando que “os primeiros minutos da entrevista são particularmente importantes, pois são eles que determinam o clima do resto do encontro” (Phaneuf, 2005, p.257). Este documento, atualmente integrado no GOBP, pretende-se que constitua um instrumento facilitador para a prática de enfermagem com adolescentes e que possibilite conhecer as “tendências, costumes e particularidades desta população em constante mudança, de modo que as intervenções de enfermagem respondam, efetivamente, às suas necessidades de saúde biopsicossociais” (OE, 2010a, p.35).

Para a elaboração dos documentos acima mencionados, foram utilizados, além dos resultados da evidência científica, as aprendizagens decorrentes da realização dos estágios A e B, nomeadamente os contributos oriundos dos momentos de partilha estabelecidos com os enfermeiros, em particular com os enfermeiros peritos, com os quais tive oportunidade de contactar ao longo de todo este percurso.

Deste modo, considero que as atividades desenvolvidas me permitiram agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem, possibilitando-me assim alcançar o objetivo inicialmente definido. O facto de ser detentora de “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem” OE (2010b, p.2), que diz respeito ao processo de cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, tornou-me num elemento de referência no seio da equipa de enfermagem, facilitando a minha intervenção enquanto elemento dinamizador das aprendizagens dos enfermeiros da equipa.

Posso afirmar que o caminho percorrido para alcançar este objetivo, foi determinante para promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional, proporcionando-me a aquisição de novas competências, de entre as quais importa salientar as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, com particular destaque para: “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” e “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2010b, p.3). Além destas, salienta-se o alcance de algumas competências definidas pela EONS (2013), nomeadamente: “Utiliza o conhecimento especializado para contribuir para o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência” (EONS, 2013, p.23), promovendo ativamente a aprendizagem dos colegas na prática clínica (EONS, 2013). No que diz respeito às competências estabelecidas pela ESEL (2014) para a obtenção do grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, importa ainda destacar o desenvolvimento de competências que permitem evidenciar a “capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou e ou sustente a prática de enfermagem (...) desenvolvendo projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas existentes” (ESEL, 2014, p.6-7).

4. QUESTÕES ÉTICAS

Ao longo do percurso realizado, a dimensão ética do cuidar esteve sempre presente. Como tal, procurei, em todos os momentos de prestação de cuidados, cumprir as normas deontológicas publicadas pela OE (2015b) no documento “Deontologia profissional de Enfermagem (DPE)” bem como os princípios contidos no “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)” da (OE, 2015a), dando especial enfoque ao “respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo” que são considerados princípios éticos fundamentais no atendimento ao adolescente (OE, 2010a, p.19).

A relação estabelecida com os adolescentes de quem cuidei foi considerada como uma das minhas prioridades de atuação, procurando desenvolvê-la respeitando a sua individualidade e promovendo a sua dignidade. Como refere a OE (2015b, p.98).

o exercício profissional do enfermeiro centra-se na relação interpessoal. E cada pessoa é concebida como um ser social e agente institucional de comportamento, baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se.

Além destas, tive também em consideração o respeito pelos direitos do adolescente e dos seus familiares, em todos os momentos de prestação de cuidados, intervindo junto destes no sentido de lhes proporcionar “o maior nível possível de saúde e bem-estar, no mais curto espaço de tempo e através dos processos e metodologias mais recentes, eficientes e eficazes com o menor sofrimento e a melhor qualidade de vida” (OE, 2015b, p.32). Neste sentido, posso afirmar que agi, com a finalidade de proporcionar aos adolescentes e aos seus familiares, cuidados de saúde de qualidade, procurando desenvolver uma cultura de qualidade na saúde que permitisse atingir a excelência do cuidar, já que, de acordo com a OE (2015b, p.93) este deve ser considerado um objetivo, atendendo a que a qualidade deve ser perspectivada não como uma medida *standard* mas como a “melhor resposta possível com os meios e recursos de que se dispõe”.

Importa ainda acrescentar que exerci sempre uma prática responsável, promovendo o respeito pelos valores, costumes e crenças de cada adolescente, proporcionando-lhes autonomia, tendo em consideração as especificidades inerentes à sua faixa etária e procurando promover o seu envolvimento no processo de

tratamento e na tomada de decisão, considerando, deste modo, o adolescente como “parceiro na luta contra o cancro” (Coates et al., 2003, p.272).

No que diz respeito aos estágios realizados, importa salientar que foi solicitada autorização à direção e às chefias de enfermagem de cada campo de estágio, com os quais foram acordados os respetivos contratos de aprendizagem.

Para a realização dos trabalhos que se encontram em apêndice, nomeadamente, para o apêndice V, VI e X, obtive o consentimento dos adolescentes e dos seus familiares, garantindo sempre o seu anonimato, de forma a respeitar e proteger o seu direito “à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais”, tal como a OE (2015b) recomenda.

Assim, posso considerar que adotei uma conduta responsável e ética, proporcionando o respeito pelos “direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015a, p.101-102).

5. AVALIAÇÃO CRÍTICA

O percurso efetuado para a implementação do projeto de intervenção decorreu de forma linear e de acordo com as minhas expectativas. Saliento, contudo, alguns elementos facilitadores, que constituíram pontos fortes, resultando em contributos valiosos para o sucesso da minha intervenção, bem como pontos fracos que me trouxeram dificuldades acrescidas, nomeadamente no cumprimento dos prazos estabelecidos para a implementação do projeto.

5.1. Pontos fortes do caminho percorrido para a implementação do projeto de intervenção

Ao longo deste percurso foram vários os elementos facilitadores que contribuíram para que o desenvolvimento deste projeto ocorresse e que a sua implementação se concretizasse. Destes, destacam-se:

✓ Realização de estágios em diferentes contextos, que me permitiram conhecer outras realidades e outras metodologias de trabalho, possibilitando-me o reconhecimento de diferentes estratégias e intervenções, utilizadas pelos enfermeiros no contexto da prática de cuidados ao adolescente hospitalizado, algumas das quais passíveis de serem adotadas e transportadas para o local de implementação do projeto de intervenção;

✓ Integração das aprendizagens adquiridas durante o percurso teórico, através das experiências vivenciadas no decorrer da prática de cuidados, nomeadamente através da partilha de conhecimentos e experiências com os enfermeiros peritos e através da interação com os adolescentes e seus familiares, reconhecendo assim que “as enfermeiras na prática desenvolvem tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral, pois aprendem com os seus pacientes e as suas famílias” (Benner, 2001, p.13);

✓ Disponibilidade das equipas de enfermagem dos campos de estágio A e B, que me acolheram nos serviços de forma exemplar e que mantiveram sempre preocupação para que o meu percurso de aprendizagem se tornasse tão enriquecedor quanto possível;

✓ Recetividade e interesse demonstrados pela equipa de enfermagem do campo de estágio C face à implementação do projeto, salientando, em particular, o seu

envolvimento como um aspeto fundamental para assegurar a continuidade deste projeto, garantindo a qualidade dos cuidados;

✓ Possibilidade de disseminar os resultados, designadamente o guião de entrevista, o GOBP e o algoritmo sobre o trabalho emocional com adolescentes através da realização de sessões de formação aos meus pares e através da sua divulgação pública com a elaboração de um artigo científico e com a realização de comunicações orais no seio da comunidade científica, no futuro próximo;

✓ Possibilidade de inclusão do guião de entrevista no sistema informático (S-clínico) de modo a garantir a uniformização das práticas de enfermagem neste âmbito;

✓ A utilização do referencial teórico de Afaf Meleis, que trouxe contributos importantes para direccionar a intervenção dos enfermeiros para a promoção de processos transicionais saudáveis nos adolescentes, com a sensibilização da importância de implementar intervenções terapêuticas de enfermagem capazes de restabelecer a sua sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000);

5.2. Pontos fracos do caminho percorrido para a implementação do projeto de intervenção

Considero que a presença de elementos dificultadores é parte integrante de qualquer processo de mudança. Como tal, no decorrer deste percurso, confrontei-me com algumas dificuldades e constrangimentos que considero pertinente evidenciar. Destas, salientam-se:

✓ Períodos de internamento reduzidos dos adolescentes, no campo de estágio A, facto que representou, para mim, uma dificuldade na medida em que exigiu uma adequada rentabilização do tempo, implicando a mobilização de conhecimentos e a sua transposição para o contexto da prática de cuidados, num local que me era desconhecido e ao qual me estava ainda a adaptar. Esta situação trouxe-me, nalgumas situações particulares, dificuldades ao nível da continuidade dos cuidados, que procurei colmatar articulando, adequadamente, os cuidados com os enfermeiros da equipa, procurando garantir, deste modo, a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes e seus familiares, neste contexto;

✓ Impossibilidade de aplicar, no contexto da prática de cuidados, o algoritmo sobre o trabalho emocional com adolescentes desenvolvido por Caeiro (2013), facto

que implicou a realização de atividades complementares, nomeadamente a realização de uma análise reflexiva alusiva ao mesmo, como meio para colmatar esta dificuldade e conseguir, do mesmo modo, conhecer o algoritmo e compreender a sua aplicabilidade prática;

✓ Dependendo de outros para a inclusão do guião de entrevista na plataforma informática (S-Clínico), perspectiva que visa assegurar a uniformização dos cuidados de enfermagem;

Com sentimento de ambiguidade, saliento o facto de, no decorrer deste percurso, ter surgido a oportunidade de iniciar funções noutra função, pois se por um lado constituiu uma dificuldade acrescida, por outro lado representou uma mais-valia, pois o interesse e receptividade desta equipa face à temática abordada foi evidente e, por esse motivo, a implementação deste projeto será efetuada, não apenas num serviço, mas sim em dois serviços distintos. Como tal, considero que o meu esforço e dedicação para a implementação do projeto foram recompensados, na medida em que promovi a sensibilização de ambas as equipas para a problemática do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, conseguindo deste modo ampliar a minha área de intervenção, contribuindo duplamente para a melhoria da qualidade dos cuidados.

6. CONTRIBUTOS DO PROJETO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

A necessidade de implementação de sistemas de qualidade em saúde tem sido considerada como uma ação prioritária, quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade (OE, 2001). Neste sentido, também a DGS (2015) evidencia a necessidade de desenvolvimento de estratégias que garantam a qualidade em saúde, considerando esta medida como um dos quatro eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020.

A OE (2001, p.5) reconhece que a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem representa um enorme desafio, “quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros”. Deste modo, considera-se que os cuidados de enfermagem devem ter em atenção a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa, procurando prevenir a doença e promover os processos de readaptação, além de garantir a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procurando promover a adaptação funcional aos défices e a múltiplos fatores, através de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2001).

Segundo a DGS (2015, p.15) “obter-se-ão mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços e se existir melhor relação entre os recursos existentes e os resultados obtidos”. Assim, a tomada de consciência da multiplicidade de necessidades da pessoa poderá ser o percursor do desenvolvimento e da adequação das respostas dos serviços de saúde.

No âmbito da saúde do adolescente, a DGS (2006) aponta a necessidade de promover o desenvolvimento da investigação nesta área, considerando esta medida como uma estratégia prioritária para garantir a qualidade dos cuidados. Este facto evidencia a necessidade de melhorar as respostas dadas a este grupo etário, nomeadamente através da “melhoria da preparação das equipas profissionais” (DGS, 2006, p.9). Partindo desta premissa procurei, no decorrer deste percurso, desenvolver os meus conhecimentos acerca da temática do adolescente com doença hemato-

oncológica hospitalizado bem como dotar a equipa de enfermagem de conhecimento específico sobre esta temática, proporcionando, assim, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a esta população. Para tal, procurei incutir na equipa a necessidade de uma prestação de cuidados sustentada nos processos transicionais que o adolescente vivencia, proporcionando-lhe a aquisição de novos conhecimentos (mestria) como meio para garantir a sua autonomia e o restabelecimento da sua sensação de bem-estar (Meleis et al.,2000).

Para uma melhor organização dos cuidados de enfermagem, realizei formação à equipa e elaborei um instrumento de colheita de dados adaptado ao adolescente além de um GOBP, sendo este último reconhecido pela OE (2001, p.12), como “uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”. Considerei também importante fomentar práticas baseadas na evidência científica de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes e seus familiares, através do estabelecimento de parcerias com o doente e família, envolvendo-os no processo de tomada de decisão e promovendo a otimização das suas capacidades para a concretização de processos transicionais individuais saudáveis (Meleis, 2012).

Com base na informação supracitada, pode considerar-se este projeto de intervenção como um projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, na medida em que se enquadra nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

7. IMPLICAÇÕES FUTURAS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Reconhecendo que compete ao enfermeiro “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...) garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados” (OE, 2015a, p.86), pretendo dar seguimento a este projeto através da sua divulgação e da atualização contínua dos seus conteúdos com base na melhor evidência científica disponível. Para tal, pretendo efetuar a divulgação dos resultados obtidos através da elaboração de um artigo científico que possa ser difundido junto dos enfermeiros e por meio de comunicações orais divulgadas no seio da comunidade científica.

Além disso, ambiciono ampliar a minha área de intervenção inicial, estendendo o meu foco de atuação para o serviço onde atualmente desempenho funções e para o qual fui transferida após o termino do estágio, intervindo no sentido de proporcionar o desenvolvimento de conhecimentos e competências dos enfermeiros deste serviço, em prol da maximização da qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes e seus familiares. Para tal, pretendo realizar a divulgação do GOBP elaborado disponibilizando-o, em suporte de papel, e realizando formação aos enfermeiros do serviço. No que diz respeito ao contexto inicial (serviço de hematologia), disponibilizo-me para assessorar os colegas, de modo a garantir a continuidade das medidas implementadas.

Para uniformizar as práticas de enfermagem junto dos adolescentes hospitalizados, planeio propor à direção de enfermagem a inclusão do guião de entrevista por mim elaborado (apêndice XVI) no sistema informático (S-Clínico) para que este possa ser utilizado por todos os enfermeiros deste hospital. Pretendo também apresentar e divulgar este instrumento junto dos enfermeiros do serviço de pediatria garantindo assim a todos os adolescentes admitidos nesta instituição, equidade no acesso aos cuidados de saúde, através da prestação de cuidados de qualidade no local apropriado e no momento adequado (DGS, 2012), facilitando e uniformizando a intervenção dos enfermeiros no processo de acolhimento do adolescente.

Desta forma, posso afirmar que, apesar da concretização deste relatório representar o culminar desta etapa, representa, em simultâneo, “um ponto de partida” para o desenvolvimento de novos projetos com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados e ao desenvolvimento da profissão.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório de estágio representa o culminar de um longo percurso, que considero ter sido exigente e rigoroso, embora, em simultâneo, tenha sido gratificante e recompensador, pelas aprendizagens adquiridas, pelas competências desenvolvidas e pelos objetivos alcançados, permitindo-me atualmente ser uma enfermeira

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

Importa revelar que, durante este percurso, fui confrontada com algumas dificuldades, que considero inerentes a qualquer processo de mudança, e que consegui ultrapassar, fazendo-me valer da minha capacidade de resiliência, o que me permitiu alcançar todos os objetivos delineados inicialmente, possibilitando-me culminar esta etapa com sucesso.

Saliento que no decorrer deste percurso, a minha intervenção foi desenvolvida no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da prestação de cuidados personalizados, capazes de dar resposta às necessidades dos adolescentes e dos seus familiares e, também através da partilha de conhecimentos com as equipas de enfermagem, promovendo a sua sensibilização para esta problemática. Para tal, mantive, ao longo de todo o percurso, uma prática reflexiva e crítica, alicerçando-a nos princípios norteadores da prestação de cuidados de enfermagem vigentes na DPE e no REPE e sustentando-a na teoria de médio alcance de Afaf Meleis, cujos contributos foram essenciais para nortear as intervenções realizadas e sustentar a tomada de decisão. Com base nos seus pressupostos, considera-se que o enfermeiro deve intervir como agente facilitador dos processos de transição (Meleis & Trangenstein, 1994), através da implementação de intervenções terapêuticas de enfermagem que propiciem o restabelecimento da sensação de bem-estar (Meleis et al.,2000), facto que foi tido em consideração ao longo de todo este percurso.

As aprendizagens obtidas no decorrer deste percurso, decorrentes das experiências vivenciadas e das atividades desenvolvidas, possibilitaram o meu

desenvolvimento pessoal e profissional, tornando-me um elemento de referência no seio da equipa de enfermagem, facto que facilitou o envolvimento e a sensibilização da equipa para a problemática da hospitalização do adolescente com doença hemato-oncológica, facilitando a minha intervenção enquanto elemento dinamizador da aprendizagem, através “da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança” (OE, 2010b, p.2).

Deste modo, posso afirmar que consegui alcançar o desenvolvimento de conhecimentos e de competências ao nível do saber, do saber-ser, do saber-fazer e do saber-estar, facto que se revelou determinante para otimizar a minha atuação junto daqueles de quem cuido, capacitando-me para “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (OE, 2015b, p.91) e contribuindo, assim, para o desenvolvimento de uma cultura de qualidade na saúde que me possibilitará, progressivamente, alcançar a excelência do cuidar (OE, 2015b).

No desenvolvimento do presente percurso formativo, supor-tei-me no modelo de aquisição de competências aplicado à enfermagem e definido por Benner (2001). Com base nos seus pressupostos, considero que me encontro cada vez mais próxima de atingir o patamar de enfermeira perita, que segundo Benner (2001, p.58) “compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e aprende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções de diagnósticos estéreis”, agindo “a partir de uma compreensão profunda da situação global”. Contudo, considero que, neste momento, me integro no nível de proficiente, pois perceciono as situações de cuidados como um todo, compreendendo os problemas e dirigindo a minha atuação aos mesmos. Acredito que, brevemente, conseguirei alcançar o nível de enfermeira perita, através dos contributos decorrentes das experiências da minha prática profissional, já que “as enfermeiras na prática desenvolvem tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral, pois aprendem com os seus pacientes e as suas famílias” (Benner, 2001, p.13).

Em termos práticos, a implementação deste projeto traduziu-se na elaboração e divulgação de um Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem intitulado: “Cuidar do Adolescente com doença Hemato-oncológica hospitalizado: Intervenções de enfermagem no processo de transição”, no qual constam linhas orientadoras para uma prática baseada na evidência além de um guião de entrevista ao adolescente que visa ser aplicado no momento da sua admissão ao serviço de internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. & Azevedo, A. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes. Como facilitar a transição *Adolescência & Saúde*. 9 (3), 21-28. Acedido a 10/11/2016. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327
- Almeida, I., Rodrigues, B. & Simões, S. (2007). Hospitalização do adolescente. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*. 7(1), 33-39. Acedido a: 5/6/2016. Disponível em: http://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol7-n1/v.7_n.1-art4.refl-hospitalizacao-do-adolescente.pdf
- Alto Comissariado para a Saúde (2011). *Plano Nacional de saúde 2011 – 2016. Objetivos. IV.2. Objetivos para o sistema de saúde. Promover um contexto favorável à saúde, ao longo do ciclo de vida*. Acedido a 20/5/2016. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf
- Al-Yateem, N., Issa, W. & Rossiter, R. (2015). Childhood stress in healthcare settings. Awareness and suggested interventions. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 38(2), 136-153. DOI: 10.3109/01460862.2015.1035465.
- Armond, L. & Boemer, M. (2004). Convivendo com a hospitalização do filho adolescente. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 12(6), 924-932. Acedido a 20/2/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a12.pdf>
- Barros, S. (2008). *O contributo do enfermeiro no processo adaptativo do adolescente a uma doença oncológica*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Caeiro, M. (2013). *Um olhar sobre as emoções no cuidar em enfermagem. O trabalho emocional com o adolescente hospitalizado*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Caeiro, M. (2014). O trabalho emocional com adolescentes em situação de doença e hospitalização. Proposta de um algoritmo de intervenção em Enfermagem. *Revista Nursing*. Acedido a 3/6/2016. Disponível em: <http://www.nursing.pt/o->

[trabalho-emocional-com-adolescentes-em-situacao-de-doenca-e-hospitalizacao-proposta-de-um-algoritmo-de-intervencao-em-enfermagem-2/](#)

Câmara dos Deputados (2012). *Estatuto da criança e do adolescente*. Lei nº.8.069, de 13 de Julho de 1990 e legislação correlata.(9º). Brasília: Edições Câmara. Acedido a 6/6/2016. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf

Cardeira, A. (2014). *A informação na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença hemato-oncológica, sob regime de quimioterapia de alta dose*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Coates, V., Benzos, G. & Françoso, L. (2003). *Medicina do Adolescente*. (2ª ed.). São Paulo: Sarvier.

Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria. *Diário da República 2ª série*, Nº 112 (11-06-2010). 32123.

Diogo, P. & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada, sem acompanhante. O trabalho emocional em Enfermagem. In Sequeira, C.; Carvalho, J. C. & Sá, L. (Eds), *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental*. 148-159. Porto: ASPESM.

Diogo, P. (2012) - *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.

Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa nacional de saúde dos jovens 2006/2010*. Acedido a 3/5/2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-dos-jovens-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2012) *Plano nacional de saúde 2012-2016. Iniciativas desenvolvidas pelas instituições do ministério da saúde e sua relação com o plano nacional de saúde*. Acedido a 3/9/2017. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdqgbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/04/Iniciativas_implementadas_instituicoes_MS.pdf

Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde 2012-2016. Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a: 10/10/2016.

Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2016). *Doenças oncológicas em números 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a:12/6/2016. Disponível em: http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Doencas_Oncologicas.pdf

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 5/10/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-880762-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.

Direção-Geral do Ensino Superior (2013). *Quadro Nacional de Qualificações. Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Acedido a 3/10/2017. Disponível em: https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

Eisenstein, E. (2005). Adolescência. Definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*. 2(2), 6-7. Acedido a 1/10/2017. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167
enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.

European Oncology Nursing Society (2005). *EONS Post-basic Curriculum in Cancer Nursing, 2005*. Bruxelas: European Oncology Nursing Society.

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer nursing curriculum 2013* (4ªed.). Bruxelas: European Oncology Nursing Society.

European Oncology Nursing Society (2015). *Cancer in children and young adults*. Acedido a: 2/7/2016. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/magazine/2015Winter/EONSMagazine2015Winter.pdf>

Farias, D., Gabatz, R., Terra, A., Couto, G., Milbrath, V. & Schwartz, E. (2017). Hospitalization in the child's perspective. An integrative review. *Journal of Nursing UFPE*. 11(2), 703-711. Acedido a 10/9/2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=2290076a-309f-4475-b75d-0c9f97329e47%40sessionmgr4010>

- Figueiredo, A., Almeida, C., Santos, M. & Carneiro, C. (2015). Vivência dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (6), 105-114. Acedido a 10/10/2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn6/serIVn6a12.pdf>
- Galhanas, C. (1997). Da qualificação à produção de competências em enfermagem. A importância da formação em serviço. *Pensar Enfermagem*. 1 (0), 5-9.
- Galvão, L. (2011). *A adolescência na transição para enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Gameiro, M. (2016). *Processos e experiências de transição adaptativa dos adolescentes com doença onco-hematológica durante o tratamento*. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Guzman, C. & Cano, M. (2000). O adolescente e a hospitalização. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 2(2). Acedido a 3/6/2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/690/758>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9º ed.), Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Carta da criança hospitalizada*. (2ed). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- International Agency for Research on Cancer (2017). *Latest data show a global increase of 13% in childhood cancer incidence over two decades*. Acedido a 10/10/2017. Disponível em: https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2017/pdfs/pr251_E.pdf
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (s.d.). *Cancer site by site*. Acedido em: 8/6/2016. Disponível em: https://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008_7.pdf
- Lima, K. & Bernardino, E. (2014). O cuidado de enfermagem em unidade de transplante de células-tronco hematopoiéticas. *Texto Contexto Enfermagem*. 23 (4), 845-853. Acedido a: 20/11/2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00845.pdf
- Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Revista Cogitare Enfermagem*. 10(2). 68-75. Acedido a: 8/6/2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5014/3790>

- Machado, M. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Marcelo, C. (2009). Desenvolvimento profissional docente. Passado e futuro. *Revista de Ciências da Educação*. 8, 7-22. Acedido a 20/10/2017. Disponível em: http://www.unitau.br/files/arquivos/category_1/MARCELO_Desenvolvimento_Profissional_Docente_passado_e_futuro_1386180263.pdf.
- Martins, J. (2008). *O direito do doente à informação. Contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde*. Dissertação de doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions. Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6), 255-259. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0).
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing. Development & progress. (5th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a 10/2/2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=cf18f3b6-6429-4ca3-9f61-aecebb2f5a62%40sessionmgr4008>
- Ministério da Saúde (2007). *Plano nacional de prevenção e controlo das doenças oncológicas 2007/2010 (PNPCDO). Orientações programáticas*. Acedido a: 5/6/2016. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdoonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46->
- Moreira, C., Castanheira, I. & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico. O que valorizam os enfermeiros?. *Revista Investigação em Enfermagem*. 8, 27-36.
- Muffly, L., Hlubocky, F., Khan, N., Wroblewski, K., Breitenbach, K., Gomez, J. ... Daugherty, C. (2016). Psychological morbidities in adolescent and young adult blood cancer patients during curative-intent therapy and early survivorship. *Wiley Online Library*. 122(6), 954-961. DOI: 10.1002/cncr.29868.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Acedido a 3/5/2017. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Acedido a 15/01/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional. Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Acedido a 15/5/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido a 8/06/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos enfermeiros (2010c). *Modelo de desenvolvimento profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Acedido a 3/1/2018. Disponível em: <https://slidex.tips/download/caderno-tematico-modelo-de-desenvolvimento-profissional>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa*. Acedido a 20/5/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE_SituacaoCronicaPaliativa.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Acedido a 20/1/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia profissional de enfermagem*. Acedido a 1/2/2017. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf .

- Perrenoud, P. (1995). *Ofício de aluno e sentido do trabalho escolar*. Porto: Porto Editora.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto. Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15, 1-37. Acedido a 3/9/2017. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sá, E. (2010). A contribuição da enfermagem para aliviar o sofrimento do doente hemato-oncológico. Revisão da literatura. *Pensar em Enfermagem*. 14 (2), 55-69. Acedido a 5/5/2016. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_55-69.pdf
- Sadeghi, N., Abdeyazdan, Z., Motaghi, M., Rad, M. & Torkan, B. (2012). Satisfaction levels about hospital wards`environment among adolescents hospitalized in adult ward vs. Pediatric ones. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 17(6), 430- 433. Acedido a 6/9/2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=f6f65b2c-be90-46c3-abb2-40d8ed75d856%40sessionmgr101>
- Sawyer, S., Proimos, J. & Towns, S. (2010). Adolescent-friendly health services. What have children`s hospitals got to do with it?. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 46 (5), 214-216. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2010.01729.x.
- Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica & Jolanta Kwasniewska`s Foundation (2009). Padrões europeus de cuidados às crianças com cancro. (Gil-da-Costa, M., Trad.). Acedido a 22/5/2016. Disponível em: https://www.siope.eu/wp-content/uploads/2013/09/European_Standards_Portuguese.pdf
- Teenage Cancer Trust (2014). *A blueprint of care for teenagers and young adults with cancer*. Acedido a 6/10/2016. Disponível em: <https://www.teenagecancertrust.org/sites/default/files/Blueprint-of-Care.pdf>
- Woodgate, R. (2006). The importance of being there. Perspectives of social support by adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Cancer*. 23(3), 122-134. DOI: 10.1177/1043454206287396.

World Health Organization (WHO). (s.d.). *Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade*. Acedido a 5/10/2017. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page2/age-not-the-whole-story.html>

Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 7(3), 25-32. Acedido a: 3/5/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

ANEXOS

Anexo I - Registo da avaliação do estágio com relatório



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Durante a realização do estágio a estudante, mostrou uma postura responsável e de interesse perante a problemática da doença aguda/crónica no adolescente/família. Mostrou-se disponível para o que lhe era solicitado, bem como, iniciativa perante as necessidades identificadas do adolescente/família. Revelou uma boa atitude relacional e comunicacional com o adolescente/família internado. Prestou cuidados de enfermagem, e elaborou colheita de dados (avaliação inicial), registos de enfermagem e passagem de turno de forma adequada e bastante satisfatória. Apesar do curto período de estágio, demonstrou uma boa relação com os diversos elementos da equipa de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistente técnica). Pontual e assídua. Avalia a prática clínica desenvolvida de Muito Bom.

Data: 13/10/2016 Orientador: _____
Estudante (tomei conhecimento) Diana Guerreiro

Orientador: _____
Docente: _____



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Diana mostrou-se bastante interessada e dinâmica.
O tema do apoio emocional do adolescente tornou-se interessante e pertinente para o serviço. Soubes aproveitar as oportunidades de aprendizagem junto dos adolescentes.
Integrou-se com facilidade na equipa e incorporou os seus conhecimentos na prestação de cuidados e reuniões formais e informais dos profissionais de enfermagem.

Considero que o desempenho da Diana, neste local de estágio, se pode avaliar em muito bom.

Data: _____

Orientador: _____

Estudante (tomei conhecimento)

Diana Guerra

Orientador: _____

Docente: _____

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Enf^a Diana Guerra, mostrou muito envolvimento no projeto que se propôs desenvolver, com vista da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, na área do cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica. Escolheu campos de estágio pertinentes à temática. Avalio o seu desempenho como Muito Bom.

Data: _____

Orientador: _____

Estudante (tomei conhecimento)

Diana Guerra

Orientador: _____

Docente: _____

APÊNDICES

Apêndice I – Revisão *scoping*

Cuidar do Adolescente com Doença Hemato-Oncológica Hospitalizado: Intervenções de Enfermagem no Processo de Transição

Diana Filipa Rodrigues Guerra, nº 6771

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SUMÁRIO:

A doença oncológica é considerada uma das doenças mais temidas pela população, o que causa um profundo impacto nos doentes, familiares e na sociedade em geral (Ministério da Saúde, 2007). Na adolescência, esta realidade é agravada pela necessidade de gerir uma doença oncológica e suas repercussões em simultâneo com as alterações físicas, psicológicas, sociais e cognitivas inerentes a esta faixa etária (*European Oncology Nursing Society, EONS, 2015*).

Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para a complexidade do processo de cuidar destes adolescentes, identificando as suas reais necessidades e proporcionando-lhes cuidados de saúde e serviços de suporte adequados. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel determinante, já que é elemento da equipa que mais tempo passa junto dos doentes, o que lhe confere um papel inigualável de proximidade, confiança e ajuda (Martins, 2008). Por este motivo, torna-se pertinente clarificar as intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, através da realização da presente revisão *scoping*. Com esta, pretende-se reunir a melhor evidência científica no sentido de desenvolver linhas orientadoras para uma prática baseada na evidência.

Objetivo

Reunir a melhor evidência científica disponível de modo a conseguir identificar intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado.

Palavras-Chave

Adolescente; Intervenções de Enfermagem; Hospitalização; Doença Hemato-oncológica e Transição.

BACKGROUND

No período da adolescência, as doenças hemato-oncológicas, em particular a leucemia e o linfoma, apresentam uma taxa de incidência superior face às restantes doenças oncológicas (*International Agency for Research on cancer, IARC, s.d.*). O seu tratamento requer regimes de quimioterapia intensiva que podem durar vários meses ou mesmo anos e que, por vezes incluem tratamentos de radioterapia e/ou transplante de progenitores hematopoiéticos (Muffly et al., 2016), implicando a hospitalização do adolescente por longos períodos.

A presença de uma doença hemato-oncológica durante esta fase da vida representa um momento particularmente crítico, já que implica que os adolescentes vivenciem, em simultâneo, uma doença grave, a necessidade de hospitalização e a vivência da adolescência, repleta de mudanças físicas, psicológicas, sociais e cognitivas (*Teenage Cancer Trust, TCT, 2014a*). Por este motivo, Maas e Zagonel (2005) consideram que este facto deve ser considerado, pelos enfermeiros, como um dos focos da sua atenção, exigindo destes além da técnica, o conhecimento sobre transição, estratégias de comunicação e sensibilidade para perceber a verdadeira essência dessa vivência pelo adolescente. Neste sentido, tem-se dado ênfase à necessidade de prestação de cuidados mais eficientes, de maior facilidade de acesso aos cuidados e de melhores capacidades dos profissionais de saúde em colmatar as necessidades dos adolescentes, reconhecendo que estes têm necessidades distintas das crianças e dos adultos (EONS, 2015).

Gameiro (2012) revela que estes adolescentes podem experienciar um conjunto de sintomas potencialmente desencadeadores de sofrimento, uma vez que o tratamento do cancro impõe um aumento da dependência dos pais e o afastamento dos pares num período da vida em que a aceitação pelos pares, a auto-imagem e a conquista da independência são questões essenciais. Paralelamente, Muffly et al. (2016), revelam que mais de 1/3 dos adolescentes e jovens adultos com doença hemato-oncológica experienciam sentimentos de angústia significativos, manifestados por sintomas de ansiedade, depressão e *stress* pós-traumático.

O reconhecimento deste impacto na qualidade de vida do adolescente deve ser reconhecido pelos profissionais de saúde que lhes prestam cuidados, exigindo que os mesmos tenham conhecimentos e capacidades para atuarem no sentido de reduzir o impacto da doença para o adolescente, apoiando-os e promovendo o seu

desenvolvimento normal no decorrer da vivência da doença oncológica (TCT, 2014a). Para tal, considera-se premente “aprender a informar, ouvir queixas, opiniões e considerar o adolescente como parceiro na luta contra o cancro” (Coates, Benzos & Façoso, 2003, p.272).

De acordo com TCT (2014a), todos os profissionais de saúde que cuidam de adolescentes e jovens adultos com cancro devem ter conhecimento sobre as etapas de desenvolvimento inerentes a esta faixa etária, incluindo o desenvolvimento social, emocional, psicológico e físico, avaliando as suas necessidades individuais de acordo com o estadio de desenvolvimento, de modo a apoiá-los da maneira mais apropriada (TCT, 2014a). Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) acrescenta que os enfermeiros devem estar cientes de que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, salientando que o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se, assim, os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (OE, 2001).

Questão de Pesquisa

Quais as intervenções de enfermagem que podem ser adotadas pela equipa para facilitar o processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado?

A questão de pesquisa foi elaborada de acordo com a mnemónica PCC, cuja sigla representa: **P**- População, **C**- Conceito e **C**- Contexto (**Quadro 1**), de acordo com as orientações do The Joanna Briggs Institute (JBI, 2015), que sugere a utilização desta mnemónica com o intuito de tornar a questão mais clara e significativa.

Quadro 1. Aplicação da mnemónica PCC para a elaboração da questão de pesquisa:

<u>P (População)</u>	Adolescente com doença hemato-oncológica;
<u>C (Conceito)</u>	Intervenções de Enfermagem facilitadoras do processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado
<u>C (Contexto)</u>	Hospital

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão *scoping* que, de acordo com Armstrong, Hall, Doyle e Waters (2011), consiste num processo de mapear a literatura ou evidência existente, fornecendo informação ampla e aprofundada sobre toda a literatura (Arksey & O'Malley, 2005). Esta revisão *scoping* foi elaborada de acordo com as orientações do JBI (2015).

Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi efetuada entre Março de 2016 e Fevereiro de 2017, cumprindo as três etapas propostas pelo JBI (2015). Assim, numa primeira fase, a pesquisa foi efetuada nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text. Nesta pesquisa, foi efetuada uma análise das palavras contidas no título e no resumo e dos termos indexados para descrever os artigos. Posteriormente, numa segunda fase, foram utilizadas todas as palavras-chave bem como os termos indexados e por último foi efetuada nova pesquisa nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text.

Devido à escassez de artigos relacionados com a temática em estudo, houve necessidade de ampliar a área de pesquisa e incluir também estudos de literatura cinzenta, obtidos a partir de pesquisa em sites de organizações oficiais da disciplina de enfermagem, nomeadamente: TCT, EONS e *American Cancer Society*, cujos contributos permitiram identificar estratégias específicas que devem ser utilizadas pelos enfermeiros no sentido de facilitar o processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado.

Importa ressaltar que as palavras-chave utilizadas para efetuar a pesquisa foram sujeitas a indexação de acordo com o dicionário CINAHL *Headings* para a base de dados CINAHL *Plus with Full Text* e Mesh para a base de dados MEDLINE *with Full Text*. Para efetuar as combinações entre os diferentes descritores, em ambas as bases de dados, foram utilizados os operadores booleanos “OR” e “AND” e foi utilizada a ferramenta “*” para potenciar a pesquisa uma vez que a sua utilização permite a criação de novas variações da mesma palavra.

Com o intuito de selecionar, de forma adequada, os artigos obtidos para poder dar resposta à questão orientadora e aos objetivos de estudo, foram definidos critérios de inclusão e exclusão que apresento no **Quadro 2**.

Quadro 2: Identificação dos critérios de Inclusão e exclusão

	CrITÉRIOS de InclusÃO	CrITÉRIOS de ExclusÃO
P	Estudos que incluam todos os adolescentes, com diagnóstico de doença hemato-oncológica ou oncológica;	Estudos que incluam apenas crianças (<10anos) ou estudos que incluam apenas adultos (>19anos), excluindo adolescentes; Estudos que incluam outras patologias, excluindo a doença oncológica.
C	Estudos que identifiquem intervenções de enfermagem facilitadoras da transição do adolescente com doença hemato-oncológica ou oncológica	Estudos que se centram nas intervenções de outros profissionais de saúde (médicos, psicólogos, entre outros), quando estas não possam ser aplicadas por enfermeiros e, Estudos que façam referência a intervenções direcionadas exclusivamente a adultos ou crianças.
C	Estudos que incluam o contexto hospitalar	Em contexto extra-hospitalar.

Foram estabelecidos como limitadores de pesquisa:

- ✓ Artigos publicados entre 2010 e 2017;
- ✓ Artigos escritos em Inglês;
- ✓ Artigos disponíveis em texto completo (*full text*).

RESULTADOS

Seleção dos Resultados

Através da pesquisa efetuada nas bases de dados CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*, foram obtidos 249 e 245 artigos respectivamente, representando um total de 494 artigos. Destes, 51 encontravam-se repetidos, pelo que foram removidos, restando 443 artigos. Após a leitura do título e do resumo foram

excluídos 421 artigos por não cumprirem os critérios definidos, tendo ficado 22 artigos para leitura do texto integral. Neste seguimento, foram excluídos 14 (5 por não possuírem o artigo com texto completo e 9 por não corresponderem aos critérios de inclusão estabelecidos), restando 8 artigos para a realização desta revisão *scoping*, cuja análise detalhada é apresentada no **Quadro 3**.

Caracterização e descrição dos resultados

Após a identificação dos estudos a incluir, estes foram submetidos a uma avaliação de qualidade, classificando-os segundo os níveis de evidência de Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh e White (2005), que são definidos do seguinte modo:

Nível I - Estudos experimentais/estudos randomizados controlados ou meta análises de estudos randomizados controlados;

Nível II - Estudos quasi-experimentais;

Nível III - Estudos não experimentais, estudos qualitativos ou meta-sínteses;

Nível IV - Opinião de peritos, baseados em evidência científica ou painéis de consenso de peritos (revisões sistemáticas da literatura, *guidelines* de práticas clínicas);

Nível V - Opinião de peritos não baseados em evidência científica (estudos de caso; revisões da literatura; experiencias organizativas, como por exemplo, programas de melhoria da qualidade ou dados financeiros; conhecimento clínico ou experiência pessoal).

No **Quadro 3** é apresentada a análise dos 8 estudos incluídos, revelando os objetivos, o desenho do estudo, fenómeno de interesse e os principais resultados/conclusões, bem como a apresentação do nível de evidência correspondente a cada estudo.

Quadro 3: Análise dos artigos selecionados

Artigo 1. Hospitalization in the child's perspective: an integrative review

Autor (es)	Farias, D., Gabatz, R., Terra, A., Couto, G., Milbrath, V. & Schwartz, E.
Ano	2017
Título do Estudo / Artigo	Hospitalization in the child's perspective: an integrative review
Publicação	Journal of Nursing
Objetivos do Estudo / Questão de Investigação	Analisar as publicações científica sobre a hospitalização na perspectiva da criança.
Desenho do estudo e metodologia	Revisão Integrativa da literatura
Nível de Evidência	Nível IV
Participantes	Crianças até aos 12 anos de idade
Fenómeno de Interesse	Perspetiva da criança acerca da hospitalização

Resultados/ Conclusões	<p>Os resultados obtidos neste estudo foram agrupados definindo quatro categorias distintas: a perspectiva da criança acerca da doença e hospitalização; estratégias de entretenimento durante a hospitalização da criança; a família como rede de apoio/suporte para a criança e cuidar da criança durante a hospitalização;</p> <p>Os resultados obtidos, permitem concluir que:</p> <ul style="list-style-type: none">- Os sentimentos negativos que surgem na sequência do processo de hospitalização da criança, nomeadamente ansiedade e medo, podem ser minimizados pelas equipas multidisciplinares através da prestação de cuidados humanizados, que deve incluir: a realização de um acolhimento adequado (tendo em consideração as necessidades da criança e da família), a utilização de estratégias de comunicação adequadas (utilizando linguagem verbal e não verbal) e ser calmo e eficiente, considerando as especificidades de todos os envolvidos na interação;- A preocupação dos profissionais de saúde na humanização dos cuidados à criança tem-se tornado mais evidente, no entanto verificam-se ainda várias barreiras à adoção dessas estratégias, dependendo do perfil do profissional que cuida da criança.
------------------------	--

Artigo 2. Psychological morbidities in adolescent and young adult blood cancer patients during curative-intent therapy and early survivorship

Autor (es)	Muffly, L., Hlubocky, F., Khan, N., Wroblewski, K., Breitenbach, K., Gomez, J. ... Daugherty, C.
Ano	2016
Título do Estudo / Artigo	Psychological morbidities in adolescent and young adult blood cancer patients during curative-intent therapy and early survivorship
Publicação	<i>American Cancer Society</i>
Objetivos do Estudo / Questão de Investigação	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever a prevalência de morbidades psicológicas em adolescentes e jovens adultos com doença hemato-oncológica durante a realização de tratamentos com intuito curativo e no período de sobrevivência inicial (2 anos); - Examinar a percepção dos prestadores de cuidados acerca das morbidades psicológicas nesta população.
Desenho do estudo e metodologia	Estudo piloto
Nível de Evidência	Nível II
Participantes	Adolescentes e jovens adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos com doença hemato-oncológica (leucemia aguda, linfoma não hodgkin e linfoma de hodgkin) que estão sob tratamento com intuito curativo ou que estão em remissão há menos de dois anos.

Fenómeno de Interesse	Morbilidades psicológicas em adolescentes e jovens adultos com doença hemato-oncológica sob tratamento com intuito curativo ou no período de sobrevivência inicial (2 anos).
Resultados/Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - As morbilidades psicológicas vivenciadas pelos adolescentes e jovens adultos (ansiedade, depressão e <i>stress</i> pós-traumático) podem não ser identificadas adequadamente pelos prestadores de cuidados, o que faz emergir a necessidade de uma maior consciencialização dos prestadores de cuidados da área de oncologia e hematologia; - Os adolescentes e jovens adultos devem ser incentivados a falar com os profissionais de saúde para obter apoio psicológico adequado à idade, procurando atenuar este sofrimento e dar resposta a outras necessidades psicológicas quer durante o período de tratamento quer durante o período de sobrevivência inicial.

Artigo 3. Empowering Our Youth: Initiating Sexual Health Education on the Inpatient Unit for the Chronically ill Pediatric Patient

Autor (es)	Bakke, A.
Ano	2016
Título do Estudo / Artigo	Empowering Our Youth: Initiating Sexual Health Education on the Inpatient Unit for the Chronically ill Pediatric Patient

Publicação	Urologic Nursing
Objetivos do Estudo / Questão de Investigação	Evidenciar a necessidade de desenvolver pesquisas sobre esta temática, bem como de capacitar os profissionais de saúde para a realização de educação sobre saúde sexual aos adolescentes com doença crónica e para o desenvolvimento de diretrizes baseadas na evidência (adaptadas para pacientes hospitalizados e em regime de ambulatório).
Desenho do estudo e metodologia	Revisão da Literatura
Nível de Evidência	Nível V
Participantes	Pré-adolescentes e adolescentes com doença crónica
Fenómeno de Interesse	Educação sobre saúde sexual para os adolescentes com doença crónica (hospitalizados e em ambulatório).
Resultados/Conclusões	- A educação sobre saúde sexual em pré-adolescentes e adolescentes com doença crónica hospitalizados é, frequentemente, negligenciada pelos profissionais de saúde, em prol do tratamento da doença física do adolescente, trazendo-lhes repercussões negativas, a nível físico, mental, social e de desenvolvimento;

- O desenvolvimento de mais investigação nesta área é essencial para estabelecer *guidelines* baseadas na evidência que permitam promover a educação em saúde sexual;
- A análise deste artigo permite já salientar as seguintes ideias-chave: a educação sobre saúde sexual deve ser individualizada, devendo ser iniciada na fase inicial da doença, dando-lhe continuidade ao longo de toda a trajetória;
- Deve ser estabelecida uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o adolescente antes de abordar temas sensíveis;
- Os profissionais de saúde devem garantir ao adolescente confidencialidade e privacidade;
- Os pais devem ser incluídos nas discussões sobre saúde sexual, caso o adolescente deseje e caso os pais queiram ser incluídos;
- Os adolescentes devem ser encarados pelos profissionais de saúde e pelas famílias, como seres multifacetados, com desejos sexuais e características emocionais semelhantes aos seus grupos de pares;
- A educação sobre saúde sexual promove um melhor desenvolvimento da identidade sexual dos adolescentes, proporcionando-lhes uma maior sensação de controlo e independência, como tal, conclui-se que melhorar e padronizar diretrizes facilitará a satisfação dos pacientes durante o internamento e proporcionará valiosas ferramentas que estes jovens poderão utilizar para o resto da vida.

Artigo 4. Fatigue and Sleep Experiences at Home in Children and Adolescents With Cancer

Autor (es)	Nunes, M.; Jacob, E.; Adlard, K.; Secola, R. & Nascimento, L.
Ano	2015
Título do Estudo / Artigo	Fatigue and Sleep Experiences at Home in Children and Adolescents With Cancer
Publicação	Oncology Nursing Forum
Objetivos do Estudo / Questão de Investigação	Investigar os padrões de fadiga e sono de crianças e adolescentes no domicílio e, examinar os fatores associados à fadiga e ao sono.
Desenho do estudo e metodologia	Estudo descritivo
Nível de Evidência	Nível III
Participantes	35 Crianças e adolescentes com doença oncológica

Fenómeno de Interesse	Padrões de sono e fadiga de crianças e adolescentes com doença oncológica, no domicílio.
Resultados/Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - É necessário que os enfermeiros realizem ensinios sobre a fadiga e o sono em crianças e adolescentes com cancro; - Os enfermeiros devem fornecer recomendações sobre a monitorização da fadiga e do sono e devem discutir estratégias para promover o sono e o descanso em casa;

Artigo 5. Patient and Parent Sleep In a Children's Hospital

Autor (es)	Meltzer, L.; Davis, K. & Mindell, J.
Ano	2012
Título do Estudo / Artigo	Patient and Parent Sleep In a Children's Hospital
Publicação	Pediatric Nursing
Objetivos do Estudo / Questão de Investigação	Identificar os múltiplos aspetos relacionados com o sono em doentes pediátricos e pais durante uma noite num hospital pediátrico, analisando se a última noite de sono diferiu do sono típico em

	<p>casa, as diferenças na continuidade do sono e, as diferenças no sono, com base no motivo da hospitalização e, tendo em consideração, se esta foi a primeira noite de hospitalização da criança.</p>
<p>Desenho do estudo e metodologia</p>	<p>Estudo Quantitativo</p>
<p>Nível de Evidência</p>	<p>Nível III</p>
<p>Participantes</p>	<p>72 Crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 21 anos e 58 pais que tenham passado a última noite no hospital com os filhos.</p>
<p>Fenómeno de Interesse</p>	<p>Características / aspetos relacionados com o sono, em crianças/adolescentes e pais, no hospital</p>
<p>Resultados/Conclusões</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Através da implementação de mudanças na prática, os enfermeiros podem influenciar os fatores disruptores do sono (barulho, preocupações/desconforto, variáveis específicas do hospital como por exemplo avaliação de sinais vitais); - A identificação de famílias que vivenciam interrupções do sono e o fornecimento de apoio psicossocial pode reduzir os disruptores comuns do sono, sem custos acrescidos de tempo e dinheiro; - Para os pacientes a boa qualidade do sono contribui para o processo de cura e para os pais contribui para a capacidade de tomar decisões médicas importantes e fornecer apoio emocional ao filho.

	<ul style="list-style-type: none"> - Os resultados evidenciam diferenças entre as características do sono em casa e no hospital, sendo que as crianças referem que no hospital se deitam mais tarde e dormem menos tempo, enquanto os adolescentes revelam que dormem mais no hospital e acordam mais tarde; - Vários pacientes e pais destacaram alguns ruídos específicos, como os alarmes dos equipamentos médicos, abertura e fecho de portas como ruídos particularmente incomodativos e perturbadores do sono, pelo que se considera fundamental que os enfermeiros atuem no sentido de reduzir o ruído existente nos serviços pediátricos; - É necessário realizar estudos adicionais sobre as causas e consequências de disruptores do sono em crianças e familiares no contexto da hospitalização em serviços pediátricos.
--	--

Artigo 6. Transition to Adulthood for Young People with Medical Complexity: An Integrative Literature Review

Autor (es)	Joly, E.
Ano	2015
Título do Estudo / Artigo	Transition to Adulthood for Young People with Medical Complexity: An Integrative Literature Review
Publicação	Journal of Pediatric Nursing

Objetivos do Estudo / Questão de Investigação	Explorar e sintetizar literatura sobre a transição de jovens com doenças crônicas para a idade adulta, de forma a poder informar os enfermeiros, aumentando o seu conhecimento sobre esta temática e possibilitando uma melhoria dos cuidados prestados a esta população.
Desenho do estudo e metodologia	Revisão integrativa da literatura
Nível de Evidência	Nível IV
Participantes	Adolescentes e jovens adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 30 anos, com situações de saúde consideradas complexas.
Fenómeno de Interesse	Transição para a idade adulta de jovens com situações de saúde complexas
Resultados/Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Identificaram-se muitas lacunas relacionadas com o desenvolvimento do adolescente e com os determinantes da saúde, que exigem mais pesquisa (suporte psicossocial e de desenvolvimento, educação e vocação e conquista da independência); - Há falta de preparação e apoio dos adolescentes e jovens com complexidades médicas durante o período de transição; - Referem que as estruturas de apoio nos momentos de transição foram insuficientes, revelando sentimentos de abandono e perda, que atribuem à falta de preparação dos prestadores de

	<p>cuidados de serviços de adultos e à falta de confiança nos prestadores de cuidados de serviços pediátricos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os adolescentes e jovens adultos com situações de saúde complexas e os pais apresentam necessidades significativas relacionadas com o processo de transição que, nem sempre são atendidas; - O processo de transição foi equiparado à queda de um penhasco e associado a sentimentos de abandono, perda e incerteza; - É necessário efetuar pesquisa adicional sobre questões psicossociais, de desenvolvimento, determinantes da saúde e desenvolvimento de programas de melhoria relacionados com as experiências de transição. - A transição para a idade adulta, de adolescentes e jovens adultos com situações médicas complexas é uma área sobre a qual os enfermeiros devem desenvolver conhecimento avançado;
--	---

Artigo 7. Childhood *stress* in healthcare settings: awareness and suggested interventions

Autor (es)	Al-Yateem, N.; Issa, W. & Rossiter, R.
Ano	2015
Título do Estudo / Artigo	Childhood <i>stress</i> in healthcare settings: awareness and suggested interventions
Publicação	Department of Nursing, College of Health Sciences
Objetivos do Estudo / Questão de Investigação	- Avaliar a consciencialização dos profissionais de saúde sobre os fatores geradores de <i>stress</i> e potencialmente traumáticos no tratamento de crianças nos serviços de saúde;

	- Explorar a opinião dos profissionais de saúde sobre estratégias para minimizar o <i>stress</i> e trauma de crianças e adolescentes, resultante das intervenções médicas, nos serviços de saúde.
Desenho do estudo e metodologia	Estudo exploratório (com respostas quantitativas e qualitativas)
Nível de Evidência	Nível III
Participantes	117 Profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas) que cuidam de crianças em contextos clínicos pediátricos, incluindo enfermarias, unidades de cuidados intensivos, bloco operatório e serviços de ambulatório.
Fenómeno de Interesse	Conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos fatores geradores de <i>stress</i> e potencialmente traumáticos na prestação de cuidados às crianças e estratégias para minimizar o <i>stress</i> e trauma de crianças e adolescentes nos serviços de saúde.
Resultados/Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Cerca de 1/3 dos profissionais de saúde desconheciam que os cuidados de saúde eram geradores de <i>stress</i> para os doentes pediátricos, o que, provavelmente, impediu estes profissionais de procurar diminuir o <i>stress</i> destes pacientes; - 2/3 da amostra reconhecem que a prestação de cuidados de saúde para a população pediátrica e suas famílias pode ser gerador de <i>stress</i>; - Os participantes reconheceram a importância de fornecer informação adequada às crianças e aos seus pais sobre todos os aspetos relacionados com os cuidados prestados; - É necessário consciencializar e educar os profissionais de saúde relativamente a esta temática; - É necessário que os profissionais de saúde adotem atitudes mais saudáveis e que aprendam habilidades que lhes permitam melhorar e dar resposta às necessidades das crianças. Destas,

	<p>salientam-se as seguintes áreas específicas: melhorar as habilidades de escuta, e de comunicação, demonstrando capacidade de simpatizar com as crianças e os seus pais de modo a compreender a sua experiência;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alguns participantes identificaram barreiras à implementação efetiva de habilidades de comunicação, referindo a sobrevalorização da realização de atividades rotineiras ao invés de se dedicarem às necessidades individuais de cada criança. - É essencial a implementação de políticas e diretrizes destinadas a garantir que os hospitais atendem às necessidades de todas as crianças e seus pais, bem como o desenvolvimento de políticas que apoiem e envolvam os pais nos cuidados aos seus filhos (no planeamento de cuidados e na tomada de decisão).
--	--

Artigo 8. Satisfaction levels about hospital wards' environment among adolescents hospitalized in adult wards vs. pediatric ones

Autor (es)	Sadeghi, N., Abdeyazdan, Z., Motaghi, M., Rad, M., Torkan, B.
Ano	2012
Título do Estudo / Artigo	Satisfaction levels about hospital wards' environment among adolescents hospitalized in adult wards vs. pediatric ones
Publicação	Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research

Objetivos do Estudo / Questão de Investigação	Identificar e comparar os níveis de satisfação dos adolescentes relativamente ao ambiente físico em enfermarias de adultos e enfermarias pediátricas.
Desenho do estudo e metodologia	Estudo Quantitativo
Nível de Evidência	Nível III
Participantes	Adolescentes (10-19anos) admitidos em enfermarias de adultos e pediátricas.
Fenómeno de Interesse	Nível de satisfação dos adolescentes internados em unidades de adultos vs unidades pediátricas acerca do ambiente físico
Resultados/Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - O maior nível de satisfação dos adolescentes em serviços pediátricos pode ser devido à falta de atenção dada às suas necessidades psicossociais em enfermarias de adultos; - O nível de satisfação sobre a localização das casas de banho nas enfermarias pediátricas revelou ser superior face às enfermarias de adultos, e no que diz respeito ao ruído existentes, apesar de se verificar mais ruído nas enfermarias pediátricas, os adolescentes revelam também maiores níveis de satisfação nas enfermarias pediátricas comparativamente com as enfermarias de adultos. - A maioria dos adolescentes entrevistados, ambicionam ser tratados em unidades de adolescentes, destacando a necessidade de respeitar a sua privacidade, de terem um ambiente

físico apropriado e de terem a possibilidade de estar entre os pares como principais razões para sustentar esta necessidade;

- Caso não haja possibilidade da sua hospitalização ser efetuada em unidades especializadas, verifica-se que estes adolescentes preferem ser tratados em serviços de pediatria.

Mapear os resultados:

De acordo com a pesquisa efetuada, foram obtidos dados essenciais que permitem constatar a escassez de estudos de investigação acerca das intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, uma vez que grande parte dos estudos selecionados para esta revisão *scoping*, revelam a necessidade de ser realizada mais investigação sobre esta temática.

A partir dos resultados obtidos foram selecionadas algumas áreas temáticas sobre o processo de cuidar do adolescente, fazendo emergir 6 áreas centrais que devem constituir foco de atenção dos enfermeiros e que se encontram, de seguida, desenvolvidas.

1. Hospitalização do adolescente

O tratamento da doença hemato-oncológica requer regimes de quimioterapia intensiva que podem durar vários meses ou mesmo anos e que, por vezes incluem tratamentos de radioterapia e/ou transplante de progenitores hematopoiéticos (Muffly et al., 2016), implicando a hospitalização do adolescente por longos períodos.

O processo de hospitalização exige a saída do adolescente do seu ambiente familiar, implicando alterações nas suas rotinas e causando perda de controlo sobre o seu corpo. Este facto imprime uma conotação negativa à hospitalização, associando-a a sentimentos negativos, tais como ansiedade e medo (Farias, Gabatz, Terra, Couto, Milbrath, e Schwartz, 2017), que, de acordo com os mesmos autores, podem ser minimizados pelas equipas multidisciplinares, através da prestação de cuidados humanizados, nomeadamente:

- ✓ Realização de um acolhimento adequado (tendo em consideração as necessidades da criança e da família);
- ✓ Utilização de estratégias de comunicação adequadas (utilizando linguagem verbal e não verbal) e,
- ✓ Ser calmo e eficiente, considerando as especificidades de todos os envolvidos na interação.

Na mesma linha de pensamento, Hockenberry e Wilson (2011), referem que cabe aos enfermeiros intervir junto dos adolescentes, minimizando os efeitos

negativos relacionados com a separação, com a perda de controlo sobre si e com o medo associado a procedimentos invasivos.

De forma a minimizar o impacto negativo da hospitalização para o adolescente, a EONS (2015), recomenda que esta seja efetuada em unidades apropriadas (Unidades de Adolescentes). Sadeghi, Abdeyazdan, Motaghi, Rad e Torkan, (2012), reforçam esta premissa, salientando que as principais razões que sustentam esta necessidade se prendem com a necessidade de respeitar a sua privacidade, de terem um ambiente físico apropriado e de terem possibilidade de estar entre os pares.

Para facilitar o processo de hospitalização do adolescente, preconiza-se que sejam promovidos, no hospital, a criação de ambientes que promovam a familiaridade e sentimento de segurança. Para tal, a TCT, citado pela EONS (2015), sugere as seguintes recomendações-chave:

- ✓ Permitir que estes levem para o hospital objetos pessoais como a própria almofada, fotografias, dispositivos móveis tais como telefone computador com acesso a internet;
- ✓ Flexibilizar o horário das visitas para promover a visita de colegas/amigos;
- ✓ Promover espaços cómodos para o acompanhante/familiar e;
- ✓ Flexibilizar a hora de acordar, permitindo que os adolescentes acordem mais tarde.

Os mesmos autores destacam também as atividades de entretenimento, considerando que estas devem ser parte integrante da prestação de cuidados de enfermagem.

2. Necessidades dos adolescentes com doença hemato-oncológica

O diagnóstico de cancro na adolescência implica que os adolescentes vivenciem o *stress* psicológico inerente a esta fase da vida, em simultâneo com os medos, as incertezas e a carga emocional de um diagnóstico associado a risco de vida (Bleyer, Barr, Hayes-Lattin, Thomas, Ellis & Anderson, 2008), podendo originar morbilidades psicológicas significativas tais como: ansiedade, depressão e *stress* pós-traumático, não só durante o período de tratamento mas também no período de sobrevivência inicial (2 anos após o término do tratamento) (Muffly et al., 2016). Por este motivo, a *American Cancer Society* (2016), revela que o tratamento do cancro na adolescência requer uma abordagem especializada durante o percurso do tratamento da doença, bem como um acompanhamento cuidadoso após o término do tratamento de forma

a conseguir identificar precocemente os possíveis efeitos secundários, colmatando-os.

É frequente que os adolescentes e seus familiares, no percurso da doença oncológica se centrem no tratamento da doença física, procurando superá-la e vencê-la (*American Cancer Society, 2016*), contudo, importa que os profissionais de saúde, em particular, os enfermeiros, estejam despertos para a possibilidade de surgirem outras preocupações, que, segundo a TCT (2014a), podem estar relacionadas com: autoimagem, identidade, autoestima, perspetivas de vida e perspetivas futuras, níveis de ansiedade, relações com os grupos de pares, dinâmicas familiares, necessidades de comunicação, educação e perda de controlo.

Para os profissionais de saúde que cuidam de adolescentes com cancro, é necessário que estes tenham conhecimento e compreendam as mudanças que estes experienciam no plano físico, cognitivo, psicológico e social, já que estas mudanças continuarão a ser vivenciadas por estes, em simultâneo com a vivência da doença oncológica, o que implica a necessidade de prestação de cuidados holísticos multifacetados, em simultâneo com cuidados médicos específicos para conseguir dar resposta às suas necessidades (EONS, 2015). Paralelamente, a TCT (2014a) revela que todos os profissionais de saúde que cuidam de adolescentes e jovens adultos com cancro devem ter conhecimento sobre os estádios de desenvolvimento inerentes a esta faixa etária, incluindo o desenvolvimento social, emocional, psicológico e físico, avaliando as suas necessidades individuais de acordo com o estadio de desenvolvimento. Estes devem estar despertos para a importância de garantir as necessidades não só dos doentes, mas também dos seus pais/cuidadores, procurando desenvolver políticas que apoiem e envolvam os pais nos cuidados aos filhos, incluindo no planeamento de cuidados e na tomada de decisão (Al-Yateem, Issa, & Rossiter, 2015).

No sentido de proporcionar melhores cuidados de saúde a estes adolescentes, a EONS (2015, p.25) estabelece os seguintes requisitos para os profissionais de saúde que cuidam de adolescentes/jovens com cancro:

- ✓ Treino para avaliar o desenvolvimento psicossocial;
- ✓ Ter em consideração as necessidades da família;
- ✓ Utilização de habilidades de comunicação apropriadas para adolescentes e jovens;

- ✓ Conscientização para a importância da inclusão destes doentes em ensaios clínicos.

O facto de o enfermeiro reconhecer as necessidades do adolescente com doença hemato-oncológica, permite-lhe prestar cuidados individualizados, de acordo com as características de cada adolescente, de forma a dar resposta às suas necessidades individuais e cumprindo desta forma com uma das competências exigida pela TCT (2014b), para os enfermeiros que cuidam de adolescentes com cancro: “Demonstra e aplica conhecimentos e habilidades específicas de enfermagem para apoiar as necessidades dos adolescentes e jovens adultos com cancro através do planeamento de cuidados individualizados para dar resposta a questões físicas, psicossociais e espirituais/culturais ao longo do seu percurso de doença; (TCT, 2014b, p.16).

3. Comunicação com o adolescente

As competências comunicacionais do enfermeiro, no âmbito do processo de cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica, assumem um papel primordial, pelo que foram abordadas nos itens anteriores, encontrando-se agora descritas, de forma pormenorizada.

De acordo com Phaneuf (2005, p.17),

a comunicação constitui a principal ferramenta de que dispõe a enfermeira, uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva, os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e confrontar-se com o tratamento.

Uma boa comunicação e a construção de um relacionamento terapêutico com o adolescente e com os seus familiares constitui, provavelmente, um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, exigindo destes, “habilidades de comunicação altamente desenvolvidas” (TCT, 2014a, p.29). Neste sentido, Al-Yateem et al. (2015), evidenciam a necessidade dos profissionais de saúde aprenderem habilidades que lhes permitam melhorar e dar resposta às suas necessidades, salientando que estes devem melhorar as habilidades de escuta e de comunicação, demonstrando capacidade de simpatizar com as crianças e os seus pais de modo a compreender a sua experiência.

Para facilitar a comunicação com os adolescentes, a TCT (2014a), sugere as seguintes recomendações:

- ✓ Durante uma consulta ou no momento da discussão de um determinado assunto, o profissional de saúde deve certificar-se de que o adolescente tem junto de si, um adulto em quem confia, devendo ser-lhe dada também a oportunidade de passar por estes momentos sozinho, caso este o pretenda. Esta decisão deve ser tomada pelo adolescente;
- ✓ Garantir, ao adolescente, confidencialidade sobre os temas abordados, deixando claro quais as ocasiões em que a informação tem de ser partilhada e porquê;
- ✓ Ser acessível, mas profissional (os adolescentes procuram um profissional em quem podem confiar e não um amigo, no entanto pode ser útil personalizar as interações com eles, discutindo assuntos do seu interesse);
- ✓ Ser disponível e honesto é vital para a construção de um relacionamento de confiança;
- ✓ Ser sincero quando não sabe responder a uma questão e recorrer ao apoio dos restantes elementos da equipa multidisciplinar sempre que necessário;
- ✓ Ser positivo e não crítico. Deve ser demonstrada simpatia e esforço por parte do profissional para entender os seus sentimentos e a sua situação;
- ✓ Utilizar métodos apropriados para cada indivíduo (utilizar o humor, quando for apropriado);
- ✓ Disponibilizar-lhe tempo adequado; resumir informação, reavivar problemas ou repetir alguma informação caso seja necessário;
- ✓ Avaliar o seu nível de compreensão acerca da informação transmitida antes de fornecer nova informação;
- ✓ Incentivá-lo a fazer as perguntas necessárias;
- ✓ Incentivá-lo a exprimir os seus sentimentos;
- ✓ Respeitar o facto dos adolescentes nem sempre querem informação ou conversa. Fornecer-lhes espaço e tempo para processar as informações ao seu ritmo;
- ✓ Tranquilizá-los no caso de a conversa ter de ser interrompida por algum motivo;
- ✓ Demonstrar confiabilidade e consistência, que é vital quando se trabalha com jovens.

Por vezes, os jovens são pouco comunicativos e apresentam alguma renitência em fazer perguntas e receber informações, no entanto, importa que os profissionais de saúde não interpretem este facto como falta de interesse (TCT, 2014a). De acordo com a OE (2010), deve ser promovida uma comunicação bidirecional, promovendo um clima de empatia e potenciando a capacidade de expressão do adolescente. Para tal, o mesmo autor sugere que sejam utilizadas as seguintes técnicas de apoio narrativo: perguntas abertas; Escuta reflexiva; reestruturação positiva; Auto motivação; respostas em espelho; usar exemplos na terceira pessoa; afirmações de apoio e ânimo e clarificação.

4. Transmissão de informação apropriada e adaptada à idade

No contexto da vivência de uma doença oncológica, considera-se premente que tanto os adolescentes como os pais recebam informações claras sobre a doença, os tratamentos e as escolhas que podem efetuar, possibilitando-lhes uma tomada de decisão consciente (TCT, 2014a). Para tal, importa que a transmissão de informação seja efetuada de forma adequada, pelo que a TCT (2014a) sugere que seja fornecida informação escrita para complementar a informação transmitida oralmente. Além disso, o mesmo autor defende que deve ser fornecida literatura apropriada para a idade em relação aos diferentes serviços existentes, redes nacionais de apoio, tratamento e informações sobre serviços de apoio.

Atualmente é frequente que os adolescentes procurem mais informações acerca da sua doença, na internet, contudo esse ato deve ser desaconselhado pelos profissionais de saúde, já que a informação obtida por esta via, é muitas vezes imprecisa, podendo causar-lhes sentimentos de angústia desnecessários (TCT, 2014a). Cabe aos profissionais de saúde apoiá-los na busca de informações oportunas, proporcionando-lhes o acesso a *sítes* seguros e apropriados para sua idade (TCT, 2014a).

O adequado fornecimento de informação ao doente possibilita a melhoria dos seus conhecimentos relativos à doença e ao tratamento, permitindo-lhes a consciencialização sobre os seus problemas de saúde e, conseqüentemente, a necessidade de cumprir os protocolos terapêuticos propostos, promovendo, em simultâneo, a sua capacidade para reconhecer sinais e sintomas da doença (Internacional Council of Nurses, ICN, 2012).

A informação a transmitir ao adolescente com doença hemato-oncológica deve incluir aspetos relacionados com a doença, com o tratamento e com questões relacionadas com o seu desenvolvimento. No que diz respeito à doença e ao tratamento, salienta-se a importância de referir os principais efeitos secundários do tratamento efetuado, incluindo os que ocorrem durante o tratamento e os que surgem numa fase mais tardia (*American Cancer Society*, 2016).

Coates et al. (2003) enunciam que os efeitos colaterais mais frequentes durante o tratamento passam por: alopecia, mielossupressão, azoospermia, náuseas, vômitos, dor e síndrome depressiva. Nunes, Jacob, Adlard, Secola e Nascimento (2015), acrescentam ainda a fadiga e as alterações relacionadas com as características do sono como aspetos comuns a ter em linha de conta.

Como efeitos colaterais tardios, salientam-se: cardiopatias, alterações osteomusculares, endócrinas, neurológicas, cognitivas, psicossociais e a probabilidade aumentada relativamente à ocorrência de uma recidiva (Coates et al., 2003).

É necessário assegurar que a informação é transmitida de forma adequada aos doentes para que estes possam estar despertos para a deteção de sinais de alarme. O *follow-up* após o término do tratamento revela-se essencial, já que, quanto mais precocemente forem diagnosticadas complicações, mais fácil se torna atuar sobre elas, colmatando-as.

Farias et al. (2017), revelam que um dos principais motivos de ansiedade das crianças hospitalizadas prende-se com a falta de informação que lhes é fornecida acerca da doença e dos motivos da hospitalização, pelo que é necessário sensibilizar os profissionais de saúde, para as implicações associadas a esta problemática. Importa ressaltar que, de acordo com a carta internacional dos direitos do jovem com cancro, estes têm direito a: “Receber formação sobre o cancro e acerca da sua prevenção, incluindo deteção precoce”, “Ter acesso a informação sobre ensaios clínicos e outros tratamentos clinicamente testados em pessoas da sua faixa etária”, “*Empowerment* para a tomada de decisão, através da transmissão de informação completa e detalhada de todas as opções de tratamento e efeitos a longo prazo da doença, permitindo-lhes intervir ativamente nos seus cuidados” e “ receber informações e conselhos sobre os efeitos do tratamento do cancro a curto e longo

prazo, incluindo questões relacionadas com a fertilidade, dando-lhes oportunidade de preservar a fertilidade” (Rajani, Young, McGoldrick, Pearce, & Sharaf, 2011).

Além das informações acima referidas, Bakke (2016), sugere que os profissionais de saúde estejam aptos a fornecer informações relacionadas com o desenvolvimento do adolescente, fazendo emergir a necessidade de incidir sobre questões relacionadas com a sexualidade. No contexto de uma doença oncológica, o mesmo autor salienta que os adolescentes devem ser encarados pelos profissionais de saúde e pelas famílias, como seres multifacetados, com desejos sexuais e características emocionais semelhantes aos seus grupos de pares, salientando, desta forma, a necessidade de se incidir na educação dos adolescentes sobre a saúde sexual, proporcionando-lhes uma maior sensação de controlo e independência.

5. Princípios éticos no atendimento ao adolescente;

De acordo com a OE (2010), os princípios éticos no atendimento ao adolescente referem-se especialmente ao respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

No que diz respeito ao princípio da autonomia, considera-se que o adolescente deve percorrer as etapas de desenvolvimento sociomoral de forma a possibilitar tomadas de decisão com responsabilidade.

Relativamente à privacidade, salienta-se que o adolescente deve ser atendido individualmente, em espaço privado, onde seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando a responsabilidade sobre a própria saúde (Queirós, 2001). Salienta-se ainda que, para atender à privacidade e dignidade dos pacientes e melhorar a qualidade dos cuidados, deve haver uma preocupação, por parte dos profissionais de saúde, relativamente à sua distribuição pelas enfermarias, já que, de acordo com o TCT (2014a), esta deve ser efetuada de acordo com o género dos adolescentes.

No que concerne à confidencialidade, os profissionais de saúde devem ter capacidade para tomar decisões acerca das informações que devem permanecer confidenciais entre o adolescente e esse profissional de saúde e aquelas que devem ser divulgadas entre os outros elementos da equipa, sendo que essa decisão deve ser tomada em prol do melhor interesse para o doente (TCT, 2014a). Quando existem situações que possam implicar risco de vida para o adolescente ou para outras

peças, pode haver necessidade de quebra de sigilo, contudo o adolescente deve ser informado (Queirós, 2001).

É essencial que os enfermeiros reconheçam estes princípios éticos e que estejam cientes de que estes devem estar na base da relação enfermeiro-doente.

6. Transições vivenciadas pelo adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado

De acordo com Gameiro (2016), todos os adolescentes com cancro devem ser considerados numa dupla transição: transição saúde-doença e transição desenvolvimental que, pela sua natureza conflituante podem aumentar as condições e o grau de vulnerabilidade e de desequilíbrio. Perante a necessidade de hospitalização, acresce a vivência de mais uma transição (transição situacional), implicando que o adolescente vivencie uma multiplicidade de transições em simultâneo.

De acordo com Meleis (2012), as transições são consideradas um domínio de enfermagem, sendo que existe evidência que comprova que quando os cuidados prestados são sustentados nos processos transicionais, existe uma maior probabilidade de recuperação e cura do doente, aquando da alta. Assim, esta teórica assume que o enfermeiro considera a importância de articular transições, que são bio-psico-sociais e culturais para promover processos transicionais individuais saudáveis.

Através da análise dos dados obtidos a partir da evidência científica, facilmente se percebe que os profissionais de saúde têm pouca formação ao nível dos processos transicionais o que se repercute nos cuidados prestados. Joly (2015) refere que as estruturas de apoio nos momentos de transição são insuficientes, descrevendo sentimentos de abandono e perda que atribui à falta de preparação e à falta de confiança nos profissionais de saúde.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A doença oncológica na adolescência representa uma problemática em expansão, que abrange a epidemiologia, a biologia, abordagens terapêuticas e as necessidades específicas de cuidados de saúde desta população. Neste sentido, têm-se verificado uma preocupação, por parte dos profissionais de saúde, em saber mais sobre esta temática, procurando a melhoria dos cuidados prestados. Apesar desta

crescente preocupação, continua a ser evidente a escassez de estudos científicos acerca desta temática, o que se traduz em lacunas na prestação de cuidados ao adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado.

Torna-se, portanto, essencial continuar a incidir sobre este problema, bem como a promover a formação contínua dos profissionais de saúde, com especial enfoque nas equipas de enfermagem, para que seja possível a implementação de linhas orientadoras que possibilitem a melhoria dos cuidados prestados a esta população, procurando a obtenção de ganhos em saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos a partir da realização da presente revisão *scoping*, permitem colocar em destaque dois aspetos: Em primeiro lugar, permitem salientar a escassez de estudos sobre o adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado e, conseqüentemente evidenciar a necessidade de desenvolver mais estudos de investigação acerca desta problemática; Em segundo lugar, permitem demonstrar a complexidade inerente à prestação de cuidados ao adolescente com doença hemato-oncológica em contexto hospitalar, evidenciando a necessidade de dotar os enfermeiros de conhecimento específico sobre esta temática para promover a melhoria na prestação de cuidados.

Os dados obtidos a partir da evidência científica, foram analisados e sintetizados, permitindo dar resposta à questão elaborada inicialmente e permitindo atingir, por conseguinte, os objetivos delineados, resultando na aquisição de contributos essenciais para a melhoria da prática de enfermagem com adolescentes. Salienta-se, neste sentido, que as intervenções de enfermagem identificadas abrangem áreas divergentes e complexas, contudo complementares e indissociáveis, podendo afirmar-se que, grande parte destas são consideradas intervenções autónomas de enfermagem, o que significa que o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação técnica (OE, 2001).

Acredito que a implementação destas intervenções junto dos adolescentes com doença hemato-oncológica hospitalizados constitua uma mais-valia quer para os enfermeiros quer para os adolescentes e seus familiares, contudo importa ter em consideração que é fundamental atualizar conhecimentos, realizando formação

contínua e adequada, no sentido de promover a manutenção de uma prestação de cuidados baseada na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Yateem, N., Issa, W. & Rossiter, R. (2015). Childhood stress in healthcare settings. Awareness and suggested interventions. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 38(2), 136-153. DOI: 10.3109/01460862.2015.1035465.
- American Cancer Society (2016). *Cancer in Adolescents*. Acedido a 5/9/2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-adolescents/what-are-cancers-in-adolescents.html#references>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 8(1), 19-32. DOI:10.1080/1364557032000119616.
- Armstrong, R., Hall, B., Doyle, J., & Waters, E. (2011). Cochrane Update 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of Public Health*. 33 (1), 147-150. Acedido a 10/4/2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=683a21c7-2d71-4261-b895-162f7e92849f%40sessionmgr103>
- Bakke, A. (2016). Empowering our youth. Initiating sexual health education on the inpatient unit for the chronically ill pediatric patient. *Urologic Nursing*. 36(6), 267-273, 288. DOI:10.7257/1053-816X.2016.36.6.267.
- Bleyer, A., Barr, R., Hayes-Lattin, B., Thomas, D., Ellis, C. & Anderson, B. (2008). The distinctive biology of cancer in adolescents and young adults. *Nature Reviews*. 8, 288-298. Acedido a 5/9/2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=cb0405e8-ee8b-4bcb-b7b6-7defa5275ccb%40sessionmgr101>
- Coates, V., Benzos, G. & Françoso, L. (2003). *Medicina do Adolescente*. (2ª ed.). São Paulo: Sarvier.
- European Oncology Nursing Society (2015). *Cancer in children and young adults*. Acedido a: 2/7/2016. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/magazine/2015Winter/EONSMagazine2015Winter.pdf>
- Farias, D., Gabatz, R., Terra, A., Couto, G., Milbrath, V. & Schwartz, E. (2017). Hospitalization in the child's perspective. An integrative review. *Journal of Nursing UFPE*. 11(2), 703-711. Acedido a 10/9/2017. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=2290076a-309f-4475-b75d-0c9f97329e47%40sessionmgr4010>

- Gameiro, M. (2012). Adaptação dos Adolescentes com cancro na fase de tratamento. Uma revisão da literatura. *Revista de Enfermagem Referência. Série III (8)*, 135-146. Acedido a 3/5/2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a14.pdf>
- Gameiro, M. (2016). *Processos e experiências de transição adaptativa dos adolescentes com doença onco-hematológica durante o tratamento*. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9º ed.), Loures: Lusociência.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (s.d.). *Cancer site by site*. Acedido em: 8/6/2016. Disponível em: https://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008_7.pdf
- International Council of Nurses (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Acedido a 6/9/2017. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Joly, E. (2015). Transition to adulthood for young people with medical complexity. An integrative literature review. *Journal of Pediatric Nursing*. 30(5), 91-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.05.016>.
- Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de Saúde-Doença do Ser Adolescente Hospitalizado. *Revista Cogitare Enfermagem*. 10(2). 68-75. Acedido a: 8/6/2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5014/3790>
- Martins, J. (2008). *O direito do doente à informação. Contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde*. Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing. Development & Progress*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meltzer, L.; Davis, K. & Mindell, J. (2012). Patient and Parent Sleep In a Children's Hospital. *Pediatric Nursing*. 38(2), 64-71. Acedido a: 20/9/2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4917c2e4-e755-4bc8-b273-dc75b2e0c3a3%40sessionmgr101>

- Ministério da Saúde. (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO). Orientações Programáticas*. Acedido a: 5/6/2016. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46->
- Muffly, L., Hlubocky, F., Khan, N., Wroblewski, K., Breitenbach, K., Gomez, J. ... Daugherty, C. (2016). Psychological morbidities in adolescent and young adult blood cancer patients during curative-intent therapy and early survivorship. *Wiley Online Library*. 122(6), 954-961. DOI: 10.1002/cncr.29868.
- Newhouse, R., Dearholt, S., Poe, S., Pugh, L., & White, K. (2005). *The Johns Hopkins evidence-based practice rating scale*. Baltimore: The Johns Hopkins University School of Nursing /The Johns Hopkins Hospital.
- Nunes, M., Jacob, E., Adlard, K., Secola, R. & Nascimento, L. (2015). Fatigue and Sleep Experiences at Home in Children and Adolescents With Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 42(5), 498-506. DOI:10.1188/15.ONF.498-506.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Acedido a 3/5/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido a 15/5/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Canada-Montreal: Lusociência.
- Queirós, A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rajani, S. Young, A., McGoldrick, D., Pearce, D. & Sharaf, S. (2011). The International Charter of Rights for Young People with Cancer. *Journal of adolescent and young adult oncology*. 1(1), 49-52. DOI:10.1089/jayao.2010.0007.
- Sadeghi, N., Abdeyazdan, Z., Motaghi, M., Rad, M. & Torkan, B. (2012). Satisfaction levels about hospital wards' environment among adolescents hospitalized in adult ward vs. Pediatric ones. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 17(6), 430-433. Acedido a 5/9/2017. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=cb0405e8-ee8b-4bcb-b7b6-7defa5275ccb%40sessionmgr101>

Teenage Cancer Trust (2014a). *A blueprint of care for teenagers and young adults with cancer*. Acedido a 6/10/2016. Disponível em: <https://www.teenagecancertrust.org/sites/default/files/Blueprint-of-Care.pdf>

Teenage Cancer Trust (2014b). *Competencies. Caring for teenagers and young adults with cancer. A competence and career framework for nursing*. Acedido a 5/10/2016. Disponível em: <https://www.teenagecancertrust.org/sites/default/files/Nursing-framework.pdf>

The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015. Methodology for JBI scoping reviews*. Acedido a 3/9/2017. Disponível em: https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

Apêndice II – Sondagem de opinião

SONDAGEM DE OPINIÃO

No âmbito da realização do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Vertente Oncológica, encontro-me a realizar um projeto de Intervenção cuja temática é: **“Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: intervenções de enfermagem no processo de transição.”**

Pretendo implementar este projeto no serviço de hematologia com o intuito de uniformizar e melhorar a prática dos enfermeiros no que diz respeito à prestação de cuidados aos adolescentes. Como tal, solicito a vossa colaboração para responder por escrito às questões abaixo colocadas, de forma que a minha intervenção na equipa possa ser tão eficaz quanto possível.

1. Enumere 2 aspetos (X) que considere particularmente difíceis na interação com o adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado. Assinale com “X”.

___ . Comunicar com os pais/cuidadores;

___ . Estabelecer uma comunicação eficaz com o adolescente;

___ . Estabelecer uma relação empática com o adolescente;

___ . Gerir as emoções do adolescente e dos pais/cuidadores

___ Outro: _____

2. Selecione 2 intervenções de enfermagem (X) que privilegia quando realiza uma entrevista ao adolescente hospitalizado. Assinale com “X”.

___ . Assegurar o direito à privacidade;

___ . Dirigir as questões diretamente ao adolescente;

___ . Evitar que os pais/cuidadores substituam o adolescente;

___ . Demonstrar disponibilidade;

___ Outra: _____

3. Que estratégias considera que poderiam ser adotadas para melhorar a intervenção da equipa de enfermagem, facilitando a adaptação do adolescente à sua situação de doença e necessidade de internamento?

4. Relativamente à prestação de cuidados ao adolescente, quais os temas que considera pertinente abordar em futuras formações em serviço e que considera importante incluir no guia de boas práticas?

Muito Obrigado pela sua Colaboração!

Apêndice III – Análise da sondagem de opinião aplicada aos enfermeiros
do campo de estágio C



7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Análise da sondagem de opinião aplicada aos enfermeiros
do campo de estágio C**

Autor:
Diana Guerra

Lisboa
Setembro de 2017



7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Análise da sondagem de opinião aplicada aos enfermeiros
do campo de estágio C**

Autor:
Diana Guerra

Professor Orientador: Prof. Eunice Sá

Lisboa
Setembro de 2017

ANÁLISE DA SONDAGEM DE OPINIÃO:

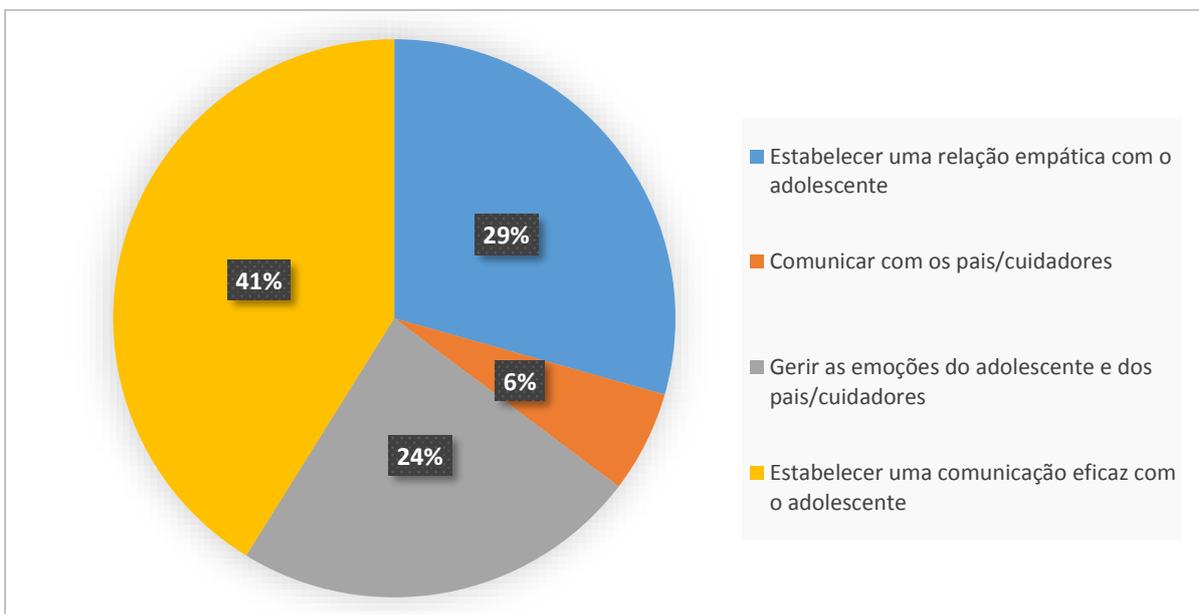
“Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: intervenções de enfermagem no processo de transição.”

O presente trabalho trata-se de uma análise referente aos dados colhidos através da aplicação de uma sondagem de opinião, aos enfermeiros do contexto do estágio C. É composta por quatro questões, duas de resposta fechada e duas de resposta aberta.

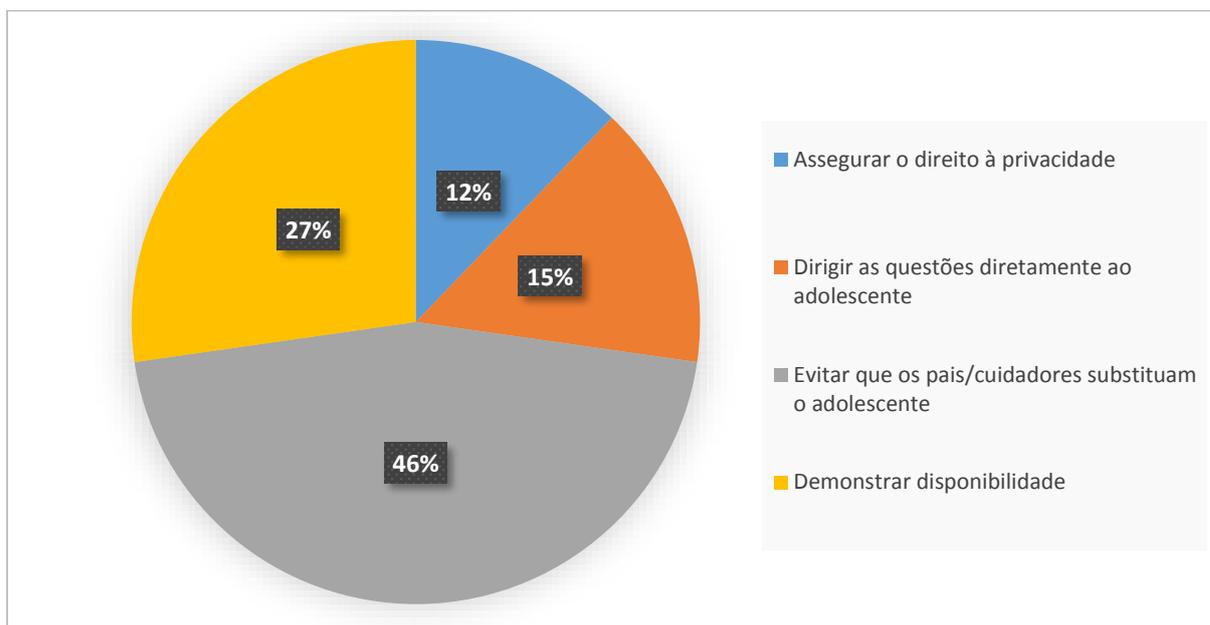
A sua pertinência prende-se com a necessidade de perceber o que os enfermeiros mais valorizam no contexto da prestação de cuidados ao adolescente com doença hemato-oncológica em contexto hospitalar, bem como com a identificação das principais áreas temáticas que carecem de melhoria e que os enfermeiros procuram ver desenvolvidas com o intuito de promover a melhoria e uniformização da prestação de cuidados a esta população específica.

A amostra incluída corresponde a, aproximadamente 65% dos enfermeiros deste serviço, isto é, a 17 pessoas. Todas as sondagens de opinião foram respondidas de forma anónima e todas as respostas obtidas foram consideradas válidas. A sua análise encontra-se descrita de seguida.

Questão 1. Enumere 2 aspetos (X) que considere particularmente difíceis na interação com o adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado. Assinale com “X”.



Questão 2. Selecione 2 intervenções de enfermagem (X) que privilegia quando realiza uma entrevista ao adolescente hospitalizado. Assinale com “X”.



Questão 3. Que estratégias considera que poderiam ser adotadas para melhorar a intervenção da equipa de enfermagem, facilitando a adaptação do adolescente à sua situação de doença e necessidade de internamento?

Respostas	%
Formação da equipa de enfermagem acerca da etapa específica da adolescência;	29%
Criação de documentos orientadores da prática dos enfermeiros;	58%
Alteração da metodologia de distribuição dos adolescentes nas enfermarias;	76%
Criação de espaços apropriados para adolescentes;	29%
Promover a parceria de cuidados com os pais/cuidadores;	17%
Promover a autonomia do adolescente;	11%
Promover a privacidade do adolescente;	17%

Questão 4. Relativamente à prestação de cuidados ao adolescente, quais os temas que considera pertinente abordar em futuras formações em serviço e que considera importante incluir no guia de boas práticas?

Respostas	%
Gestão de sentimentos e emoções	58%
Comunicação com o adolescente	82%
Desenvolvimento do adolescente	11%
Sexualidade e preservação da fertilidade	11%
Instituições de apoio para o adolescente com doença hemato-oncológica	5%

A análise dos dados supracitados permite concluir que, de facto, existe uma preocupação dos enfermeiros em melhorar a prestação de cuidados aos adolescentes deste serviço. Para tal, evidenciam a necessidade de promover a sua formação (29%), bem como a criação de documentos orientadores da prática dos enfermeiros (58%), justificando, deste modo, a necessidade de implementação de um guia orientador de boas práticas, como meio para “sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado” Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p.7)“. Sugerem também a alteração da metodologia de distribuição dos adolescentes nas enfermarias, o que revela a sua preocupação em promover o direito à privacidade do adolescente, reconhecendo-o como um dos princípios éticos inerentes à prestação de cuidados ao adolescente (OE, 2010).

A identificação das principais dificuldades dos enfermeiros na interação com o adolescente permite apurar que o desenvolvimento de conhecimentos específicos sobre a comunicação com adolescentes assume um papel primordial, já que 41% dos enfermeiros assumem dificuldades em estabelecer uma comunicação eficaz com o adolescente. De facto, de acordo com a *Teenage Cancer Trust* (TCT, 2014), a concretização de uma comunicação adequada e a construção de um relacionamento terapêutico com o adolescente e seus familiares constitui, provavelmente, um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, o que explica a necessidade de dar especial enfoque ao desenvolvimento de competências comunicacionais, bem como à adoção de estratégias de comunicação que propiciem o estabelecimento de uma relação empática com o adolescente.

Os resultados provenientes desta análise, em concomitância com os dados oriundos da evidência científica, permitiram-me identificar as principais áreas temáticas a incluir no guia orientador da boa prática, por mim elaborado. Deste modo, e com o intuito de conseguir dar resposta às necessidades da equipa de enfermagem, incluo, neste guia, todos os temas sugeridos pelos enfermeiros na questão número 4, nomeadamente: Gestão de sentimentos e emoções, comunicação com o adolescente, desenvolvimento do adolescente, sexualidade e preservação da fertilidade e instituições de apoio para o adolescente com doença hemato-oncológica, além de outras áreas temáticas consideradas pertinentes para a promoção de uma prática baseada na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido a 15/5/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf

Teenage Cancer Trust (2014). *A blueprint of care for teenagers and young adults with cancer*. Acedido a 6/10/2016. Disponível em: <https://www.teenagecancertrust.org/sites/default/files/Blueprint-of-Care.pdf>

Apêndice IV – Descrição e análise das intervenções de enfermagem
facilitadoras da transição do adolescente hospitalizado: campo de
estágio A e B



**7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica**

**Descrição e análise das intervenções de enfermagem
facilitadoras da transição do adolescente hospitalizado:
campo de estágio A e B**

Autor:

Diana Guerra

Lisboa

Fevereiro de 2017



**7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica**

**Descrição e análise das intervenções de enfermagem
facilitadoras da transição do adolescente hospitalizado:
campo de estágio A e B**

Autor:

Diana Guerra

Professor Orientador: Prof. Eunice Sá

Lisboa

Fevereiro de 2017

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EONS - *European Oncology Nursing Society*

HD – Hospital de Dia

JKF - *Jolanta Kwasniewska`s Foundation*

OE - Ordem dos Enfermeiros

QT - Quimioterapia

RIC - *Reduced Intensity Conditioning*

SIOPE – Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica

TCPH – Transplante de Células Progenitoras Hematopoiéticas

TCT – *Teenage Cancer Trust*

UTM – Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO A.....	5
1.1. Identificação das Intervenções de Enfermagem facilitadoras do processo de transição do adolescente hospitalizado.....	5
1.2. Análise crítica das intervenções de enfermagem à luz da evidência científica.....	7
2. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO B.....	11
2.1. Identificação das Intervenções de Enfermagem facilitadoras do processo de transição do adolescente hospitalizado.....	12
2.2. Análise Crítica das intervenções de enfermagem à luz da evidência científica (serviço de internamento e HD)	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

INTRODUÇÃO

A reflexão sobre as experiências favorece o olhar para dentro e ver a si próprio, confrontado com o que se quer e com o que se faz. Isso faz com que se consiga entender as contradições entre o que é desejado e o que é, na verdade, realizado em nosso cotidiano profissional (Waldow, 2009, p. 142).

De facto, é a prática reflexiva que impulsiona o enfermeiro a questionar-se sobre as suas práticas, proporcionando-lhe oportunidades de melhoria e de desenvolvimento pessoal e profissional. Foi esta a premissa que me motivou para a realização do presente trabalho, através do qual pretendo identificar intervenções de enfermagem que promovam ou facilitem a saúde dos adolescentes em contexto hospitalar, isto é, que facilitem os processos de transição vivenciados pelos adolescentes em situação de doença e hospitalização.

Para tal, realizo, ao longo do presente trabalho, uma análise das práticas de enfermagem observadas em dois campos de estágio distintos, que identificarei como campo de estágio A e B, procurando estabelecer uma relação entre as práticas observadas e os resultados obtidos a partir da evidência científica. Ambiciono, com a sua realização, obter contributos que permitam identificar estratégias de melhoria para a prática de enfermagem de ambos os serviços (A e B) bem como aprendizagens significativas que me permitam não só melhorar a minha intervenção junto do adolescente hospitalizado, mas também enriquecer o meu projeto de intervenção, contribuindo, deste modo, para a melhoria e uniformização dos cuidados de enfermagem prestados ao adolescente, em contexto hospitalar.

Do ponto de vista da estrutura, o presente trabalho encontra-se dividido em 3 partes. A primeira parte diz respeito à introdução e contempla a propósito do trabalho bem como os objetivos da sua realização. De seguida, faço uma breve caracterização do campo de estágio A, seguindo-se a identificação das intervenções de enfermagem facilitadoras da transição do adolescente hospitalizado observadas naquele contexto e de seguida realizo uma análise crítica das mesmas à luz da evidência científica, efetuando, de seguida, a mesma descrição e análise respeitante ao campo de estágio B. Finalizo com uma breve conclusão, onde enuncio os principais resultados, oriundos da realização deste trabalho.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO A

O campo de estágio A diz respeito a uma unidade destinada ao internamento exclusivo de adolescentes (Unidade de Adolescentes). Tal como o nome indica, o critério de inclusão para a admissão nesta unidade prende-se com a sua faixa etária e não com a patologia em causa, pelo que se verifica uma grande variedade no que diz respeito aos diagnósticos clínicos existentes.

Esta unidade tem a lotação de doze camas, que se encontram distribuídas por cinco quartos, sendo que um dos quartos se destina ao internamento de adolescentes com necessidades de isolamento, quer pelo diagnóstico clínico quer por outras necessidades específicas que estes apresentem. A sua distribuição pelas enfermarias é da responsabilidade da equipa de enfermagem que, procura agrupá-los de acordo com o género.

Existe, também, uma sala de atividades, que dispõe de livros, computadores com ligação à internet, televisão e jogos e que se encontra à inteira disposição de todos os adolescentes internados. Nesta sala, são realizadas, semanalmente, diversas atividades lúdicas, nas quais os adolescentes podem participar livremente.

No que diz respeito ao acompanhamento, os pais ou substitutos legais podem permanecer junto do adolescente, das 8 horas até às 20 horas, sendo que no período da noite apenas um deles pode permanecer junto do adolescente. No caso de haver outras visitas, estas devem cumprir o horário estipulado (das 14 horas às 16 horas e das 18 horas às 19 horas).

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos de várias especialidades, assistentes operacionais, assistentes técnicos e professora, podendo também contar com a colaboração da psicóloga, da assistente social e da dietista. A equipa de enfermagem é permanente, contudo a equipa médica varia de doente para doente, de acordo com a patologia que implicou a sua hospitalização.

1.1. Identificação das Intervenções de Enfermagem facilitadoras do processo de transição do adolescente hospitalizado

Do ponto de vista da formação profissional, constata-se uma grande divergência entre os elementos que compõe a equipa de enfermagem daquele serviço, pois, se por um lado existem alguns enfermeiros com formação especializada,

nomeadamente, em saúde infantil e pediátrica, por outro lado existem muitos elementos jovens (recém-licenciados), cuja prestação de cuidados se revela, notoriamente, mais insegura.

De facto, no decorrer do ensino clínico, deparei-me com algumas dificuldades da equipa na interação com os adolescentes internados e seus familiares, que se traduziram em lacunas a nível da prática de cuidados. Contudo, constatei também que existe uma preocupação por parte destes enfermeiros, em promover o bem-estar daqueles adolescentes, através da prestação de cuidados de qualidade aos adolescentes hospitalizados e aos seus familiares.

De entre aquilo que observei ao longo do estágio destaco algumas intervenções de enfermagem específicas que considero terem sido facilitadoras das transições vivenciadas pelos adolescentes neste contexto. Para tornar mais clara a sua identificação, passo a apresentá-las no quadro que se segue (**Quadro 1**).

Quadro 1. Intervenções de Enfermagem facilitadoras do processo de transição do adolescente (Estágio A):

-
- Realização de um acolhimento adequado: Apesar de não existir um espaço físico apropriado para este efeito, os enfermeiros, no momento do acolhimento do adolescente, procuram proporcionar-lhes um ambiente calmo, demonstrando sensibilidade e disponibilidade;
-
- Utilização de estratégias de comunicação adequadas: Os enfermeiros procuram estabelecer com o adolescente uma comunicação bidirecional, através da utilização de estratégias específicas de comunicação;
-
- Transmissão de informação apropriada à idade: Adaptam o vocabulário de acordo com as características específicas de cada adolescente e demonstram disponibilidade para repetir informação, caso seja necessário;
-
- Respeito pelo direito à privacidade: Os enfermeiros revelam respeito pelo direito à privacidade do adolescente, procurando preservar a sua intimidade, principalmente durante a realização de procedimentos invasivos ou de procedimentos que impliquem a sua exposição corporal. Para tal, procuram transportar o adolescente para espaços apropriados para esse efeito;
-

- Respeito pelo direito à confidencialidade: A informação não é partilhada com os pais, exceto se colocar em risco o próprio adolescente ou outros, contudo, é partilhada entre os elementos da equipa, sem o consentimento do adolescente e, por vezes, sem benefício para este;

- Promoção de um ambiente mais familiar e acolhedor: Permitem e incentivam o adolescente a levar consigo, para o hospital, objetos pessoais que sejam significativos para si;

- Flexibilização do horário das visitas: Adaptam o horário das visitas de acordo com a disponibilidade dos seus familiares e amigos, desde que o adolescente o consinta.

1.2. Análise crítica das intervenções de enfermagem à luz da evidência científica

Os enfermeiros que cuidam de adolescentes devem possuir preparação técnico-científica para responder às suas necessidades específicas, ao mesmo tempo que devem estar aptos para compreender “as reações do adolescente, com sensibilidade e afetividade, proporcionando-lhe apoio e atenção” (Almeida, Rodrigues & Simões, 2007, p.36). De facto, esta realidade verifica-se no contexto de estágio A, já que os enfermeiros desta unidade demonstram afetividade e sensibilidade para com os adolescentes desde o momento do acolhimento e durante todo o seu percurso de internamento. Reconhecem que cabe ao enfermeiro a responsabilidade relativa ao acolhimento da pessoa nos serviços de saúde pelo que se esforçam para que este decorra num ambiente de privacidade, proporcionando-lhe disponibilidade temporal suficiente para que o doente possa verbalizar os seus medos e preocupações, cumprindo assim com o que Serrão (2004) recomenda. Além disso, verifica-se que estes procuram promover a inclusão dos pais/cuidadores neste processo com o intuito de estabelecer, com estes, uma verdadeira parceria de cuidados, através do seu envolvimento na prestação de cuidados aos filhos, nomeadamente no planeamento de cuidados e na tomada de decisão (Al-Yateem, Issa & Rossiter, 2015).

No que diz respeito à comunicação, Phaneuf (2005) revela que esta constitui uma ferramenta essencial para o estabelecimento de uma relação de ajuda. Na mesma linha de pensamento, a *Teenage Cancer Trust* (TCT, 2014, p.29) salienta que uma boa comunicação e a construção de um relacionamento terapêutico com o adolescente e com os seus familiares constitui, provavelmente, um dos maiores

desafios para os profissionais de saúde, exigindo destes, “habilidades de comunicação altamente desenvolvidas”. Reconhecendo esta realidade, os enfermeiros deste serviço, procuram estabelecer com o adolescente, uma comunicação bidirecional, utilizando estratégias específicas de comunicação, nomeadamente a utilização de exemplos na terceira pessoa e de perguntas abertas, tendo em consideração aquilo que a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010a) recomenda. Contudo, perante a ocorrência de dificuldades, nomeadamente, perante a presença de adolescentes cujo modo de apresentação é silencioso, os enfermeiros demonstram, frequentemente, dificuldades na relação, manifestadas por um afastamento face ao adolescente em causa. Mediante estes casos, a OE (2010a, p.24) recomenda que os enfermeiros se centrem noutros “aspetos que também caracterizam o adolescente” procurando desta forma “quebrar o gelo” e conseguir estabelecer um clima de confiança entre ambos.

Corroboro com Caeiro (2014), quando revela que os enfermeiros devem estar aptos a adequar a sua intervenção de acordo com as características e modo de apresentação dos adolescentes. Para tal, torna-se essencial o reconhecimento e a interiorização das premissas do algoritmo sobre o trabalho emocional com adolescentes, que se encontra em fase de implementação neste serviço, pois este permitir-lhes-á uma intervenção sustentada em evidência científica, esquematizada e de simples utilização, cujo objetivo é contribuir para a qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes nos serviços de saúde (Caeiro, 2014).

A observação das práticas de enfermagem, neste local, permitiu-me constatar ainda, que a informação relativa ao adolescente e à sua situação clínica é transmitida de forma apropriada, através da utilização de vocabulário adequado à sua faixa etária. Os enfermeiros mostram-se disponíveis a repetir informação e esclarecer dúvidas aos adolescentes e seus familiares sempre que necessário, garantindo que a informação transmitida é compreendida, de forma adequada. Como sugestão de melhoria, considero que poderia ser utilizada documentação, em suporte de papel, que permitisse complementar a informação transmitida oralmente, tal como sugere a TCT (2014).

No que concerne aos princípios éticos, é clara a preocupação dos enfermeiros em cumprir estes princípios, dando especial enfoque ao respeito pela “privacidade, confidencialidade e sigilo”, cumprindo com o que se encontra definido pela OE (2010a,

p.19). Desta forma, verifica-se que, aquando da realização de procedimentos invasivos e/ou procedimentos que impliquem a exposição corporal do adolescente, a equipa tem a preocupação de o transferir para uma outra sala, designada sala de tratamentos, onde é promovida total privacidade sobre o seu corpo e sobre a sua situação clínica. Nestes casos, permanece apenas na sala, um familiar (caso o adolescente o pretenda), bem como os profissionais de saúde necessários. Durante a realização de procedimentos que exijam a exposição corporal, os enfermeiros demonstram cuidado e respeito sobre o corpo do adolescente, expondo apenas a parte do corpo necessária para aquele efeito. Deste modo, comprova-se que os enfermeiros procuram garantir a sua privacidade, evitando a exposição corporal e atendendo-o, individualmente, em espaço privado, onde seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, obedecendo ao que se encontra definido por Queirós (2001). Importa salientar também a preocupação dos enfermeiros desta unidade na distribuição dos adolescentes pela enfermarias, procurando agrupá-los de acordo com o género, cumprindo com as orientações emanadas pela TCT (2014), que revela que para atender à privacidade e dignidade dos pacientes e melhorar a qualidade dos cuidados, deve haver uma preocupação, por parte dos profissionais de saúde, em agrupá-los de acordo com o género.

Já no que diz respeito à confidencialidade, constata-se que os enfermeiros têm o cuidado de não transmitir as informações fornecidas pelos adolescentes aos seus pais/cuidadores, exceto se colocar em causa algum risco para o adolescente e/ou outros, contudo, saliento como lacuna, o facto de, no seio da equipa multidisciplinar, a informação ser, por vezes, partilhada sem a prévia autorização do adolescente e sem lhe proporcionar qualquer benefício, contrariando as orientações definidas pela TCT (2014): os enfermeiros devem estar aptos a tomar decisões sobre as informações que devem permanecer confidenciais e as que devem ser partilhadas entre os outros elementos da equipa, considerando que essa decisão deve ser tomada em prol do melhor interesse para o doente. A título de exemplo, recordo uma situação na qual uma adolescente partilhou com uma das enfermeiras uma dúvida acerca da temática da sexualidade, que acabou por se tornar, no momento da passagem de turno, motivo de gozo no seio da equipa de enfermagem.

Para finalizar, considero pertinente salientar o facto dos enfermeiros se mostrarem disponíveis na flexibilização do horário das visitas, procurando assim

promover a visita dos amigos que, nos horários estipulados para esse efeito se encontram, geralmente, na escola ou em atividades extracurriculares. Este facto, permite constatar que os enfermeiros têm conhecimento da importância que os grupos de pares representam nesta faixa etária, reconhecendo que a aceitação pelos pares é uma das questões consideradas primordiais pelos adolescentes (Hockenberry & Wilson, 2011).

2. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO B

O serviço que denomino como serviço B trata-se de uma Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos (UTM), inserida num Hospital de referência no tratamento da pessoa com doença oncológica. Está organizado em duas áreas distintas, que dizem respeito ao serviço de internamento e ao hospital de dia (HD).

O serviço de internamento é composto por nove quartos de isolamento, que se destinam ao internamento da pessoa para realização de transplante de células progenitoras hematopoiéticas (TCPH). Ali são realizados diferentes tipos de TCPH (autólogos, alogénicos e haploidênticos), de acordo com a situação clínica de cada pessoa. Em contexto de ambulatório, no HD, podem ainda ser realizados transplantes com condicionamento de intensidade reduzida (RIC – *Reduced Intensity Conditioning*).

No HD, os doentes são acompanhados na fase pré e pós- TCPH. No que diz respeito à fase pré-TCPH, existe uma consulta na qual é realizada a preparação da pessoa e da sua família para o processo de TCPH e para todo o percurso inerente a este. Nesta consulta, são fornecidas todas as informações necessárias, sustentadas em suporte de papel, e esclarecidas as dúvidas dos doentes e dos seus familiares. É também no hospital de dia que se realizam grande parte dos procedimentos técnicos inerentes ao processo de TCPH, nomeadamente, a realização de colheitas de células por via periféricas (cifaferese), tanto a dadores como aos próprios doentes, garantindo-lhes todos os cuidados necessários inerentes a este procedimento. Aqui, são também administradas as terapêuticas de suporte necessárias (soros, antibióticos, antivíricos, imunossuppressores, fatores de crescimento hematopoiéticos, imunoglobulinas, suporte transfusional, entre outros), evitando assim internamentos desnecessários.

A equipa de enfermagem é comum ao internamento e ao HD, embora existam alguns elementos fixos no HD. Como tal, as intervenções de enfermagem identificadas nos dois contextos, embora sejam distintas, complementam-se.

2.1. Identificação das Intervenções de Enfermagem facilitadoras do processo de transição do adolescente hospitalizado

Para facilitar a compreensão e a distinção entre as intervenções de enfermagem identificadas no serviço de internamento e no HD do contexto de estágio B, opto por expô-las no **Quadro 2**, separadamente.

Quadro 2. Intervenções de Enfermagem facilitadoras do processo de transição do adolescente (Estágio B: Serviço de Internamento e HD):

SERVIÇO DE INTERNAMENTO

- Realização de um acolhimento adequado: Aquando da admissão de um adolescente, procura-se que o enfermeiro fique apenas com este doente atribuído no turno, para que possa realizar a sua admissão de forma adequada, fornecendo-lhe tempo, evitando interrupções, promovendo um ambiente calmo e transmitindo-lhe tranquilidade;
 - Utilização de estratégias e habilidades de comunicação adequadas: Verifica-se que existe uma preocupação da equipa em adequar o vocabulário e o tipo de comunicação de acordo com as características do adolescente que têm perante si, considerando não só a sua faixa etária mas também a sua capacidade de compreender a informação transmitida;
 - Promoção de um ambiente mais familiar e acolhedor, através da possibilidade dos adolescentes levarem para o hospital objetos pessoais, que sejam significativos para si: Apesar das restrições inerentes a uma UTM, os enfermeiros desta unidade incentivam os adolescentes a levarem consigo objetos pessoais significativos que possam tornar o ambiente mais familiar, contudo informam-nos, antecipadamente, sobre os objetos que podem ou não entrar na unidade, tendo em consideração que estes devem cumprir alguns requisitos de limpeza e desinfeção;
 - Compreensão sobre as necessidades específicas dos adolescentes: A equipa de enfermagem revela preocupação em dar resposta às necessidades do adolescente, quer às necessidades relacionadas com a faixa etária em que se encontra, quer às necessidades decorrentes da sua situação de doença, verificando-se frequentemente, discussões entre os elementos da equipa sobre a forma mais adequada das colmatar. Salienta-se também, uma
-

preocupação e dedicação dos enfermeiros, em conseguir dar resposta às necessidades da família, nomeadamente no que diz respeito às dinâmicas familiares e à existência de dificuldades na gestão familiar, verificando-se frequentemente, pedidos de colaboração de outros elementos da equipa multidisciplinar (psicóloga, psiquiatra, assistente social) bem como a colaboração de associações de apoio à criança / pessoa com doença oncológica (Ex: Associação Acreditar, Liga Portuguesa Contra o Cancro);

- Promoção da presença dos pais/cuidadores no hospital: Geralmente, um dos pais permanece na unidade com o adolescente, 24 horas por dia. Como tal, a equipa de enfermagem procura inclui-los na prestação de cuidados, procurando desenvolver com os mesmos uma verdadeira parceria de cuidados, através da sua inclusão na realização de alguns procedimentos, nomeadamente, aplicação de creme hidratante, incentivo à ingestão hídrica, higiene oral, entre outras atividades, exceto no caso de o adolescente demonstrar renitência relativamente à colaboração dos pais;

- Respeito pelo direito à confidencialidade: As informações transmitidas pelo adolescente permanecem, geralmente, confidenciais relativamente aos familiares, contudo, entre os elementos da equipa multidisciplinar, o princípio da confidencialidade nem sempre é respeitado;

- Respeito pelo direito à privacidade: A equipa procura manter a privacidade do adolescente. Para tal, com os recursos existentes, procura evitar a sua exposição corporal e procura ausentar-se do quarto para que o adolescente realize as suas atividades de vida diárias. De facto, o espaço físico deste serviço dificulta o respeito pela privacidade, contudo a equipa esforça-se para adaptar o ambiente, respeitando a sua individualidade e privacidade de forma a preservar a sua dignidade;

HOSPITAL DE DIA (HD)

- Promoção da presença dos pais / cuidadores: A equipa procura providenciar espaços cómodos para ambos, que permitam manter a privacidade do adolescente, tanto quanto possível;

- Reconhecimento das necessidades do adolescente e da família: Os enfermeiros procuram conseguir identificar as necessidades específicas tanto

dos adolescentes como dos seus familiares, possibilitando-lhes uma atuação individualizada e personalizada, no sentido das colmatar;

- Demonstração de disponibilidade e acessibilidade: Apresentam, de um modo geral, uma postura calma, são simpáticos e acolhedores. Procuram interagir com o adolescente, transmitindo-lhe confiança e disponibilizando-lhe tempo e espaço de acordo com as suas necessidades e solicitações;

- Transmissão de informação adequada e apropriada à idade: Existe uma preocupação em adequar a informação ao adolescente que têm perante si, adaptando a linguagem utilizada e tendo o cuidado de avaliar o nível de compreensão da informação transmitida antes de transmitir nova informação;

- Respeito pela autonomia do adolescente: Procuram promover o *empowerment* do adolescente, respeitando a sua capacidade de tomar decisões: Este facto tornou-se evidente em questões simples, tais como a decisão sobre a hora do tratamento do dia seguinte, ou a decisão sobre o local onde preferiam que fosse colocado o acesso venoso, entre outros.

2.2. Análise Crítica das intervenções de enfermagem à luz da evidência científica (serviço de internamento e HD)

A maioria dos adolescentes acompanhados na UTM, quer no internamento, quer no HD, têm como diagnóstico uma doença oncológica, o que exige que estes experienciem as tarefas de desenvolvimento inerentes à sua faixa etária, ao mesmo tempo que se vêm confrontados com a presença de uma doença crónica que pode envolver risco de vida (Hockenberry & Wilson, 2011). A prestação de cuidados de saúde de excelência revela-se, neste contexto, determinante, facto que é corroborado pela *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2015) que revela que a prestação de cuidados de saúde e o fornecimento de serviços de suporte apropriados podem determinar a forma como os adolescentes serão capazes de lidar com esta experiência.

De facto, a análise das práticas observadas, quer do serviço de internamento, quer do HD, permitem constatar que os enfermeiros deste serviço reconhecem a importância que as suas intervenções junto do adolescente podem representar, já que revelam uma preocupação em promover o seu bem-estar, procurando atenuar os sentimentos negativos inerentes à experiência que se encontram a vivenciar. Contudo, esta análise permite salientar também que existem algumas intervenções

de enfermagem que carecem de melhoria, pelo que é necessário dotar os enfermeiros de conhecimento específico sobre esta temática, como meio para melhorar e uniformizar as práticas de enfermagem, neste serviço.

A *American Cancer Society* (2016) reconhece a complexidade inerente à problemática do adolescente com cancro, salientando que o seu tratamento requer uma abordagem especializada durante o percurso do tratamento da doença, bem como um acompanhamento cuidadoso após o término do tratamento. Este facto é reconhecido pela equipa de enfermagem, que demonstra reconhecer a especificidade e complexidade inerente à prestação de cuidados ao adolescente com doença oncológica, intervindo no sentido de dar resposta às suas necessidades, procurando colmatá-las e, deste modo, atenuar as experiências negativas inerentes a este processo. Reconhecem que se trata de um momento, especialmente crítico para o adolescente, que exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000), que lhe permita implementar intervenções terapêuticas de enfermagem que propiciem o restabelecimento da sensação de bem-estar, promovendo ou facilitando a sua saúde (Meleis & Trangenstein, 1994). Para tal, procuram ter em consideração não só os aspetos relacionados com o tratamento da doença física do adolescente, mas também com outros aspetos, nomeadamente a autoimagem, os níveis de ansiedade, as dinâmicas familiares, as necessidades de comunicação, as relações com os grupos de pares e as suas perspetivas de vida futuras, correspondendo deste modo ao que a TCT (2014) recomenda.

Além do foco de atenção nos adolescentes, verifica-se também uma preocupação dos enfermeiros, com o bem-estar dos familiares, procurando apoiá-los e acompanhá-los no percurso de doença do seu filho e proporcionando-lhes cuidados capazes de dar resposta às suas necessidades individuais, já que, segundo a Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica (SIOPE) e *Jolanta Kwasniewska's Foundation* (JKF) os enfermeiros devem apoiar também os pais neste processo, pois estes desempenham um papel fundamental no apoio aos seus filhos (SIOPE & JKF, 2009). Neste sentido, Tomey & Alligood (2006, p.426) acrescentam que “os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e famílias que experienciam transições”, pelo que a sua presença e a sua participação nos cuidados pode constituir um fator facilitador na vivência do processo transicional pelo adolescente.

Tendo em consideração a complexidade inerente à prestação de cuidados ao adolescente com doença oncológica, Maas e Zagonel (2005) sugerem que os enfermeiros devem possuir além de competências técnicas e relacionais, habilidades de comunicação específicas que lhes permitam o desenvolvimento de uma comunicação eficaz com o adolescente, facilitando o estabelecimento de uma relação de ajuda com este. Na mesma linha de pensamento, Phaneuf (2005, p.15) revela que “a comunicação constitui uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda”, permitindo ao enfermeiro “conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento” (Phaneuf, 2005, p.17). Reconhecendo esta premissa, posso afirmar que, de facto, os enfermeiros deste serviço revelam preocupação face ao modo como estabelecem a comunicação com o adolescente, demonstrando preocupação em estabelecer com estes uma comunicação eficaz, através da utilização de vocabulário adequado e através da tentativa de promover discursos bidirecionais com os adolescentes, tal como a OE (2010a) recomenda. Contudo, julgo que este aspeto poderia ser melhorado, nomeadamente através da capacitação dos enfermeiros para a identificação de dificuldades na relação enfermeiro-adolescente (OE, 2010a). Para tal, importa que os enfermeiros estejam atentos ao modo como os adolescentes se apresentam, procurando adaptar a sua conduta de acordo com o seu modo de apresentação (OE, 2010a; Caeiro, 2014). No decorrer do ensino clínico, constatei que os enfermeiros consideravam a interação com adolescentes silenciosos e ou agressivos difícil, pois manifestavam dificuldade em minimizar as barreiras que impediam o desenvolvimento de uma relação entre ambos. A OE (2010a) sugere que estas barreiras devem ser minimizadas pelos enfermeiros, através da introdução de assuntos que sejam do interesse do adolescente, facto que não constatei durante a minha permanência neste serviço.

No que diz respeito à transmissão de informação, posso afirmar que existe uma clara preocupação, por parte da equipa de enfermagem, em informar, adequadamente o adolescente acerca da sua situação clínica e acerca dos tratamentos efetuados, principalmente, no que diz respeito aos efeitos secundários inerentes ao tratamento. Estes disponibilizam-se a repetir e clarificar a informação transmitida sempre que necessário, tal como o TCT (2014) preconiza. Na consulta pré-TCPH e no momento

da alta clínica é, efetivamente, entregue documentação, em suporte de papel, ao adolescente, o que considero uma mais-valia para consolidar a informação transmitida oralmente (TCT, 2014). Contudo, verifica-se que esta documentação é a mesma que é fornecida aos adultos, não estando por isso direcionada especificamente para a população desta faixa etária, estratégia que, segundo o TCT (2014), poderia ser facilitar da adaptação do adolescente à situação vivenciada. O mesmo não acontece com as crianças, que têm folhetos específicos para a sua faixa etária, com linguagem e ilustrações apropriadas que facilitam a sua compreensão acerca de todo o processo de TCPH e acerca dos cuidados inerentes ao mesmo. Valorizando o facto de nos encontrarmos na “era das novas tecnologias” e corroborando com o que se encontra estabelecido pela TCT (2014) considero que seria pertinente que os enfermeiros desta unidade sugerissem aos adolescentes a consulta de *sites* apropriados que possibilitassem consolidar as informações transmitidas pelos enfermeiros.

Saliento também, como aspeto positivo, o facto da equipa de enfermagem ter a preocupação de dar a conhecer as instituições de apoio ao doente oncológico, nomeadamente a associação Acreditar e a Liga Portuguesa Contra o Cancro, que assumem um papel importante no apoio ao doente oncológico e aos seus familiares. Para tal, preocupam-se em informá-los sobre as suas funções e sobre a forma como estes podem solicitar apoio, demonstrando disponibilidade para agir como intermediários entre o doente e a própria associação. Como sugestão de melhoria, saliento a necessidade dos enfermeiros transmitirem também informação ao adolescente sobre os aspetos inerentes à etapa de desenvolvimento em que se encontram, nomeadamente sobre a sexualidade e a preservação da fertilidade, sendo este último um tema gerador de grande preocupação para os adolescentes (TCT, 2014).

Segundo Bakke (2016), a educação sobre saúde sexual deve ser individualizada e deve ser iniciada na fase inicial da doença, dando-lhe continuidade ao longo de toda a trajetória. Na maioria dos casos, quando o adolescente é admitido nesta unidade, já foi submetido a uma série de tratamentos de quimioterapia (QT), pelo que é esperado que já tenha sido devidamente informado acerca das potenciais sequelas desses tratamentos sobre a fertilidade. No entanto, existem alguns casos particulares, tais como os adolescentes com doenças autoimunes, que devem ser informados sobre esta problemática logo na consulta pré-TCPH, devendo para tal ser-lhes fornecida

informação oral e escrita “de forma clara, oportuna e direta” (TCT, 2014, p.15) que lhes possibilite uma tomada de decisão informada acerca da eventual preservação das células reprodutoras. Sempre que possível, o adolescente deve estar acompanhado por um familiar (TCT, 2014).

Bakke (2016) revela que os adolescentes devem ser encarados pelos profissionais de saúde e pelas famílias, como seres multifacetados, com desejos sexuais e características emocionais semelhantes aos seus grupos de pares, salientando, desta forma, a necessidade de se incidir na educação dos adolescentes sobre a saúde sexual, proporcionando-lhes uma maior sensação de controlo e independência.

No que diz respeito ao ambiente físico, Sadeghi, Abdeyazdan, Motaghi, Rad e Torkan (2012), consideram que os adolescentes devem ficar agrupados em serviços destinados à sua faixa etária, dispondo de um ambiente físico apropriado e com possibilidade de estar entre os pares, contudo, face à escassez de unidades de adolescentes no nosso país, continuam a constatar-se lacunas neste âmbito. Importa, por isso, salientar que a equipa do HD, apesar das limitações existentes ao nível do espaço físico, demonstra preocupação face a esta necessidade, procurando, sempre que possível, promover um ambiente confortável, digno e familiar aos adolescentes e seus familiares, adequando as condições físicas existentes às suas necessidades, respeitando a sua privacidade e proporcionando o acompanhamento dos seus pais/cuidadores. Esta realidade permite-me atestar que estes enfermeiros promovem a criação de ambientes que propiciem a familiaridade e sentimento de segurança, cumprindo com o que se encontra estabelecido pela TCT citado por EONS (2015).

A observação das práticas de enfermagem, quer no serviço de internamento quer no HD, permite comprovar que a equipa reconhece a importância do respeito pela privacidade do adolescente, implementando medidas específicas para respeitar a sua privacidade, preservando a sua dignidade. Exemplo disso é o facto de demonstrarem respeito pelo seu corpo, evitando assim a sua exposição corporal desnecessária e proporcionando-lhes espaços apropriados para a realização de todos os procedimentos necessários. Porém, no que diz respeito à confidencialidade verificam-se algumas lacunas relacionadas essencialmente, com as quebras de sigilo que ocorrem no seio equipa multidisciplinar. Acredito que este facto aconteça por desconhecimento da equipa, pelo que me parece pertinente que estes tenham

conhecimento sobre as informações que devem permanecer confidenciais entre o adolescente e esse profissional de saúde (TCT, 2014), podendo haver quebra de sigilo se implicar risco de vida para o adolescente ou para outras pessoas, contudo o adolescente deve ser informado antecipadamente (Queirós, 2001). O direito da pessoa à confidencialidade sobre a sua situação de saúde, “encontra total proteção no dever de sigilo do enfermeiro” (OE, 2015, p.171) que deve manter a informação da pessoa em segurança, assumindo o dever de “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (OE, 2015, p. 78).

Para finalizar, importa ressaltar que os enfermeiros, tanto do serviço de internamento como do HD, têm conhecimento da complexidade inerente ao processo de cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica, estando por isso cientes da multiplicidade de transições que estes vivenciam. Uma vez que as transições são consideradas domínio de enfermagem e que, segundo Meleis (2012) quando os cuidados prestados são sustentados nos processos transicionais, existe uma maior probabilidade de recuperação e cura do doente, aquando da alta, importa sensibilizar estes enfermeiros para a prestação de cuidados transicionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desta análise reflexiva constituiu uma mais-valia para o meu percurso de aprendizagem e de desenvolvimento, já que me permitiu, identificar oportunidades de melhoria nos campos de estágio A e B, bem como repensar as minhas práticas.

Assim, em jeito de conclusão, posso afirmar que, em ambos os serviços se verifica uma dedicação dos enfermeiros em promover cuidados individualizados, centrados na pessoa, aos adolescentes, demonstrando preocupação em exercer as suas funções com o intuito de lhes promover processos transicionais saudáveis, capazes de propiciar o restabelecimento da sensação de bem-estar (Meleis et al., 2010). Contudo, a observação e análise das práticas dos enfermeiros, permitiu-me identificar também a presença de lacunas ao nível da prática de cuidados que carecem de intervenção e que dizem respeito, essencialmente, à necessidade de desenvolvimento de habilidades de comunicação e à necessidade de adotar estratégias que permitam ao enfermeiro promover o direito à confidencialidade do adolescente, já que este é considerado pela OE (2010a) como um dos princípios éticos inerentes à prestação de cuidados ao adolescente.

Este facto faz emergir a necessidade de proporcionar formação contínua e adequada aos enfermeiros de ambos os serviços, acerca da problemática do adolescente hospitalizado, para que estes estejam aptos a prestar cuidados de qualidade, que respondam, efetivamente, às necessidades específicas desta população.

No que diz respeito às minhas práticas, posso afirmar que, a realização deste trabalho, ao impulsionar-me para refletir sobre as mesmas, permitiu-me “construir saber a partir da reflexão sobre a prática” (OE, 2010b, p.31.), proporcionando-me aprendizagens importantes e contributos que serão determinantes para enriquecer o projeto de intervenção que me encontro a implementar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I., Rodrigues, B. & Simões, S. (2007). Hospitalização do adolescente. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*. 7(1), 33-39. Acedido a: 5/6/2016. Disponível em: http://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol7-n1/v.7_n.1-art4.refl-hospitalizacao-do-adolescente.pdf
- Al-Yateem, N., Issa, W. & Rossiter, R. (2015). Childhood stress in healthcare settings. Awareness and suggested interventions. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 38(2), 136-153. DOI: 10.3109/01460862.2015.1035465.
- American Cancer Society (2016). *Cancer in Adolescents*. Acedido a 5/9/2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-adolescents/what-are-cancers-in-adolescents.html#references>
- Bakke, A. (2016). Empowering our youth. Initiating sexual health education on the inpatient unit for the chronically ill pediatric patient. *Urologic Nursing*. 36(6), 267-273, 288. DOI:10.7257/1053-816X.2016.36.6.267.
- Caeiro, M. (2014). O trabalho emocional com adolescentes em situação de doença e hospitalização. Proposta de um algoritmo de intervenção em Enfermagem. *Revista Nursing*. Acedido a 3/6/2016. Disponível em: <http://www.nursing.pt/o-trabalho-emocional-com-adolescentes-em-situacao-de-doenca-e-hospitalizacao-proposta-de-um-algoritmo-de-intervencao-em-enfermagem-2/>
- European Oncology Nursing Society (2015). *Cancer in children and young adults*. Acedido a: 2/7/2016. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/magazine/2015Winter/EONSMagazine2015Winter.pdf>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9^o ed.), Loures: Lusociência.
- Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de Saúde-Doença do Ser Adolescente Hospitalizado. *Revista Cogitare Enfermagem*. 10(2). 68-75. Acedido a: 8/6/2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5014/3790>
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions. Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6), 255-259. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)

- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing. development & progress. (5th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a 10/2/2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=cf18f3b6-6429-4ca3-9f61-aecebb2f5a62%40sessionmgr4008>
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido a 15/5/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Modelo de desenvolvimento profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Acedido a 1/2/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf .
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Canada-Montreal: Lusociência.
- Queirós, A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sadeghi, N., Abdeyazdan, Z., Motaghi, M., Rad, M. & Torkan, B. (2012). Satisfaction levels about hospital wards`environment among adolescents hospitalized in adult ward vs. Pediatric ones. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 17(6), 430- 433. Acedido a 6/9/2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=f6f65b2c-be90-46c3-abb2-40d8ed75d856%40sessionmgr101>
- Serrão, D. (2004). Saúde e doença. In M. Neves & S. Pacheco. *Para uma ética da enfermagem. Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica & Jolanta Kwasniewska`s Foundation (2009). Padrões Europeus de cuidados às crianças com cancro. (Gil-da-Costa, M., Trad.). Acedido a 22/5/2016. Disponível em: https://www.siope.eu/wp-content/uploads/2013/09/European_Standards_Portuguese.pdf

- Teenage Cancer Trust (2014). *A blueprint of care for teenagers and young adults with cancer*. Acedido a 6/10/2016. Disponível em: <https://www.teenagecancertrust.org/sites/default/files/Blueprint-of-Care.pdf>
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2006) – *Nursing Theorists and their work*. (6ªed.). Philadelphia: Mosby
- Waldow, V. (2009). Momento de cuidar. Momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62 (1), 140-145. Acedido a 6/12/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>

Apêndice V – Estudo de caso



7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

Estudo de caso

Autor:
Diana Guerra

Lisboa
Dezembro de 2016



7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

Estudo de caso

Autor:

Diana Guerra

Professor Orientador: Prof. Eunice Sá

Lisboa,

Dezembro de 2016

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DH - Doença de Hirschsprung

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

OE - Ordem dos Enfermeiros

SU – Serviço de Urgência

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	6
1. DADOS DEMOGRÁFICOS.....	7
1.1. Identificação da Pessoa.....	7
1.2. ..Antecedentes Pessoais e Familiares.....	7
1.3. .. Hábitos de Vida.....	7
1.4. . Apoios Familiares e Identificação da Pessoa Significativa.....	8
1.5. ..Enquadramento Socioeconómico.....	8
1.6. ..Condições Habitacionais.....	9
1.7. ..Apoio Comunitário.....	9
1.8. .Experiências e Projetos de Vida.....	9
2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL.....	11
3. IMPACTO DA DOENÇA.....	15
4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS DE AFAF MELEIS.....	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Genograma. familiar.....	8
------------------------------------	---

INTRODUÇÃO

A realização do presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório, inserida no plano curricular do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Oncológica.

Trata-se de um estudo de caso, baseado numa situação real, cuja finalidade é realizar um estudo profundo sobre os problemas e necessidades de um paciente, o M., sua família e comunidade de forma a adquirir contributos que possibilitem estudar as melhores estratégias para solucionar e/ou reverter os problemas identificados.

Desta forma, com o intuito de adquirir o máximo de contributos, optei por seleccionar o caso do M., um adolescente de 14 anos com diagnóstico de doença de Hirschsprung (DH). O motivo que me levou a optar por este caso prende-se com o facto de considerar que o contributo da análise reflexiva da sua situação poderia ser benéfico não só ao nível do desenvolvimento de conhecimentos mas também ao nível da aquisição de capacidades para articular conhecimentos teóricos com conhecimentos práticos, possibilitando, desta forma, o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Assim, faço, ao longo do presente trabalho, um exercício de reflexão do conhecimento sobre o cuidar, enquanto processo de aprendizagem e crescimento, numa tentativa de explicar as competências adquiridas. Para tal, fundamento a minha análise em modelos teóricos e ideologias que fundamentam a prática de enfermagem, dando especial ênfase ao modelo teórico de Afaf Meleis.

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

1.1. Identificação da Pessoa

Nome: M.B.	Habilitações Literárias: 8º ano de escolaridade
Género: Masculino	Nome pelo qual gosta de ser tratado: Pelo primeiro Nome
Data de Nascimento: 3/07/2002	Religião: Católico (não praticante)
Idade: 14 Anos	Grupo Sanguíneo: O Rh +
Nacionalidade: Portuguesa	Sistema de Saúde: Serviço Nacional de Saúde
Residência atual: Vila Viçosa	

1.2. Antecedentes Pessoais e Familiares

À exceção da situação de doença atual há apenas a destacar varicela aos 8 anos de idade.

Relativamente a alergias, está descrito, em processo clínico, um episódio de reação anafilática na sequência da administração de cefotaxima[®], manifestada por alterações cutâneas (máculas) e prurido generalizado.

Sem antecedentes familiares relevantes.

1.3. Hábitos de Vida

Refere ter uma alimentação cuidada, fazendo 5 a 6 refeições por dia. Adapta a alimentação consoante o funcionamento do trânsito intestinal.

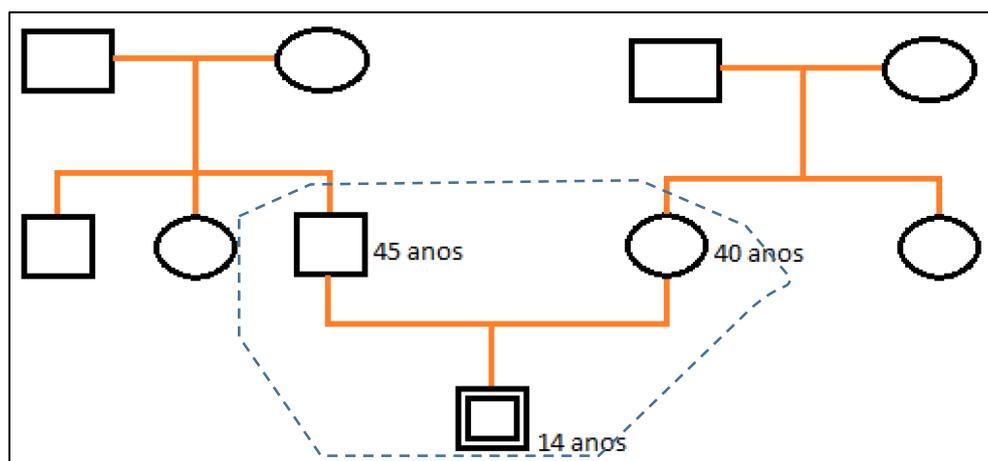
Atualmente não frequenta a escola devido à sua situação de doença. Gosta de praticar basquetebol e de andar de bicicleta com os amigos, no entanto, nos últimos meses não tem conseguido praticar qualquer atividade desportiva.

1.4. Apoios Familiares e Identificação da Pessoa Significativa

Ao longo do internamento, o M. permaneceu na companhia da mãe, que assume ser a pessoa mais disponível para o acompanhar. O pai, não estando presente fisicamente, tem a preocupação de o contactar diariamente, desempenhando um papel fundamental ao longo de todo o seu percurso de doença e hospitalização. Este, procura visitá-lo semanalmente, aos fins-de-semana, já que continua a exercer a sua atividade profissional no local onde residem (Vila Viçosa). O facto de não ter irmãos é, segundo a mãe, um aspeto que possibilita que os pais se dediquem por inteiro ao M.

Tanto o M. como a mãe destacam também o papel de uma tia materna, que reside em Lisboa, e que constitui um “ pilar ” para ambos (sic). Esta visita o M. duas a três vezes por semana e procura sempre levar-lhe algumas refeições e também jogos de computador. A sua presença permite que a mãe do M. se ausente do Hospital por curtos períodos, ficando a tia a substituí-la nesses momentos. Relativamente aos restantes elementos da família, assumem que é uma família unida e que, de uma forma geral, sentem um grande apoio por parte dos seus elementos. Para facilitar a compreensão da composição familiar e das suas relações interpessoais, apresento, de seguida, o seu genograma familiar.

Figura1. Genograma Familiar



1.5. Enquadramento Socioeconómico

Segundo informação da mãe do M., inserem-se, economicamente, na classe média, embora esta assuma que, devido aos períodos prolongados de baixa, tem sido

cada vez mais difícil manter o mesmo estilo de vida. Refere, portanto, que tem tido necessidade de, progressivamente, abdicar de alguns hábitos, principalmente idas ao cabeleireiro, esteticista, entre outros, para que “nada falte ao M.” (sic).

A mãe do M. trabalha num escritório como secretária administrativa enquanto o pai é proprietário de uma loja de materiais de construção.

1.6. Condições Habitacionais

O M. vive com os pais num apartamento em Vila Viçosa, de tipologia T3, onde tem um quarto próprio. Trata-se de um segundo andar com elevador, que possui saneamento básico, água, gás canalizado e rede elétrica.

O M. refere que gosta de ali viver, no entanto assume que gostava mais do apartamento onde viveu até há cerca de três anos atrás. Contudo percebe a necessidade que os pais tiveram de mudar de casa já que o anterior apartamento era arrendado.

Assumem que a mudança de casa implicou várias alterações para ambos e que, numa fase inicial “não foi fácil” (sic). Contudo, o M. revela que o facto de, nesta nova casa, ter dois amigos que vivem perto de si e com os quais gosta de andar de bicicleta, facilitou a aceitação desta mudança e a adaptação a este novo espaço.

1.7. Apoio Comunitário

Pertence ao centro de saúde de Vila Viçosa e não tem médico de família, uma vez que o anterior se reformou no início do ano de 2016.

Era acompanhado por uma pediatra numa clínica particular, no entanto desde o diagnóstico da DH, passou a ser seguido num hospital de Lisboa.

Quanto ao plano nacional de vacinação, a mãe refere que o M. tem todas as vacinas atualizadas.

1.8. Experiências e Projetos de Vida

Relativamente às experiências de vida, o M. refere que “tem tido uma vida normal” (sic). Não demonstra interesse em falar sobre este assunto, pelo que permaneceu maioritariamente em silêncio, respondendo apenas a questões fechadas, tais como: “O teu percurso escolar foi regular? Sim; No ano anterior tiveste boas

notas? Sim; houve alguma situação peculiar ao longo da vida que te tenha marcado de forma positiva e / ou negativa? Não.”

Quando questionado acerca dos seus projetos de vida, o M. permaneceu em silêncio. Percebi, através da comunicação não-verbal, que este era para si um “assunto tabu”. Como tal, optei por dar-lhe espaço para refletir e dei continuidade à entrevista direcionando-a para um tema do seu interesse, sustentando, assim, a minha intervenção nas orientações emitidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p.24): “É essencial estabelecer um clima de confiança antes de abordar temas sensíveis, começando a entrevista por questões informais, abordando assuntos do quotidiano (escola, amigos, lazer) ”.

Nesse mesmo dia, não consegui obter mais nenhuma informação acerca dos seus projetos de vida, contudo nos dias seguintes, ao longo da prestação de cuidados ao M. fui, informalmente, colocando questões relativamente à profissão que queria seguir e se queria ou não prosseguir os estudos e, consegui perceber que o M. ambicionava ser professor de educação física, no entanto não queria falar sobre este assunto pois sabia que a sua doença poderia constituir um impedimento para o exercício desta profissão.

2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

A história de doença atual do M. teve início na primeira infância associada a um quadro de obstipação crónica que, de acordo com informações da mãe, se manifestava por “cólicas, distensão abdominal e períodos de obstipação que chegavam aos quinze dias” (sic). Por esse motivo, recorreram várias vezes ao serviço de urgência do Hospital da sua área de residência, no entanto, segundo a mãe, “esta situação nunca foi devidamente valorizada” (sic). Foi, nesta altura, explicado à mãe do M. que estes episódios eram considerados normais nos primeiros meses de vida, mas que iria melhorar com a introdução da sopa e posteriormente com o aumento da atividade física associada ao início da marcha do bebé.

Ao longo da infância tornou-se constante a necessidade de recorrer, à administração de laxantes quer por via oral, quer por via retal, porém, de acordo com a mãe do M. este quadro de obstipação nunca apresentou melhorias. Por este motivo, houve necessidade de recorrer a vários médicos de diferentes especialidades com o intuito de encontrar soluções para esta situação.

Assim, conforme aconselhamento médico, o M. passou a cumprir uma dieta personalizada, rica em fibras, legumes e frutas, que, de acordo com ambos teve benefícios evidentes. Além disso, sempre que necessário, recorriam à administração de laxantes prescritos pela pediatra que o acompanhava.

Contudo, aos 10 anos de idade, na sequência de um episódio de obstipação com cerca de 15 dias de evolução, recorreram à pediatra que o seguia que, de imediato o encaminhou para o serviço de Urgência (SU) do Hospital Regional. Lá, foi observado por um cirurgião pediátrico, realizou um clister opaco e teve alta no próprio dia com indicação para cumprir um determinado protocolo terapêutico no domicílio. Passados dois dias, o M. continuava obstipado, pelo que houve necessidade de recorrer, novamente, ao SU do mesmo hospital. Desta vez, após avaliação clínica, optou-se por encaminhar o M. para um Hospital especializado na região de Lisboa. Aí, realizou ecografia e raio x abdominal, a partir dos quais se identificou distensão do colon e estase do seu conteúdo. Foi, neste momento, submetido a intervenção cirúrgica da qual resultou a colocação de uma ileostomia.

Neste seguimento, foram efetuados vários exames complementares de diagnóstico (ECD), tendo sido diagnosticado ao M.: Doença de Hirschsprung.

Ao fim de 6 meses a ileostomia foi encerrada, no entanto a sua situação clínica nunca ficou regularizada, já que as características das fezes passaram a ser sempre moles e/ou líquidas, resultando num quadro de incontinência fecal. De acordo com a mãe do M. surgiu, desta forma, a necessidade deste utilizar fralda, pois os episódios de incontinência tornaram-se cada vez mais frequentes e com predomínio noturno.

Desde então, foram realizadas várias cirurgias para alargamento de segmentos intestinais e também para reconstrução da ampola retal, cirurgias essas que o M. e a mãe não conseguem contabilizar.

Em Outubro de 2015, iniciou quadro de abscessos perianais e isqueorrectais recorrentes, pelo que em Dezembro do mesmo ano foi submetido a nova intervenção cirúrgica com o intuito de regularizar o trânsito intestinal e também de corrigir os abscessos existente. Desta cirurgia resultou uma nova ileostomia que acabou por se revelar pouco eficaz, tendo em conta os motivos que levaram à sua realização.

As complicações subsequentes a esta intervenção foram múltiplas, sendo que o presente internamento surge na sequência de uma dessas intercorrências.

De acordo com a mãe do M. a perda de líquido por via retal tornou-se uma constante, surgindo a necessidade deste utilizar sempre fralda de proteção. Sabendo que estas perdas estavam associadas à presença dos múltiplos abscessos retais, optou-se por internar o M. com o intuito deste ser submetido a uma intervenção cirúrgica para realizar o encerramento do colo retal.

No decorrer do internamento, surgiram uma série de complicações que acabaram por resultar no adiamento de todo este processo. Em primeiro lugar, as perdas que o M. apresentara passaram a ter características diferentes relativamente ao que se verificara anteriormente. Apresentava perda de conteúdo purulento por via retal e iniciou um quadro de febre com necessidade de antibioterapia sistémica, com piperacilina tazobactam® que posteriormente foi alterada para meropnem®.

Ao realizar o exame objetivo, observaram-se 2 fístulas perianais a partir das quais drenava conteúdo purulento. Desta forma diagnosticou-se uma infeção ativa, motivo pelo qual foi adiada a intervenção cirúrgica.

Durante o período em que realizei o ensino clínico, o M. manteve-se sob antibioterapia, contudo sem melhoria evidente da sua situação clínica. Referia sentir-se confortável em repouso, no entanto durante a realização da limpeza e desinfeção da região perianal descrevia uma dor aguda que classificava como dor 10, de acordo

com a escala numérica de avaliação da dor. Foi medicado com analgesia (paracetamol® 8/8h) alternado com metamizol magnésico® (8/8h).

Todo este acumular de situações provocou no M. e na mãe um sentimento de revolta e uma tristeza e ansiedade que foram crescendo progressivamente ao longo do internamento. Por este motivo, foi solicitado o apoio da psicóloga para ambos, que pareceu bastante benéfico para a mãe do M., mas pouco benéfico para o M. pois este, mantendo o seu modo de apresentação silencioso e por vezes hostil, optou por recusar a intervenção da psicóloga.

Face a esta situação, a equipa de enfermagem procurou encontrar outras estratégias para solucionar os problemas do M. e proporcionar-lhe tranquilidade e bem-estar. Neste sentido, a equipa uniu esforços, procurando responder adequadamente às suas solicitações. Numa fase inicial e, de acordo com o desejo do M., possibilitaram que, ao longo do internamento, este ficasse instalado num dos quartos de isolamento existentes naquela unidade, permitindo-lhe assim manter a sua privacidade e evitar a sua exposição corporal perante os outros, já que se sabe que a adolescência é um período muito difícil para se ser visto como diferente pelos seus pares e que o facto de se sentir diferente pode causar isolamento, solidão e depressão (Hockenberry & Wilson, 2011).

Em simultâneo, procuravam incentivá-lo a sair do quarto durante o dia, para que pudesse participar nas atividades desenvolvidas no serviço, direcionadas e adaptadas consoante os gostos e preferências dos adolescentes internados. Apesar do esforço e da dedicação da equipa, o M. recusou sempre participar nestas atividades, que incluíam não só trabalhos manuais e jogos como também atividades escolares.

No que diz respeito à temática da escola, o M. revelou que, para ele, esta não era uma prioridade e, além disso, as dores impediam-no de estar sentado. O facto de apresentar ileostomia e episódios frequentes de perda de conteúdo purulento por via retal eram também outro dos aspetos que o impedia de frequentar a escola e as atividades lúdicas existentes. Tentei, em colaboração com a equipa de enfermagem daquele serviço, encontrar alternativas que permitissem ao M. descobrir distrações e proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida. Assim, reconhecendo a importância que os grupos de pares têm nesta faixa etária, sugeri que se proporcionasse a visita dos seus amigos mais próximos. Esta hipótese foi discutida com o M. e com a sua mãe que, numa primeira fase, se mostraram pouco interessados. Perante esta

hipótese, o M. permaneceu em silêncio olhando para a mãe e nunca exprimiu a sua opinião, já a mãe demonstrou que “essa não era a sua principal preocupação” e que os amigos do M. também “tinham as suas vidas e viviam longe” (sic). Contudo numa segunda intervenção por parte da equipa, acabou por se conseguir proporcionar a visita de um dos amigos. Nesse momento, eu já não estava presente no local de estágio, no entanto soube, mais tarde, por via de uma das enfermeiras que, embora o M. não tenha exteriorizado a alegria que sentiu ao ver o amigo, “foi a primeira vez que este sorriu e brincou” (sic).

Analisando o percurso do internamento do M. e a sua relação com a equipa multidisciplinar, posso afirmar que este não decorreu de forma linear. De acordo com OE (2010, p.24), o facto de um adolescente ser silencioso e hostil, constitui, por vezes, “barreiras defensivas, que podem ser minimizadas, centrando-se o enfermeiro em outros aspetos que também caracterizam o adolescente”. Efetivamente considero que o modo de apresentação do M. (silencioso e um pouco hostil) trouxe dificuldades acrescidas à equipa na interação com o mesmo. Talvez por esse motivo, o M. tenha tido mais dificuldade na adaptação à sua situação clínica e ao contexto hospitalar. Portanto, considero que é urgente preparar os enfermeiros para lidar com os adolescentes hospitalizados, reconhecendo a sua especificidade e unicidade. É por este motivo que concordo com Maas e Zagonel (2005), quando referem que os enfermeiros têm pouca preparação no que diz respeito ao acolhimento do adolescente no hospital, pela escassa informação a respeito das características inerentes a esta etapa da vida, fator que dificulta a sua adaptação face à hospitalização.

3. IMPACTO DA DOENÇA

Ao realizar a entrevista ao M., tornou-se evidente que a sua situação de doença lhe causara um grande impacto.

A colheita de dados foi realizada num ambiente calmo e tranquilo, de acordo com as solicitações do M. e com algumas interrupções a seu pedido. Foi solicitada a sua colaboração para a recolha de dados e também a colaboração da mãe, respondendo ambos de forma afirmativa.

Para a recolha de dados inicial, foi solicitada a presença da mãe que se mostrou recetiva e interessada em participar. A sua presença foi essencial, já que esta além de relatar, de uma forma clara e sucinta, todo o percurso de vida do M. também exteriorizou os seus sentimentos, emocionando-se por vezes ao descrever alguns episódios particulares. No que diz respeito ao modo de apresentação do M., posso afirmar que este permaneceu silencioso, deixando que a mãe assumisse o papel de orador. No entanto, no decorrer da entrevista, o M. foi-se mostrando mais recetivo à minha intervenção, tornando-se mais colaborante e comunicativo. Para tal, houve necessidade de adaptar a minha comunicação ao contexto, às preocupações e interesses do M., dando-lhe espaço e tempo para se exprimir, demonstrando-lhe total disponibilidade para o escutar e mudando de assunto, sempre que necessário, procurando deste modo corresponder ao que Phaneuf (2005, p.113) considera ser uma comunicação funcional, cujas características são: “simplicidade, concisão, precisão, clareza, pertinência, flexibilidade e adaptação ao contexto e preocupações e interesses da pessoa”.

Embora, nalguns momentos, não tenha conseguido obter informações de forma direta por parte do M. relativamente a alguns dos temas abordados, posso afirmar que consegui conhecer melhor o M. e perceber as principais dificuldades/problemas que a presença desta doença acarreta. Para tal, realizei uma entrevista estruturada e organizada, fazendo-me valer da premissa de que esta “constitui um espaço privilegiado no contacto com o adolescente para conhecer o seu estado de saúde, estilos de vida, identificar problemas, preocupações, necessidades e competências e, simultaneamente, transmitir informações com vista a prevenir eventuais alterações da sua saúde, tanto física como psicossocial” (OE, 2010, p.21).

Desta forma e, de acordo com as informações obtidas, posso afirmar que existem quatro aspetos essenciais que causam um grande impacto na vida do M.,

constituindo elementos dificultadoras para a concretização de uma transição saudável: Dor, autoimagem, relação com o grupo de pares e dependência da mãe relacionada com a incapacidade de cuidar da ileostomia.

- Dor: Refere sentir dor 10, de acordo com a escala numérica de avaliação da dor, à mobilização e quando se senta. De acordo com o M., esta dor impede-o de realizar as suas atividades de vida diárias, o que causa um grande impacto no seu dia-a-dia. Assume que a sua posição de conforto é a posição *semi-fowler*, pelo que opta por passar a maior parte do tempo deitado na cama ou no sofá.

Refere que esta situação tem sido progressiva e, por este motivo, há cerca de 1 mês atrás iniciou terapêutica analgésica em horário fixo.

- Autoimagem: Embora não fale deste assunto abertamente, é visível que a presença da ileostomia lhe causa um grande transtorno. Refere que desde a cirurgia veste preferencialmente “t-shirts e camisolas largas para que não se note o saco” (sic). Quando questionado, refere que no último verão praticamente não saiu de casa porque não queria que as pessoas vissem, e como vive numa cidade pequena, todas as pessoas sabem o que aconteceu.

- Relação com o grupo de pares: O M. assume que mantém contacto com dois amigos que vivem perto de si, contudo refere que com os amigos da escola houve um grande distanciamento. Com estes, mantém contacto através das redes sociais, o que refere ser suficiente. Demonstra um sentimento ambíguo face a esta questão, pois se por um lado tem saudades dos amigos, por outro lado tem receio que estes “o tratem de forma diferente” (sic.).

- Dependência da mãe: A procura da independência constitui uma característica inerente a esta fase da vida (adolescência). Na presença de uma doença crónica na adolescência, atingir a independência “pode ser difícil (...) especialmente para aqueles que dependem de outros para os cuidados diários” (Hockenberry & Wilson, 2011, p.908). O M. ao recusar cuidar da sua ileostomia e ao atribuir essa responsabilidade à mãe, foi-se tornando mais dependente desta. Contudo, quando confrontado com essa questão dizia que “era capaz de o fazer sozinho, mas assim é mais rápido” (sic), assumindo um certo constrangimento relacionado com esta dependência.

Além dos quatro aspetos supracitados, também a necessidade de hospitalização bem como a necessidade de adiar a intervenção cirúrgica na sequência do processo

infecioso, causaram um grande impacto no M. Este revelou, de forma indireta, que compreende a necessidade de estar hospitalizado e assume que, desde o início do internamento, tem sentido progressos. Contudo refere que “não gosta de estar no hospital” (sic). Quando foi questionado acerca daquilo que poderia ser feito de forma a promover a sua adaptação ao meio hospitalar para que este se sentisse tão bem quanto possível, o M. preferiu não responder, encolhendo os ombros e dizendo que “não sabia” (sic). Percebi, neste momento, que, de facto a hospitalização era para si um assunto tabu, pelo que optei por “quebrar o gelo” com assuntos do seu interesse pessoal. Mais tarde, e voltando a incidir na temática da hospitalização, o M. acabou por referir que o facto de estar sozinho no quarto e de ter acesso à internet constituíam aspetos facilitadores da sua adaptação ao ambiente hospitalar. Importa considerar que para o adolescente, a hospitalização implica múltiplas e complexas modificações, nomeadamente ao nível da qualidade de vida e das suas rotinas e papeis. Implica a interrupção de projetos futuros, sonhos e realizações, situado num ambiente hostil, de riscos e morbilidades, além de conviver com as transformações próprias dessa fase (Hockenberry & Wilson, 2011).

4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS DE AFAP MELEIS

Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de desenvolver características específicas de atuação junto dos doentes e famílias, sustentadas em processos interativos que promovam a valorização da visão humanística dos cuidados. Desta forma, além do conhecimento que fundamenta as competências técnicas e científicas, o enfermeiro deve procurar desenvolver conhecimentos e capacidades que lhes permitam intervir junto dos doentes, promovendo a sua adaptação quando estes experienciam transições (Maas & Zagonel, 2005).

Analisando a situação concreta do M. e valorizando o facto de se tratar de um doente com 14 anos, deve ter-se em consideração que este está enquadrado numa etapa específica da vida (adolescência), na qual atravessa uma fase de profundas alterações quer a nível do seu crescimento quer a nível do seu desenvolvimento intelectual. Desta forma, o envolvimento social com o grupo de pares e relações íntimas, a procura da autonomia face à família, a busca pela sua identidade e pela definição de um futuro, associado a uma maturação física e a um raciocínio que já demonstra complexidade enquadra as características únicas do adolescente, e desta fase de adolescência (Opperman & Cassandra, 2001).

A simultaneidade da adolescência, da doença e da hospitalização exige, dos enfermeiros, conhecimentos e competências específicas bem como sensibilidade para perceber a verdadeira essência dessa vivência pelo adolescente (Maas & Zagonel, 2005). Para tal, torna-se fulcral a utilização de referenciais teóricos advindos das teorias de enfermagem, com o intuito de fortalecer a prática, revelar conceitos e dar visibilidade ao trabalho do enfermeiro contribuindo para uma melhor articulação entre a teoria e a prática. Partindo desta premissa, considero essencial reconhecer o modelo teórico de Afaf Meleis, pois percebendo-o e interiorizando-o, torna-se mais fácil para os enfermeiros entender o processo inerente à transição, possibilitando-lhe uma intervenção atempada e adequada como elemento facilitador da mesma.

Para esta teórica, a transição é definida como uma passagem de uma fase da vida, condição ou *status*. Remete para o processo e o resultado das interações complexas entre ambiente e pessoa. É um conceito multidimensional, que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções (Meleis, 2012). Neste sentido, os enfermeiros ocupam-se dos indivíduos quando estes experienciam,

antecipam ou completam as transições, pois segundo Tomey e Alligood (2006, p.426) “os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e famílias que experienciam transições”.

Os tipos de transição com que os enfermeiros lidam na interação com o doente/família podem ser: de desenvolvimento; de saúde-doença; situacionais e Organizacionais. Estas têm padrões de multiplicidade e complexidade, uma vez que há situações em que os indivíduos experienciam mais do que uma transição em simultâneo (Tomey & Alligood, 2006). A natureza das transições sugere que os enfermeiros necessitam de considerar os padrões de todas as transições significativas de um indivíduo ou família e não se concentrarem num tipo específico de transição (Meleis, 2012).

Desta forma, reportando-me ao caso do M., pode constatar-se que este vivenciou uma multiplicidade de transições, considerando: a transição da infância para a idade adulta – adolescência (transição de desenvolvimento); a presença de uma doença crónica (transição saúde-doença); a alteração de papéis familiares (transição organizacional) e a necessidade de hospitalização (transição situacional).

No que diz respeito às propriedades da transição, posso afirmar que o M. já iniciou o processo de consciencialização, porque já percebeu que a sua situação clínica o impede de exercer a sua atividade escolar e desportiva e tem conhecimento de que as repercussões desta doença, no futuro, poderão trazer dificuldades acrescidas para a concretização dos seus projetos de vida, nomeadamente no que concerne à sua ambição de ser professor de educação física.

Quanto aos condicionantes da transição, pode-se constatar a presença de fatores inibidores de uma transição saudável, de entre os quais destaco: recusa em exercer o autocuidado sobre a sua ostomia, o que o tornava mais dependente da mãe numa fase da vida caracterizada pela procura da independência dos pais (Hockenberry & Wilson, 2011); preocupação com a auto-imagem que o fazia sentir vergonha, pelo que procurava evitar expor-se perante os outros, usando roupas largas para que não fosse visível o saco de ostomia e evidenciando, deste modo, um sentimento de negação e recusa face à presença da doença e suas repercussões; interrupção de relações com os grupos de pares, particularmente com os amigos da escola, podendo identificar-se como fator facilitador o facto de ter acesso a internet e possibilidade de contactar com estes por esta via.

De facto, os fatores inibidores de uma transição saudável, neste caso específico, são evidentes. No entanto, é importante considerar que, ao longo do ensino clínico, se verificaram progressos, quer no que diz respeito à sua situação clínica, quer no que diz respeito à sua adaptação à situação de doença e suas implicações. Apesar dos progressos verificados, posso afirmar que não foram ultrapassados, na sua plenitude, os fatores inibidores do processo de transição, já que se continuou a verificar uma dificuldade significativa por parte do M. no desempenho do seu papel, nomeadamente nos comportamentos e nos sentimentos associados à sua situação. Neste sentido, importa afirmar que, relativamente aos indicadores de resultado, foram verificados progressos ao nível do autoconhecimento sobre o seu diagnóstico e sobre a prevenção de complicações, contudo, não foi conseguida a aquisição de novas competências que permitissem lidar com a sua nova condição de forma adequada, o que o impossibilitou de alcançar os indicadores de mestria. Por este motivo, pode constatar-se que, até ao final do meu ensino clínico, o M. não experienciou uma transição saudável.

Face ao exposto, posso afirmar que apesar do esforço, dedicação e empenho da equipa de enfermagem daquele serviço e, apesar de terem sido conseguidos alguns progressos, não foi conseguido o objetivo principal: promover uma transição saudável ao M., uma vez que de acordo com Meleis e Trangenstein (1994) os indicadores de sucesso da transição traduzem-se num bem-estar emocional, na manutenção de relações interpessoais e na aquisição de mestria, facto que não se constatou nesta situação específica.

Acredito que esta situação tenha ocorrido, em parte, devido à dificuldade demonstrada por alguns elementos da equipa no estabelecimento de uma relação de ajuda com o M. Talvez pela escassez de informação acerca da etapa específica da adolescência ou talvez pela ausência de documentos específicos (por exemplo: guias de boas práticas), que direcionem e uniformizem a prática de cuidados de enfermagem daquele serviço. Por este motivo, considero que estes enfermeiros deveriam ter formação contínua e apropriada como forma de melhorarem e uniformizarem as suas práticas, para que a promoção de transições saudáveis a todos os adolescentes se torne uma realidade.

Ao longo do ensino clínico, assisti a alguns debates, em equipa, sobre o M., e quando optei por escolhê-lo como foco da minha atenção para a realização deste

trabalho, ouvi comentários da equipa como: “Esse vai ser difícil...” (sic), “Há outros que falam mais...”. Talvez o facto de o M. ser um “adolescente difícil” tenha sido o motivo que me levou a escolhe-lo, pois para mim conhecê-lo, intervir junto dele e da sua mãe e cuidar dele, foi uma experiência muito enriquecedora pessoal e profissionalmente e também gratificante pois considero que a minha intervenção trouxe benefícios que espero que sejam benéficos para o seu percurso de vida.

Apesar da minha interação com o M. não ter sido linear, posso afirmar que a utilização de conhecimentos específicos sobre a etapa da adolescência e o conhecimento de intervenções de enfermagem facilitadoras da transição do adolescente constituíram mais-valias essenciais para a minha intervenção. Também a interiorização do algoritmo sobre o trabalho emocional com adolescentes constituiu uma ferramenta essencial para me guiar e orientar durante a realização da entrevista ao M. De ressaltar que, ao longo do ensino clínico, fui tentando adaptar a minha intervenção de acordo com os comportamentos/atitudes dos adolescentes, procurando colmatar as dificuldades sentidas na interação, já que, a OE (2010), preconiza que o enfermeiro deve conduzir a entrevista de acordo com o modo como o adolescente se apresenta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pertinência deste campo de estágio e da realização do presente trabalho, prende-se com o reconhecimento de que o nosso conhecimento advém de uma profunda sinergia entre as aprendizagens formais, onde se privilegia uma via simbólica de construção do conhecimento, e um contexto de trabalho em que se privilegia uma via de construção do conhecimento baseada na experiência.

Partindo desta premissa, posso afirmar que, tanto a experiência proveniente do ensino clínico como a realização deste trabalho trouxeram-me contributos incalculáveis. Assumo que, conhecer o M., o seu percurso de vida e perceber o impacto que esta doença teve para si constituiu um dos principais contributos deste campo de estágio. A possibilidade de participar ativamente no seu percurso de doença e funcionar como “elo de ligação” entre o M. e a equipa permitiu-me aplicar os conhecimentos teóricos no contexto da prática de cuidados, o que se traduziu no desenvolvimento das minhas competências técnicas e relacionais no processo de cuidar do adolescente.

Importa considerar que, neste percurso, deparei-me com algumas adversidades e dificuldades. Julgo que não as consegui ultrapassar na sua plenitude, contudo sinto que fui capaz das colmatar, conseguindo desta forma atingir os objetivos a que me propus inicialmente. Assumo, que a presença destas dificuldades e adversidades provocaram, em mim, um sentimento ambíguo, pois se por um lado exigiram um esforço acrescido para as ultrapassar, por outro lado incentivaram-me a repensar as minhas práticas, permitindo-me encontrar estratégias sustentadas naquilo que são as boas práticas em enfermagem.

Para finalizar, importa também mencionar a importância que a equipa de enfermagem daquele serviço representou neste meu processo de aprendizagem, já que muitos deles, sendo peritos no cuidado ao adolescente, me transmitiram conhecimentos essenciais que, decerto, servirão de base para conseguir atingir a excelência na prestação de cuidados ao adolescente hospitalizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9º ed.), Loures: Lusociência.
- Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de Saúde-Doença do Ser Adolescente Hospitalizado. *Revista Cogitare Enfermagem*. 10(2). 68-75. Acedido a: 8/6/2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5014/3790>
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions. Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6), 255-259. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing. Development & Progress*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Opperman, S., & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido a 15/5/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2006) – *Nursing Theorists and their work*. (6ªed.). Philadelphia: Mosby

Apêndice VI – Alterações físicas, psicológicas e emocionais de dois adolescentes internados numa unidade de adolescentes



**7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica**

**Alterações físicas, psicológicas e emocionais de dois
adolescentes internados numa unidade de adolescentes**

**Autor:
Diana Guerra**

**Lisboa
Março de 2017**



**7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica**

**Alterações físicas, psicológicas e emocionais de dois
adolescentes internados numa unidade de adolescentes**

**Autor:
Diana Guerra**

Professor Orientador: Prof. Eunice Sá

**Lisboa
Março de 2017**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IAC – Instituto de Apoio à Criança

OE - Ordem dos Enfermeiros

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCE – Traumatismo craneoencefálico

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1.HOSPITALIZAÇÃO DE ADOLESCENTES NUMA UNIDADE DE ADOLESCENTES	7
1.1. Adolescente 1 – A.S.	8
1.1.1. Antecedentes pessoais e familiares.....	9
1.1.2. Relações familiares e grupo de pares.....	9
1.1.3. Comportamentos de risco.....	9
1.1.4. Motivo de internamento.....	9
1.1.5. Impacto da doença e hospitalização.....	10
1.2.Adolescente 2 – P.G.	13
1.2.1. Antecedentes pessoais e familiares.....	13
1.2.2. Relações familiares e grupo de pares.....	13
1.2.3. Comportamentos de risco.....	14
1.2.4. Motivo de internamento.....	14
1.2.5. Impacto da doença e hospitalização.....	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

INTRODUÇÃO

A adolescência e a juventude são, geralmente, os períodos mais saudáveis do ser humano, com menores índices de morbidade e mortalidade face a outros grupos etários (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2010), pelo que a presença de uma doença e a necessidade de hospitalização, nesta fase da vida, constituem fenómenos raros, associados, frequentemente, a sentimentos negativos (Farias, Gabatz, Terra, Couto, Milbrath, & Schwartz, 2017). Este facto imprime uma conotação negativa à hospitalização causando, por conseguinte, uma maior dificuldade na aceitação e gestão da situação, não só pelo adolescente, mas também pelos seus familiares (Abreu & Azevedo, 2012), que se vêm confrontados com uma série de mudanças inesperadas associadas muitas vezes a sentimentos de culpa e de perda (Calvetti, Silva & Gauer, 2008).

O adolescente, pelas características inerentes à sua faixa etária, vivência uma série de mudanças, que englobam a dimensão física, psicológica, emocional, socio-relacional e moral (Gameiro, 2016), numa fase da vida em que a procura da independência da família e o planeamento de objetivos futuros são considerados aspetos primordiais (Hockenberry & Wilson, 2011). Aliado a estas mudanças que, de acordo com Meleis (2010), são consideradas transições de desenvolvimento, o adolescente vê-se confrontado com uma série de outras alterações decorrentes da experiência de doença e hospitalização, imprimindo um padrão de complexidade e multiplicidade às transições por si vivenciadas.

Por este motivo, Caeiro (2014) considera que o processo de hospitalização do adolescente pode torna-se um desafio para os enfermeiros que com eles procuram estabelecer uma relação terapêutica, já que exige que estes compreendam as suas necessidades individuais, atuando de acordo com estas. Deste modo, procura-se que o enfermeiro atue como agente facilitador do processo de transição (Meleis & Trangenstein, 1994), através da prestação de cuidados sustentados em processos transicionais (Meleis, 2010).

Na Carta da Criança Hospitalizada pode ler-se que “a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família” (Instituto de Apoio à Criança, IAC, 2009, p.25) e que “o hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades

físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança” (IAC, 2009, p.24). De forma a cumprir com o que foi anteriormente referido, assume particular importância a necessidade de hospitalização do adolescente em unidades apropriadas (Unidades de Adolescentes), bem como a necessidade de formação contínua e especializada dos profissionais de enfermagem no sentido destes promoverem aos adolescentes cuidados de qualidade.

Partindo desta premissa, optei por elaborar o presente trabalho, no âmbito da realização do estágio A, onde pretendo apresentar dois adolescentes, um do sexo masculino e uma do sexo feminino, procurando descrever, ao longo do mesmo, as repercussões físicas, psicológicas e emocionais decorrentes da situação de doença e hospitalização.

1. HOSPITALIZAÇÃO DE ADOLESCENTES NUMA UNIDADE DE ADOLESCENTES

A hospitalização do adolescente representa um momento particularmente crítico no seu percurso de vida, significa necessidades e demandas complexas, uma vez que ao transitar de uma situação de saúde para uma situação de doença, “modifica-se a qualidade de vida, as rotinas e papéis, interrompe projetos futuros, sonhos e realizações, situado num ambiente hostil de riscos e morbidades, além de conviver com as transformações próprias dessa fase” (Maas & Zagonel, 2005, p.71).

As primeiras Unidades de Adolescentes surgiram nos anos 50, contudo, em Portugal só foram implementadas nos anos 90 (Abreu & Azevedo, 2012) e, atualmente continuam a ser escassas face às necessidades existentes. Por este motivo, o internamento de adolescentes em unidades de pediatria e/ou serviços de adultos continua a ser uma constante, contrariando aquilo que se encontra preconizado: “As crianças (...) devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança” (IAC, 2009, p.22).

A presença de uma doença e a necessidade de hospitalização do adolescente implicam que este seja retirado do seu ambiente familiar, seguro e afetuoso, afastado do seu núcleo de pessoas significativas e das suas atividades sociais, assumindo o papel de pessoa que é cuidada por outro (Diogo & Baltar, 2014), ao mesmo tempo que experiênciam uma série de mudanças inerentes à faixa etária que atravessa. O modo como cada adolescente encara a necessidade de hospitalização é divergente, contudo “de uma maneira geral os efeitos são de negação da doença, revolta, culpa, sensação de punição, ansiedade, depressão (...) solidão e regressão emocional” (Honicky & Silva, 2009, p. 46).

Neste contexto, cabe ao enfermeiro a prestação de cuidados individualizados que procurem promover a empatia e confiança, facilitando o desenvolvimento de uma relação de ajuda entre ambos. Para tal, importa que o enfermeiro conheça, verdadeiramente, o adolescente de quem cuida de modo a direcionar a sua interação de acordo com as suas características específicas. Isso implica, conhecer todos os dados relativos ao adolescente (obtidos através da anamnese) e estar atento às suas manifestações ao longo do internamento, que englobam as suas respostas verbais e não-verbais. Para um cuidado individualizado torna-se necessário, também, a

identificação das alterações físicas, psicológicas e emocionais dos adolescentes decorrentes da experiência de doença e hospitalização, de forma que o enfermeiro possa agir em conformidade as mesmas, colmatando-as. Neste sentido, Abreu e Azevedo (2012) consideram que os enfermeiros são quem melhor identifica os receios, as inseguranças e as dificuldades dos adolescentes em contexto hospitalar, pelo que estes devem mostrar-se recetivos e sensíveis às suas necessidades implícitas e explícitas.

De forma a salientar a importância da identificação destas alterações por parte dos enfermeiros, apresento, de seguida, os dados relativos a dois adolescentes internados numa unidade de adolescentes, identificando as alterações físicas, psicológicas e emocionais ocorridas neste processo. Por uma questão de sigilo, identifico-os ao longo do trabalho como adolescente 1 (A.S.) e adolescente 2 (P.G.).

1.1. Adolescente 1 – A.S.

Nome: A.S.	Habilitações Literárias: 9º Ano de escolaridade
Género: Feminino	Nome pelo qual gosta de ser tratado: Pelo primeiro Nome
Idade: 15 anos	Religião: Católico (não praticante)
Nacionalidade: Portuguesa	Naturalidade: Ponte de Lima
Residência atual: Lisboa	Sistema de Saúde: Serviço Nacional de Saúde (SNS)

1.1.1. Antecedentes pessoais e familiares

Nega antecedentes pessoais, fazendo referência, apenas, a alergia ao pólen. Quanto aos antecedentes familiares, a mãe refere que o pai da A.S. foi consumidor de drogas durante cerca de 15 anos e, neste momento encontra-se integrado num programa de reabilitação, pelo que está internado há cerca de três semanas.

1.1.2. Relações familiares e grupo de pares

A A.S. revela que tem uma excelente relação com a mãe e com a irmã mais nova, de 13 anos, contudo assume que com o pai a relação é distante. Esta refere que o pai “passa muito tempo fora de casa” (sic), facto que dificulta a aproximação entre ambos.

No que diz respeito ao grupo de pares, salienta a relação com duas amigas “com quem partilha tudo” sic. Estas frequentam a mesma escola e a mesma turma desde o 5º ano e uma delas partilha também consigo a atividade desportiva (natação).

1.1.3. Comportamentos de risco

Perante a colocação desta questão, a A.S. mostrou-se apreensiva. Como tal, optei por mudar de assunto para outra temática do seu interesse. Mais tarde, voltei a incidir nesta questão e a A.S. acabou por assumir que consumia tabaco (cerca de 5 cigarros por dia), solicitando-me para que não o revelasse à sua mãe. Para esconder este facto da família, fuma apenas na escola e quando saía com as amigas, sendo que tem o cuidado de ter sempre consigo “rebuçados de mentol para que a mãe não perceba” (sic).

1.1.4. Motivo de internamento

O motivo que leva esta adolescente ao internamento daquela unidade prende-se com alterações do padrão alimentar que, de acordo com a mãe se têm vindo a verificar desde há cerca de 1 ano. A A.S., inicialmente, preferiu não falar sobre este assunto, solicitando o apoio da mãe, contudo ao longo da entrevista foi-se tornando mais participativa e colaborante, transmitindo a informação necessária. Assume que não tem apetite e que por isso começou a reduzir a ingestão alimentar, no entanto, a mãe reforça dizendo que “salta refeições”, tendo dias em que cumpre apenas 1 refeição por dia e mesmo essa refeição é em quantidade insuficiente, facto que tem

sido mais evidente nos últimos meses e que se traduziu na perda ponderal de cerca de 12 Kg, pesando atualmente 34 Kg.

À medida que a mãe da A.S. ia descrevendo a sua situação, esta começara a afastar-se, apresentando uma postura retraída e mostrando-se chorosa, por períodos. Refere que “não quer ser assim” (sic) e que por isso até se esforça para comer melhor, mas não consegue.

A mãe demonstra preocupação com a situação e refere que se empenha na elaboração de menus saudáveis, tendo em consideração as preferências da A.S., no entanto, independentemente da ementa, esta recusa a refeição ou ingere quantidades insignificantes.

Perante este quadro e tendo em consideração a perda ponderal acentuada desta adolescente, foi proposto o seu internamento nesta unidade.

1.1.5. Impacto da doença e hospitalização

Quando confrontada com a necessidade de ficar hospitalizada, a A.S. revela que ficou surpreendida, já que não considerava que a sua situação clínica o exigisse. Como tal, numa fase inicial, implorou para não ficar no hospital, prometendo que, faria um esforço acrescido para colmatar a situação em casa. Contudo, tal facto não foi possível, já que além de um controlo alimentar rigoroso, a A.S. necessitava de realizar soroterapia, por desidratação, bem como reposição iónica com magnésio e potássio.

À chegada ao serviço de internamento, após ter sido admitida no serviço de urgência, esta adolescente encontrava-se pálida, com aspeto muito emagrecido, fácies triste e chorosa. Pouco comunicativa e renitente na primeira abordagem, procurava impedir a aproximação da equipa de enfermagem que, desde início, se mostrou disponível demonstrando sensibilidade face a esta problemática.

A enfermeira, responsável pelo turno da tarde em que a A.S. foi admitida no serviço, teve o cuidado de procurar instala-la numa enfermaria com outras adolescentes da mesma faixa etária, onde se encontrava internada uma menina de 16 anos, muito comunicativa e bem-disposta, pois consideraram que o contacto entre ambas, poderia ser facilitador da transição vivenciada pela A.S. ao mesmo tempo que poderia funcionar como uma distração para si. Nos primeiros dois dias, o comportamento da A.S. não possibilitou esta interação, contudo, nos dias subsequentes, começou a verificar-se uma aproximação entre ambas conseguindo-

se, inclusivamente, que a A.S. saísse do quarto para a sala de atividades, onde progressivamente se conseguiu que esta começasse a interagir, participando nas atividades lúdicas disponíveis.

Ao fim de alguns dias de hospitalização e, na sequência das repetidas tentativas da equipa de enfermagem em estabelecer uma relação terapêutica com a A.S., começou a verificar-se que esta se apresentava mais calma e bem-disposta, soltando por vezes algumas gargalhadas.

Assumo, que nesta altura, eu própria me senti mais motivada a interagir com a A.S. com o intuito de a conhecer e de perceber os contornos deste seu percurso de doença bem como as repercussões decorrentes da hospitalização. Como tal, num momento a sós com ela percebi que, de facto, a necessidade de ficar hospitalizada tinha representado para si a maior frustração, já que esta assumia que o médico que optou pelo seu internamento a tinha “obrigado” a deixar aquilo que mais gosta de fazer: ir à escola, praticar natação e estar com as amigas, além de que se sentia responsável pela ocorrência de diversas modificações ao nível da dinâmica familiar, exigindo, deste modo que a mãe “se dividisse” entre o hospital e a sua casa para cuidar da irmã, impedindo-a de exercer a sua atividade profissional (cabeleireira e proprietária de um salão de estética).

A sua imagem corporal parecia não a incomodar, pois quando questionada referia: “Não estou magra, estou normal”, procurando desvalorizar, deste modo, as repercussões da sua doença. Salientava apenas preocupação em relação à sua estatura, pois refere que “gostava de ser mais alta” (sic).

Apesar de referir sentir-se adaptada ao serviço de internamento e, apesar de assumir que gosta e confia nos profissionais de saúde, revela que considera este internamento desnecessário e algumas das rotinas existentes “ridículas” (sic), destacando, essencialmente, o facto da equipa de enfermagem exigir que após cada refeição, a A.S. faça uma pausa no leito de cerca de 1 hora, não permitindo que esta se ausente nem para ir à casa de banho.

Além destes factos, esta adolescente revela que nunca tinha estado internada e que, na realidade tinha uma ideia diferente do hospital. Imaginava-o um local mais escuro, com mais restrições, revelando que nunca pensou que fosse possível haver num serviço de internamento, um espaço para atividades lúdicas e possibilidade de frequentar a escola, impedindo que esta interrompesse totalmente a atividade escolar.

Face ao que foi exposto, torna-se evidente o impacto que a doença e consequente hospitalização lhe causaram, manifestando-se por alterações a nível físico, psicológico e emocional, tal como se pode constatar através da análise do **Quadro 1**.

Quadro 1. Alterações físicas, psicológicas e emocionais identificadas na A.S

<p><u>Alterações Físicas</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aspeto emagrecido; palidez cutânea; pele desidratada; - Alterações decorrentes do desenvolvimento físico inerente a esta faixa etária. Este facto, de um modo geral, parecia não a preocupar, à exceção da sua estatura, já que esta referiu diversas vezes que por ser a mais pequena da turma, as pessoas questionavam frequentemente a sua idade. Além disso, ambicionava ser atriz e modelo e tinha receio de que o facto de não ter a “altura ideal” se tornasse impeditivo para a realização do seu sonho.
<p><u>Alterações Psicológicas e Emocionais</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos de tristeza e ansiedade que se manifestavam por períodos de labilidade emocional frequentes e pelas respostas emocionais que apresentava quando se procurava estabelecer uma relação terapêutica (chorosa, silenciosa e nervosa); (Importa referir que estes sentimentos de tristeza e ansiedade se conseguiram atenuar no decorrer do internamento); - Angustia e revolta pela necessidade de permanecer hospitalizada, quando considerava que “conseguiria resolver a situação sem ficar internada”; - Culpabilização, por assumir total responsabilidade pela alteração na dinâmica familiar implicando que a mãe interrompesse a sua atividade profissional; - Ao longo do internamento, verificou-se uma melhoria ao nível da confiança nos profissionais de saúde, apresentando, consequentemente, um comportamento que se refletia em atitudes mais calmas e tranquilas, quer perante a mãe e os colegas que consigo partilhavam a enfermaria, quer perante os profissionais de saúde que dela cuidaram ao longo deste processo.

1.2. Adolescente 2 – P.G.

Nome: P.G.	Habilitações Literárias: 11º ano
Género: Masculino	Nome pelo qual gosta de ser tratado: Pelo primeiro nome
Idade: 17 anos	Religião: Católico não praticante
Nacionalidade: Portuguesa	Naturalidade: Lisboa
Residência atual: Lisboa	Sistema de Saúde: SNS

1.2.1. Antecedentes pessoais e familiares

Quanto aos antecedentes pessoais, há a destacar doença de crohn, motivo pelo qual é acompanhado neste hospital há cerca de oito anos.

Quanto aos antecedentes familiares, refere que o pai e o avô paterno são diabéticos, estando ambos medicados com terapêutica oral.

1.2.2. Relações familiares e grupo de pares

Vive com os pais e com dois irmãos, de 20 e 14 anos. Refere que têm uma boa relação, assumindo que o irmão mais velho representa, para si, um pilar. Os avós paternos vivem no mesmo bairro, pelo que estão juntos praticamente todos os dias. A sua única tia, também vive em Lisboa, e, segundo o P.G. têm uma boa relação.

No que diz respeito aos pares, este destaca a existência de um amigo, com o qual costuma andar de *skate* e bicicleta e que assume ser o seu melhor amigo. Quanto aos amigos da escola, refere que não existem relações conflituosas com estes, contudo saliente que estes “são colegas e não amigos” (sic).

1.2.3. Comportamentos de risco

Nega consumo de tabaco, no entanto assume que bebe, socialmente, quando sai à noite com os amigos. Gosta de cerveja e refere que é esta a bebida alcoólica que consome com mais frequência.

1.2.4. Motivo de internamento

O P.G. costuma andar de *skate*, ao fim do dia, num parque próximo da sua casa. Segundo a mãe, este “não tem medo de nada” e “gosta de arriscar” (sic).

Um dia, na sequência de um exercício que, segundo o P.G., seria banal, teve uma queda e “bateu com a cabeça num corrimão” (sic), tendo perdido a consciência. Estava acompanhado pelo seu melhor amigo, que refere que ao fim de pouco tempo, a situação reverteu.

A mãe do P.G. foi de imediato contactada, dirigindo-se ao local e levando-o, em carro próprio, até ao Hospital. No serviço de urgência, foi observado, tendo sido solicitada a realização de uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) que revelou Traumatismo craneoencefalico (TCE), pelo que se optou por internar o P.G. para vigilância durante 48 horas.

1.2.5. Impacto da doença e hospitalização

Desde a sua admissão na unidade, o P.G. foi sempre informado acerca da evolução da sua situação clínica. Provavelmente por este motivo e pelo facto de ter conhecimento que a situação seria reversível e provisória permitiu que este encarasse todo o processo de forma tranquila.

Contudo, numa fase inicial demonstrou preocupação e alguma renitência face à hospitalização, por considerar que se sentia bem e que os pais e o irmão mais velho também poderiam cuidar dele em casa.

Conheci o P.G. cerca de 12 horas após a sua admissão na Unidade. Quando abordado, demonstrava ser um adolescente simpático, acessível e colaborante, contudo pouco comunicativo. Procurei abordá-lo num momento em que se encontrava tranquilo, a repousar sobre o leito na companhia da mãe. Prontamente, se mostrou disponível a colaborar comigo para a obtenção de dados que me permitissem realizar este trabalho.

Consegui perceber, pelo seu discurso, que os hematomas e escoriações, principalmente nos membros superiores e face lhe estavam a causar um grande impacto, já que revelava que não se reconhecia quando se olhava no espelho, e demonstrava preocupação sobre a forma como os colegas o iriam encarar. Em contrapartida, desvalorizava o TCE que havia implicado a sua hospitalização, referindo que “isso é uma coisa simples, que passa depressa” (sic).

Face à necessidade de permanecer hospitalizado mostrava renitência, referindo que considerava a sua hospitalização desnecessária. No entanto, como sabia que dentro de 48 horas estaria em casa, assumia que isso não o preocupava.

O facto de permanecer na companhia da mãe, que o auxiliava nas atividades de vida diárias, era para si constrangedor, pois preferia realizar as tarefas de forma independente, solicitando à mãe que se ausentasse em determinadas ocasiões específicas.

No **Quadro 2** podem observar-se, de forma sintetizada, as alterações identificadas no decorrer do internamento do P.G.

Quadro 2. Alterações físicas, psicológicas e emocionais identificadas no P.G.

<p><u>Alterações Físicas:</u></p>	<p>- Alteração da auto-imagem associada aos hematomas e escoriações na face e membros superiores, sobre as quais o P.G. demonstrava preocupação e que pareciam causar-lhe um grande impacto;</p>
<p><u>Alterações Psicológicas e Emocionais:</u></p>	<p>- Demonstrava ser um adolescente calmo e colaborante, embora pouco comunicativo;</p> <p>- A necessitar de mais apoio da mãe no que diz respeito ao auto-cuidado, numa fase da vida caracterizada pela procura da independência, o que parecia ser, para si, constrangedor pelo que, apesar das dificuldades sentidas procurava ser o mais independente possível;</p> <p>- Renitência e negação em relação ao internamento, considerando que o período de vigilância poderia decorrer no domicílio;</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De facto, “a experiência de estar doente é sentida de forma única” por cada pessoa (Calvetti et al., 2008, p.231), pelo que as repercussões subseqüentes são, geralmente, distintas.

Ao longo da realização do presente trabalho, esse facto tornou-se evidente já que, nas situações clínicas apresentadas, se verificou uma grande divergência relativamente às alterações apresentadas por cada adolescente na sequência da vivência da doença e conseqüente hospitalização. Há que ter em consideração que se tratam de duas situações clínicas distintas, com graus de complexidade diferentes: a adolescente 1 apresenta um diagnóstico complexo que pode causar sequelas não só a curto prazo, mas também a longo prazo, ao passo que no caso do adolescente 2, por se tratar de uma situação aguda, provisória e de fácil resolução, não implica repercussões para o resto da vida.

A análise das situações clínicas supracitadas à luz da teoria de médio alcance de Afaf Meleis permite constatar que a adolescente 1 se encontra a vivenciar uma multiplicidade de transições, resultantes da sua faixa etária bem como da vivência da doença e conseqüente hospitalização. Já iniciou o processo de consciencialização acerca da sua situação de doença e tem consciência de que a complexidade da sua doença exige um acompanhamento contínuo após a alta clínica. Porém, o seu envolvimento no processo de transição está condicionado pela presença de dois fatores inibidores: Negação face ao processo de hospitalização e sentimento de culpabilização associado às alterações nas rotinas familiares. Salienta-se, contudo, a presença de fatores facilitadores da transição, nomeadamente a relação de proximidade que estabeleceu com a colega que consigo partilha a enfermaria e que se tem revelado determinante para a sua adaptação ao internamento. Os indicadores de processo permitem constatar que esta adolescente se encontra no caminho certo para a consecução de uma transição saudável, pois ao longo do seu percurso de doença foi conseguindo ultrapassar as condições que dificultavam este processo, demonstrando, progressivamente maior envolvimento na aprendizagem de capacidades para o autocuidado. O facto desta se encontrar adaptada às novas condições de saúde, nomeadamente, aos novos hábitos na rotina diária, e o facto de possuir novos conhecimentos e competências, permitem constatar que esta se encontra, atualmente, a experienciar uma transição saudável.

No caso do adolescente 2, a multiplicidade de transições vivenciadas é, também, evidente. Pode constatar-se a existência de fatores inibidores de uma transição saudável, nomeadamente no que diz respeito à necessidade de dependência da mãe para o autocuidado. As melhorias ocorridas na sua situação clínica até ao momento da alta clínica, permitiram ultrapassar as condições que dificultavam o seu processo de transição, pelo que, no momento da alta se constatou que este adolescente conseguiu adquirir novos conhecimentos e competências, nomeadamente em relação aos sinais de alarme a ter em consideração no domicílio e à prevenção de complicações relacionadas com o TCE, podendo considerar-se, por isso, que este adolescente atingiu a mestria, logo, alcançou uma transição saudável.

Estas situações exigem uma atuação diferente por parte dos enfermeiros, no sentido de prestar cuidados centrados na pessoa, individualizados e adaptados de acordo com cada situação, com o principal intuito de promover transições saudáveis a estes indivíduos (Meleis, 2010), já que Abreu e Azevedo (2012, p.26) consideram que, “sendo o indivíduo um ser biopsicossociocultural, necessita de um equilíbrio físico e emocional para se sentir bem e ser capaz de vivenciar uma transição saudável.”

Partindo desta premissa, assumo que, apesar do curto período de tempo em que tive oportunidade de prestar cuidados a estes dois adolescentes, consegui identificar as principais alterações inculcadas pela experiência de doença e hospitalização, partilhando-as, no momento, com uma das enfermeiras peritas desta Unidade que, prontamente, colaborou comigo, contribuindo com a sua experiência e conhecimento na análise de ambas as situações. Este facto permitiu-me adaptar a minha conduta para com estes dois adolescentes, prestando-lhes cuidados personalizados, de acordo com as suas principais necessidades e, procurando capacitá-los para que estes conseguissem alcançar uma transição saudável.

Assim, finda a realização deste trabalho, posso afirmar que consegui alcançar os objetivos a que me propus para a sua realização, podendo ainda assumir, em última análise, que a sua elaboração exigiu uma análise reflexiva que me permitiu repensar as minhas práticas no sentido de as melhorar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. & Azevedo, A. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes. Como facilitar a transição?. *Adolescência & Saúde*. 9 (3), p.21-28. Acedido a 10/11/2016. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327
- Caeiro, M. (2014). O trabalho emocional com adolescentes em situação de doença e hospitalização. Proposta de um algoritmo de intervenção em Enfermagem. *Revista Nursing*. Acedido a 3/6/2016. Disponível em: <http://www.nursing.pt/o-trabalho-emocional-com-adolescentes-em-situacao-de-doenca-e-hospitalizacao-proposta-de-um-algoritmo-de-intervencao-em-enfermagem-2/>
- Calvetti, P., Silva, L., & Gauer, G. (2008). Psicologia da saúde e criança hospitalizada. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 9 (2), 229-234. Acedido a 3/2/2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v9n2/v9n2a11.pdf>
- Diogo, P. & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada, sem acompanhante. O trabalho emocional em Enfermagem. In Sequeira, C.; Carvalho, J. C. & Sá, L. (Eds), *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental*. 148-159. Porto: ASPESM.
- Farias, D., Gabatz, R., Terra, A., Couto, G., Milbrath, V. & Schwartz, E. (2017). Hospitalization in the child's perspective. An integrative review. *Journal of Nursing UFPE*. 11(2), 703-711. Acedido a 10/9/2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=2290076a-309f-4475-b75d-0c9f97329e47%40sessionmgr4010>
- Gameiro, M. (2016). *Processos e experiências de transição adaptativa dos adolescentes com doença onco-hematológica durante o tratamento*. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9º ed.), Loures: Lusociência.
- Honicky, M. & Silva, R. (2009). O adolescente e o processo de hospitalização. Percepção, privação e elaboração. *Psicologia Hospitalar*. 7(1), 44-67. Acedido a 10/1/2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v7n1/v7n1a04.pdf>
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Carta da Criança Hospitalizada*. (2ed). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

- Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de Saúde-Doença do Ser Adolescente Hospitalizado. *Revista Cogitare Enfermagem*. 10(2). 68-75. Acedido a: 8/6/2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5014/3790>
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions. Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6), 255-259. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido a 15/5/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf

Apêndice VII – Análise reflexiva

Trabalho emocional com adolescentes: algoritmo de atuação em
enfermagem



7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

ANÁLISE REFLEXIVA

**Trabalho emocional com adolescentes: algoritmo de
atuação em enfermagem**

Autor:

Diana Guerra

Lisboa

Março de 2017



7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

ANÁLISE REFLEXIVA

**Trabalho emocional com adolescentes: algoritmo de
atuação em enfermagem**

Autor:

Diana Guerra

Professor Orientador: Prof. Eunice Sá

Lisboa

Março de 2017

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPE – Deontologia Profissional de Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1. ANÁLISE REFLEXIVA: TRABALHO EMOCIONAL COM ADOLESCENTES – ALGORITMO DE ATUAÇÃO EM ENFERMAGEM.	6
1.1. Descrição.....	6
1.2. Pensamentos e sentimentos.....	8
1.3. Análise e avaliação.....	8
1.4. Conclusão.....	10
1.5. Planear a ação.....	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13

ANEXOS

Anexo I – Trabalho emocional com adolescentes: Algoritmo de atuação em enfermagem

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no contexto da realização do ensino clínico numa Unidade de Adolescentes de um Hospital de Lisboa. Trata-se de uma reflexão, baseada na análise de um algoritmo, cuja temática é: O trabalho emocional com adolescentes - algoritmo de atuação em enfermagem.

O facto de ter tido conhecimento da existência deste algoritmo, despertou, em mim, curiosidade e uma necessidade profunda de conhecê-lo, pelo que assumo que este foi um dos motivos que me levou a optar por este campo de estágio. Desta forma, reconhecendo que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções humanas (Watson, 2005) e que o trabalho emocional é essencial na relação de cuidados (Diogo, 2012a), optei por procurar conhecer este algoritmo e realizar a presente análise reflexiva com dois objetivos principais: desenvolver os meus conhecimentos acerca da dimensão emocional enquanto foco dos cuidados de enfermagem e adquirir estratégias que me permitam gerir as minhas emoções bem como as emoções daqueles de quem cuido diariamente.

No momento da realização do ensino clínico, este algoritmo ainda não se encontrava implementado no serviço, devido a demoras na autorização da sua implementação, pelo que acabei por não ter oportunidade de o ver aplicado no contexto prático de cuidados. Como tal, realizo o presente trabalho, procurando com o mesmo, conseguir interiorizar as ideias-chave deste algoritmo, de forma a atingir os objetivos supracitados.

Com o intuito de conseguir realizar uma reflexão estruturada e com sequência lógica, optei por me guiar pela sequência proposta no ciclo reflexivo de Gibbs, que engloba as seguintes etapas: Descrição; Pensamentos e sentimentos; Avaliação; Análise; Conclusão e Planeamento da ação. Face à especificidade da presente análise reflexiva, opto por agrupar as etapas da avaliação e análise, por considerar que a sua junção poderá facilitar a leitura e compreensão deste trabalho.

1. ANÁLISE REFLEXIVA: TRABALHO EMOCIONAL COM ADOLESCENTES – ALGORITMO DE ATUAÇÃO EM ENFERMAGEM

1.1. Descrição

O algoritmo sobre o qual incide a minha análise reflexiva foi desenvolvido por Caeiro (2013), no âmbito da realização da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Trata-se de um instrumento de atuação, em formato de algoritmo, que permite mobilizar estratégias associadas ao trabalho emocional com adolescentes.

De acordo com a sua autora, a pertinência deste instrumento deriva do seu carácter de rápida consulta, específico para as respostas emocionais que poderão estar patentes no adolescente (Caeiro, 2013). A sua utilização permite, ao enfermeiro, uma intervenção sustentada em evidência científica, esquematizada e de simples utilização, que tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes nos serviços de saúde. Este algoritmo encontra-se dividido em três fases distintas: Início da Interação; Procedimento e Fim da Interação, tal como se pode verificar no anexo I.

Através da observação do algoritmo, verifica-se que a autora destaca a importância do modo de apresentação do enfermeiro, no início da interação. Desta forma, foca a necessidade deste cumprir três etapas essenciais: apresentar-se, mostrando disponibilidade e uma postura calma; garantir confidencialidade e privacidade e de ter o cuidado de dirigir as questões e interação ao adolescente. A partir do primeiro contacto com o adolescente, o enfermeiro deve conseguir identificar as suas respostas emocionais para que possa agir em conformidade com estas. De acordo com a autora e, tendo por base aquilo que se encontra definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010a), o adolescente pode ser classificado como: Chorooso (ansioso, com receio da intervenção ou repreensão), Falador (poderá ser uma forma de camuflar o assunto que o assusta), Nervoso (receio da observação, ansioso e pode bloquear a comunicação), Silencioso (pode sugerir culpabilidade, receio de repreensão), Encarnejador/Provocador, Hostil/Agresivo (comum quando sente que não controla a situação) e por último, Calmo e Confiante (Tranquilo e capaz de gerir as suas emoções). De acordo com o modo de apresentação do adolescente, a autora descreve uma série de intervenções de enfermagem, que procuram dar resposta às

dúvidas/dificuldades do adolescente, promovendo uma maior proximidade entre ambos e facilitando assim o início da interação. Pretende-se, com esta intervenção, que o adolescente consiga ultrapassar aquilo que lhe causa constrangimento, tornando-se calmo, tranquilo e capaz de gerir as suas emoções.

Durante este processo, o enfermeiro deve avaliar junto do adolescente, a importância de realizar a entrevista ou intervenção com ou sem a presença dos pais/cuidadores, explicando-lhes a importância de respeitar a decisão do adolescente.

Quando a intervenção de enfermagem se torna eficaz e se consegue que o adolescente se apresente calmo e confiante, pode passar-se à etapa seguinte. Caso esta situação não se verifique, o enfermeiro deve voltar à etapa anterior e repetir a sua intervenção, adequando-a ao modo de apresentação do adolescente, até que este apresente bem-estar, tranquilidade, confiança, e alívio do seu sofrimento emocional, conseguindo-se assim a sua colaboração para as etapas seguintes.

A etapa seguinte diz respeito aos procedimentos. Não é uma etapa linear, já que pode estar relacionada com uma grande diversidade de procedimentos/intervenções. Contudo, exemplificando e, seguindo as orientações da autora do algoritmo pode assumir-se, por exemplo, a realização de um procedimento invasivo. Neste contexto, o enfermeiro deve seguir as seguintes recomendações:

- ✓ Mostrar o material (se o adolescente quiser);
- ✓ Evitar formas infantis de explicar, bem como infantilizar a situação ou o próprio adolescente;
- ✓ Recorrer a experiências anteriores vividas pelo adolescente;
- ✓ Solicitar consentimento para a intervenção;
- ✓ Evitar exposição corporal desnecessária;
- ✓ Evitar interrupções, especialmente durante o procedimento;
- ✓ Favorecer a expressão de sentimentos.

No fim da interação enfermeiro-adolescente, deve ser reavaliado o seu estado emocional. O reforço positivo, o reforço sobre comportamentos positivos e a demonstração de disponibilidade da equipa de enfermagem devem estar presentes nesta fase (Caeiro, 2013). Caso se aplique, devem também ser dadas orientações acerca do procedimento realizado, destacando a importância dos sinais de alerta e da eventual necessidade de reavaliação.

1.2. Pensamentos e sentimentos

O facto de não ter tido oportunidade de ver o algoritmo implementado no contexto prático dos cuidados, fez emergir em mim sentimentos divergentes. Numa primeira análise, senti-me frustrada já que considerava que o conhecimento e a interiorização deste algoritmo representava um dos “pontos fortes” deste campo de estágio e, desta forma, a impossibilidade de ver aplicado em contexto real, constituiria uma dificuldade acrescida para o meu percurso de aprendizagem e poderia representar também uma maior dificuldade em atingir os objetivos a que me propus neste campo de estágio. De facto, a observação da aplicação deste algoritmo poderia ter sido facilitadora da minha aprendizagem, contudo, ao constatar que tal situação seria impossível de concretizar, optei por procurar estratégias que me permitissem ultrapassá-la conseguindo, da mesma forma, atingir os objetivos definidos inicialmente. Para tal, reuni com a autora do algoritmo, que me deu oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e curiosidades relacionadas com a aplicação deste instrumento. Esta forneceu-me também diretrizes e orientações, baseadas na sua experiência de enfermeira perita, que foram, efetivamente, elucidativas e orientadoras, constituindo um momento de aprendizagem ímpar.

Como tal, assumo que, se por um lado o conhecimento do algoritmo não decorreu como eu, inicialmente, tinha planeado, por outro lado, possibilitou-me pesquisar mais e aprender mais acerca da dimensão emocional dos cuidados de enfermagem, permitindo-me agora entendê-lo e utilizá-lo, baseando-me não só nas premissas do próprio algoritmo, como também nas linhas orientadoras que adsorvi através da pesquisa que efetuei e dos contributos que obtive a partir do *feedback* da enfermeira perita, autora do algoritmo.

1.3. Análise e avaliação

A utilidade da criação e implementação de uma ferramenta que possibilite direcionar e uniformizar o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, junto dos adolescentes é indiscutível. Neste caso concreto, a criação deste algoritmo assume-se como uma necessidade não só para os enfermeiros que cuidam de adolescentes, mas também para os próprios adolescentes e seus pais/cuidadores, já que o intuito principal do mesmo é possibilitar ao enfermeiro, uma intervenção sustentada em evidência científica, esquematizada e de simples utilização (Caeiro, 2013), procurando

que a qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes seja uma realidade e contribuindo para atenuar e gerir as vivências emocionalmente intensas e de tonalidade negativa associadas à experiência de doença e hospitalização (Diogo, 2012b).

A reflexão acerca da temática do trabalho emocional com adolescentes, remete-me, de imediato para as experiências que vivencio no meu quotidiano profissional. Sabe-se, que o contacto com adolescentes nos serviços de saúde, nem sempre se afigura tarefa fácil para os enfermeiros. Muitas vezes, a sua postura e modo de apresentação dificultam a intervenção do enfermeiro, pelo que é frequente estes serem caracterizados pelas equipas como “adolescentes difíceis”. Ora, se refletirmos sobre isto, talvez consigamos perceber que, provavelmente, a ausência de conhecimentos dos enfermeiros sobre a etapa da adolescência e sobre as implicações que uma doença e a necessidade de hospitalização acarretam, pode ser a principal causa desta dificuldade na interação. Neste sentido, importa considerar que, nem sempre, a atuação dos enfermeiros é realizada de acordo com aquilo que são as expectativas do doente, gerando-se assim, conflitos entre ambos.

A utilização do algoritmo, como instrumento orientador da prática dos enfermeiros pode assim reduzir a incidência de conflitos entre enfermeiro-adolescente, atenuando ou aliviando o sofrimento do adolescente, já que, de acordo com Diogo (2012a) esta é uma das principais finalidades da enfermagem.

De um modo geral, verifica-se que a dimensão emocional dos cuidados de enfermagem nem sempre é devidamente valorizada. Neste sentido, corroboro com Smith (2012) quando refere que o trabalho emocional desenvolvido pelos enfermeiros é muitas vezes inconsciente ou semi-consciente (Caeiro, 2013). Muitas vezes é, ao longo do percurso profissional que nos vamos deparando com dificuldades acrescidas na interação com o outro que nos fazem sentir necessidade de perceber mais e melhor sobre o outro e de adquirir estratégias que nos possibilitem garantir a proximidade, sem prejudicar nenhuma das partes. Diogo (2012a, p.3), citando Benner e Wrubel (1987) assume que “a gestão das emoções na enfermagem está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros”, pelo que é esperado que, ao longo do percurso profissional, o enfermeiro vá adquirindo mecanismos e estratégias de dar resposta às questões emocionais inerentes ao processo de cuidar em enfermagem.

Além dos aspetos supracitados, importa ressaltar que ao longo da análise deste instrumento se verifica que a autora teve uma preocupação em respeitar os princípios éticos referentes ao atendimento do adolescente, que se referem especialmente ao respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo (OE, 2010a), bem como ao cumprimento dos direitos consagrados na Deontologia Profissional de Enfermagem (DPE) (OE, 2015), como meio de contribuir para o estabelecimento de uma relação de confiança e para o adolescente sentir que é considerado e respeitado (Caeiro, 2013). Desta forma, torna-se inevitável considerar que a implementação e disseminação deste algoritmo junto das equipas de enfermagem que cuidam de adolescentes representará uma melhoria na qualidade de cuidados prestados ao adolescente, o que se traduzirá na obtenção de ganhos em saúde.

1.4. Conclusão

A principal conclusão que obtenho a partir da análise deste algoritmo e da realização da presente reflexão prende-se com a necessidade de valorização da componente emocional como foco dos cuidados de enfermagem. Infelizmente, apesar da progressiva valorização do modelo holístico, continua a verificar-se uma desvalorização da dimensão emocional nos cuidados de enfermagem.

O algoritmo sobre o trabalho emocional com adolescentes constitui, desta forma, uma ferramenta que valoriza a componente emocional, facilitando a intervenção do enfermeiro no sentido de desenvolver um trabalho emocional adequado às respostas emocionais dos adolescentes de quem cuidam. Representa também, um “passo à frente” na prestação de cuidados ao adolescente, ao incluir os princípios éticos relativos ao atendimento do adolescente (OE, 2010a), além de cumprir com os princípios consagrados na DPE (OE, 2015).

Desta forma, a criação e disseminação deste instrumento junto dos enfermeiros, constitui uma forma de promover a melhoria contínua da qualidade, tal como se encontra definido pela OE (2010b) no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Partindo desta premissa, destaco as suas principais vantagens:

- ✓ Baseado em evidência científica;
- ✓ Rápida e fácil utilização;

- ✓ Respeita os princípios éticos relativos ao atendimento do adolescente (respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo) (OE, 2010a);
- ✓ Respeita os princípios consagrados na DPE, de entre os quais destaco: Artigo 84º - Do dever de informação; Artigo 85º - Do dever de sigilo; Artigo 86º- Do respeito pela Intimidade; Artigo 89º - Da humanização dos cuidados.

1.5. Planear a ação

Uma vez comprovada a sua utilidade e versatilidade, procuro incluir o presente algoritmo no Guia de Boas Práticas que me encontro a desenvolver, com o intuito de o divulgar junto das equipas de enfermagem que trabalham com adolescentes, garantindo, desta forma, uma melhoria e uma possibilidade de uniformização das práticas de enfermagem, já que cabe ao enfermeiro especialista “conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2010b, p.6).

De ressaltar que a divulgação e disseminação deste algoritmo junto da minha equipa de trabalho foi efetuada com consentimento da sua autora e de forma a cumprir com o seu objetivo: divulga-lo e disseminá-lo junto das equipas de enfermagem que prestam cuidados ao adolescente (Caeiro, 2013)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pioneira dos estudos sobre o trabalho emocional em enfermagem, Pam Smith, defende que o trabalho emocional é de natureza especializada e tem de ser aprendido (Diogo, 2012a, p.4). Daí a importância da implementação de instrumentos específicos, tal como é o caso do presente algoritmo, que assume uma importância fulcral, não só no que diz respeito à orientação e uniformização das práticas dos enfermeiros, mas também no que diz respeito à sua capacitação para responder às necessidades/problemas dos adolescentes de quem cuidam.

No momento da realização do ensino clínico, o algoritmo não estava ainda a ser aplicado naquele serviço, pelo que optei por realizar esta reflexão, acreditando que esta me permitiria aprender, interligando os conhecimentos provenientes da teoria com as experiências vivenciadas em contexto prático. De facto, ao longo da sua elaboração, consegui aprofundar os meus conhecimentos sobre a temática do trabalho emocional com adolescentes bem como ampliar a minha capacidade de intervir junto destes, procurando atenuar o seu sofrimento. Adquiri, também, conhecimentos sobre as estratégias que devem ser mobilizadas pelos enfermeiros, adequando-as às respostas emocionais dos adolescentes com vista a um cuidado individualizado e personalizado. Assim, considero que cumpro com os objetivos a que me propus, pelo que assumo que, neste momento, me encontro mais próxima de atingir o nível de “enfermeiro perito” referido por Benner (2001). Na mesma linha de pensamento, julgo, que todos os conhecimentos obtidos me permitiram evoluir, melhorando a minha intervenção junto dos adolescentes/pais/cuidadores, e permitindo-me caminhar para a aquisição de “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...) traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010b, p.2).

Para finalizar, julgo que é pertinente destacar a importância da divulgação deste instrumento junto dos enfermeiros, já que cabe ao enfermeiro especialista “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010b, p.2).

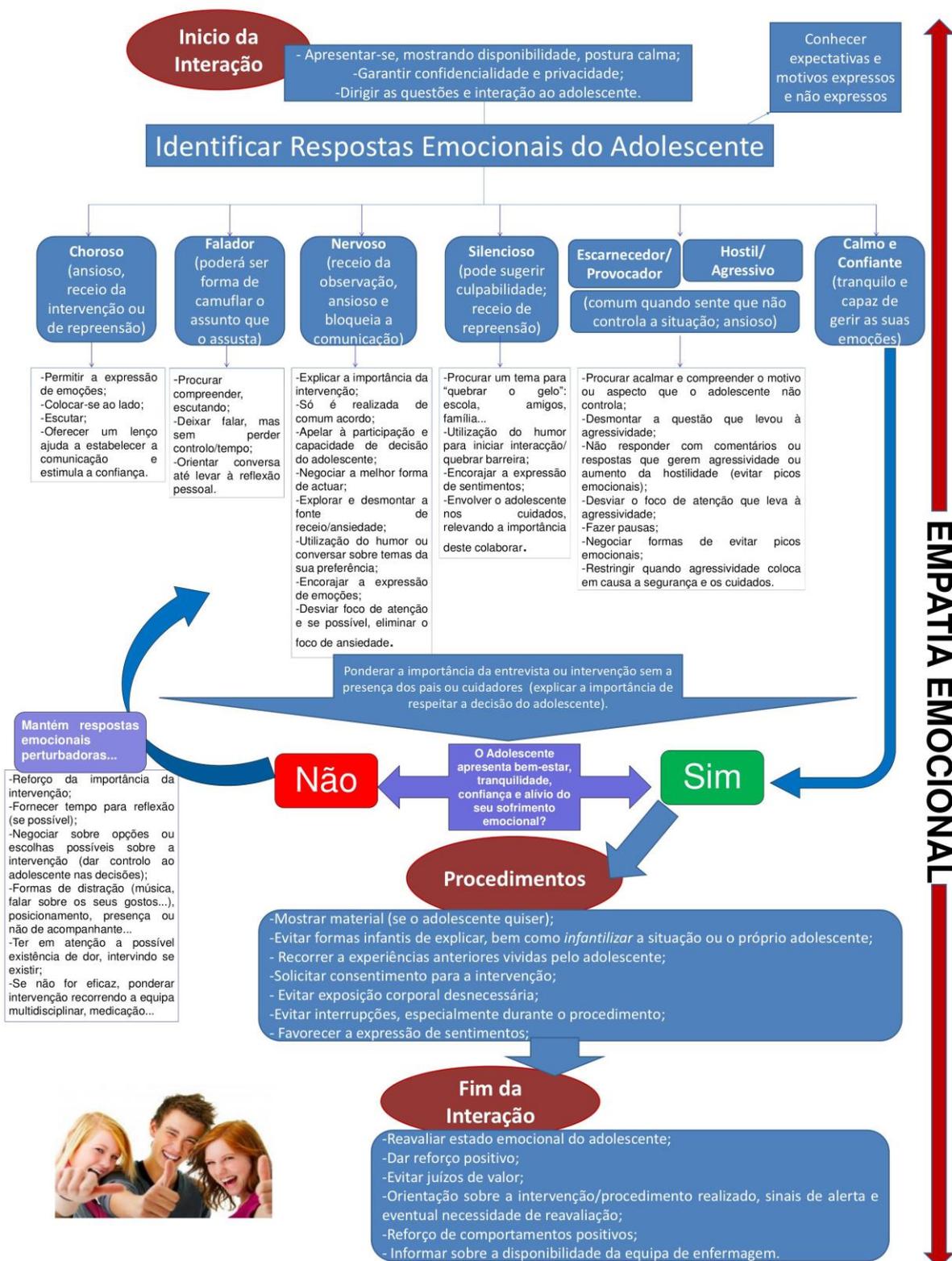
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Caeiro, M. (2013). *Um olhar sobre as emoções no cuidar em enfermagem. O trabalho emocional com o adolescente hospitalizado*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Diogo, P. (2012a). O trabalho emocional em enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. Vol. (4º), 2-9. Acedido a 3/5/2016. Disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=30937>.
- Diogo, P. (2012b) - *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido a 15/5/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido a 8/06/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Acedido a 1/2/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia, USA: F.A. Davis Company.

ANEXOS

Anexo I – Trabalho emocional com adolescentes: algoritmo de atuação em enfermagem

O Trabalho Emocional com Adolescentes: Algoritmo de Atuação em Enfermagem



Fontes Bibliográficas:

- Orkovic, M., Dvick, B., Rosen, Z. & Coric, J. (2009) – Emotions and Experiences of Hospitalized School age Patients. *Acta Clin Croat*, 48(2), 125-135.
- Delaney, K. (2006). Top 10 Mieu Interventions for Inpatient Child/Adolescent Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(4), pp. 203-214.
- Diogo, P. (2012). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar. Loures: Lusociência.
- Enfermeiros, O. J. (2010). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Série L N 3, Vol. 1). (O. J. Enfermeiros, Ed.) Loures.
- Helseth, S., Miesner, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1454-1461
- José, H. (2010). *Resposta Humana ao Humor: Humor como Resposta Humana*. Loures: Lusociência.
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Orientador como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formas.
- Oliveira, A. (2008). *Aluders na Idade das Emoções. Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pagalila, D., Odo, S., Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill.
- Zengere-Levy, K. (2004, Setembro). Practices that Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitative Health Research*, 14 (8), 1255-1275.

Elaborado por: Caserio, Maria João ;
Enfermeira mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (pós-licenciatura de especialização) na ESEL (2011/2013)
Orientação de Prof.ª Doutora Paula Diogo, ESEL

Apêndice VIII – Plano da sessão de formação (Estágio B)

<u>PLANO DA SESSÃO</u>					
<u>Tema:</u>	“O trabalho emocional com adolescentes: algoritmo de atuação em enfermagem”.				
<u>Estágio no âmbito:</u>	7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Vertente Oncológica.				
<u>Docente Orientadora:</u>	Prof. ^a Eunice Sá	<u>Enfermeira Orientadora:</u>	Enf. ^a Lúcia Bacalhau	<u>Formadora:</u>	Diana Guerra
<u>Destinatários:</u>	Enfermeiros da Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos (UTM)				
<u>Local:</u>	Hospital de dia UTM				
<u>Data:</u>	23/11/2016	<u>Hora:</u>	14:00	<u>Duração:</u>	20 Minutos
<u>Objetivos:</u>					
<ul style="list-style-type: none"> • Realçar a importância do trabalho emocional enquanto dimensão do cuidar em enfermagem; • Divulgar, junto dos enfermeiros da UTM, o algoritmo de atuação em enfermagem sobre o trabalho emocional com adolescentes. 					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> • Que os enfermeiros da UTM consigam identificar a partir do algoritmo estratégias por eles aplicadas no contacto com os adolescentes e estratégias que gostariam de aplicar. 					
<u>Conteúdos:</u>					
<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos da sessão; • Enquadramento teórico: Adolescência; Hospitalização do adolescente; Trabalho Emocional com Adolescentes; • Apresentação do algoritmo de atuação em enfermagem sobre o trabalho emocional com adolescentes; • Aplicação de um questionário de avaliação. 					
<u>Metodologia:</u>	Expositiva				
<u>Avaliação da sessão:</u>	Aplicação de um questionário de avaliação no final da sessão.				

Apêndice IX – Avaliação da sessão de formação (Estágio B)

AVALIAÇÃO DA SESSÃO: “O trabalho emocional com adolescentes: algoritmo de atuação em enfermagem.”

De forma de avaliar a sessão decorrida, agradeço que assinale com um “X” os parâmetros que se encontram na grelha abaixo, de acordo com a sua apreciação.

Este documento é anónimo.

	Itens a avaliar	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Conteúdo	Pertinência da temática				
	Estrutura da Formação				
	Clareza do conteúdo				
Estratégia	Estratégia de exposição				
Formador	Clareza na exposição da informação				
	Linguagem utilizada				
	Domínio dos conteúdos				
	Relação com os Participantes				

Das estratégias enumeradas no contacto com adolescentes, quais as que mais aplica no seu dia-a-dia?

Que outras estratégias gostaria de conseguir aplicar quando presta cuidados ao adolescente?

Que sugestões de melhoria gostaria de fazer?

Comentários:

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Apêndice X – Experiências dos adolescentes hospitalizados numa
unidade de adultos



**7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica**

**Experiências dos adolescentes hospitalizados numa
unidade de adultos**

**Autor:
Diana Guerra**

**Lisboa
Novembro de 2017**



7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

**Experiências dos adolescentes hospitalizados numa
unidade de adultos**

Autor:
Diana Guerra

Professor Orientador: Prof. Eunice Sá

Lisboa

Novembro de 2017

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EONS - *European Oncology Nursing Society*

OE - Ordem dos Enfermeiros

QT - Quimioterapia

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TCT - *Teenage Cancer Trust*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1.EXPERIÊNCIAS DOS ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS NUMA UNIDADE DE ADULTOS.....	6
1.1. Apresentação e análise dos dados obtidos.....	6
CONCLUSÃO.....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

INTRODUÇÃO

O internamento de adolescentes deve ser efetuado em unidades apropriadas (Unidades de Adolescentes), com equipas capazes de perceber e colmatar as suas necessidades (*European Oncology Nursing Society*, EONS, 2015), contudo, devido à escassez de unidades de adolescentes em Portugal, a população desta faixa etária acaba por ser, frequentemente, hospitalizada em serviços de pediatria e/ou serviços destinados ao internamento de adultos.

Reconhecendo esta realidade e impulsionada pela necessidade de conhecer a vivência dos adolescentes hospitalizados numa unidade de adultos, optei por realizar o presente trabalho, procurando através do mesmo obter contributos importantes não só para compreender as experiências destes adolescentes, mas essencialmente, para perceber de que forma, posso, enquanto enfermeira, intervir junto destes, atenuando o seu sofrimento inerente à experiência da hospitalização (Diogo, 2012) e proporcionando-lhes a vivência de processos transicionais individuais saudáveis (Meleis, 2012). Para tal, durante a realização do estágio C, registei, as informações fornecidas por quatro adolescentes, durante o contexto da prestação de cuidados.

O modo como estes dados são apresentados ao longo do trabalho, permite manter o anonimato dos intervenientes de forma a garantir o respeito pela sua privacidade e dignidade e cumprindo o dever do sigilo considerado pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), tendo em consideração que o enfermeiro tem o dever de “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2015a, p.84). Como tal, identifico os adolescentes como: adolescente 1, 2, 3 e 4.

1. EXPERIÊNCIAS DOS ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS NUMA UNIDADE DE ADULTOS

Como meio para compreender as experiências vivenciadas pelos adolescentes hospitalizados numa unidade de adultos, foram consideradas as informações fornecidas por quatro adolescentes, cuja caracterização se encontra refletida no quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos adolescentes

Adolescente	Idade	Motivo de Internamento
1	15	Neutropénia febril
2	16	Realização de QT (quimioterapia)
3	16	Neutropénia febril
4	18	Realização de ECD para estadiamento da doença

1.1. Apresentação e análise dos dados obtidos

Realizo, de seguida, a apresentação e análise dos dados obtidos por parte dos quatro adolescentes, referidos anteriormente, salientando os sentimentos experienciados, as principais dificuldades sentidas, as principais necessidades identificadas e as sugestões fornecidas por estes adolescentes, para atenuar as experiências negativas inerentes ao processo de hospitalização. Para tal, descrevo-as nos quadros que se seguem.

Quadro 2. Sentimentos experienciados

ADOLESCENTE	SENTIMENTOS EXPERIENCIADOS
1.	Cansaço e tristeza, assumindo que está “farta de estar internada”, “se não é por um motivo é por outro”, “isto nunca mais se resolve”.
2.	Sente-se bem, “os tratamentos têm corrido bem e por isso, este é só mais um”.

3.	Cansaço. “Ainda só estou aqui há 5 dias e já me parece 1 mês”.
4.	Refere sentir-se ansioso, triste e com “medo do que aí vem”.

A análise dos dados supracitados permite constatar que, na categoria dos sentimentos experienciados pelos adolescentes, prevalecem os sentimentos de cansaço, ansiedade e tristeza, sendo que apenas uma das adolescentes refere “sentir-se bem” sic. De facto, a opinião obtida por parte destes adolescentes, corresponde ao que é referido por Farias, Gabatz, Terra, Couto, Milbrath e Schwartz (2017), que revelam que a necessidade de hospitalização potencia, geralmente, a ocorrência de sentimentos negativos tais como ansiedade e medo, imprimindo a todo este processo uma conotação negativa. Contudo, Almeida, Rodrigues e Simões (2007) revelam que, apesar do processo de hospitalização ser considerado uma experiência difícil de ser superada, é também, frequentemente, encarada como a esperança na cura da sua doença, o que se traduz, geralmente num sentimento de ambiguidade. De facto, esta realidade pode ser comprovada através da opinião da adolescente 3, que assume “sentir-se bem” sic, uma vez que os tratamentos têm corrido bem, o que evidência a esperança no sucesso do tratamento.

De acordo com Diogo (2012), compete ao enfermeiro atenuar e gerir as vivências emocionalmente intensas e de tonalidade negativa associadas à experiência de doença e hospitalização, daí a pertinência de compreender os sentimentos experienciados pelo adolescente neste contexto. Para tal, Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger e Schumacher (2000) consideram que compete ao enfermeiro proporcionar, ao adolescente, respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar, através da utilização de intervenções terapêuticas de enfermagem que, de acordo com Zagonel (1999) devem ser adequadas e individualizadas, tendo em consideração a perspetiva de quem as experiencia.

Quadro 3. Dificuldades sentidas

ADOLESCENTE	DIFICULDADES SENTIDAS
1.	“No início custava-me estar sempre fechada no quarto, mas agora já não me apetece sair daqui”, “Não consigo comer quase nada... Não gosto desta comida”.
2.	“Não gosto da comida” “Acordam-me sempre muito cedo”.
3.	“Estou num quarto com outras 3 pessoas, todas elas muito mais velhas do que eu... Nem temos conversa”.
4.	“Ainda só estou aqui há 4 dias e já me mudaram de quarto 2 vezes e ainda por cima agora estou com um senhor muito velhinho que não me deixa dormir à noite”.

As principais razões que levam os adolescentes a eleger as unidades de adolescentes como locais preferenciais para o seu internamento prendem-se, segundo Sadeghi, Abdeyazda, Motaghi, Rad & Torkan (2012), com a necessidade de poderem usufruir de um ambiente físico apropriado, com respeito pela sua privacidade e de terem possibilidade de estar entre os pares. A análise da opinião destes adolescentes corresponde ao que é referido por Sadeghi et al. (2012) e permite verificar que o facto de serem colocados em enfermarias múltiplas com outras pessoas de diferentes faixas etárias é gerador de descontentamento e, constitui, conseqüentemente, um fator inibidor para a concretização de uma transição saudável, à luz do que se encontra estabelecido por Meleis (2010). Esta realidade, faz emergir a necessidade dos enfermeiros refletirem sobre este assunto, devendo prestar especial atenção ao modo como os adolescentes são distribuídos pelas enfermarias, tendo em consideração que esta deve ser efetuada de acordo com a sua faixa etária e o seu género, como meio para garantir a sua privacidade e a sua dignidade (*Teenage Cancer Trust, TCT, 2014*).

Quadro 4. Principais necessidades decorrentes da hospitalização

ADOLESCENTE	PRINCIPAIS NECESSIDADES
1.	“Faz-me falta ir à escola e estar com os meus amigos e com o meu irmão”
2.	“Sinto falta da minha casa e das minhas coisas e de estar com a minha família”
3.	“Tenho saudades dos meus avós e dos meus tios, mas como vivem longe, não me podem vir visitar”
4.	“Por enquanto não sinto falta de nada nem de ninguém, mas ainda agora aqui cheguei”

As respostas obtidas permitem constatar que as principais necessidades manifestadas pelos adolescentes, no contexto da sua hospitalização numa unidade de adultos, estão relacionadas com a interrupção da atividade escolar, com o afastamento do seu ambiente familiar, mas sobretudo com a separação das pessoas significativas (amigos e família). Esta realidade é corroborada por Diogo e Baltar (2014) que revelam que a experiência da hospitalização implica que o indivíduo seja retirado do seu ambiente familiar, seguro e afetuoso, afastado do seu núcleo de pessoas significativas e das suas atividades sociais.

Neste serviço, os pais podem permanecer junto do adolescente durante todo o dia, sendo que, durante a noite apenas um deles pode estar presente. A visita de outros familiares e amigos deve restringir-se ao horário estipulada para as visitas, o que se traduz, geralmente, em visitas de curta duração, daí as necessidades manifestadas por estes adolescentes. Como tal, os enfermeiros devem ter conhecimento desta realidade de modo a tentarem evitar o afastamento social que o processo de hospitalização impõe, tornando-se mais flexíveis quer nos horários das visitas quer no número de visitas, sempre que a sua situação clínica o permita. De acordo com Azevedo (2010, p.76), este afastamento pode repercutir-se ao nível da “autoestima e afirmação pessoal do adolescente”, motivo pelo qual Almeida, Rodrigues e Simões (2005) acrescentam que a manutenção da relação assídua com familiares e amigos durante a hospitalização deve ser encarada como uma relação terapêutica.

Quadro 5. Sugestões fornecidas para atenuar as experiências negativas inerentes ao processo de hospitalização

ADOLESCENTE	SUGESTÕES
1.	“Podiam deixar entrar o meu irmão, mas como só tem 8 anos nunca o deixam vir visitar-me” “Devia haver alguma coisa para fazer aqui, porque o tempo demora a passar”.
2.	“Gostava de poder sair para a rua mais vezes, mesmo que tenha de ir acompanhado” “Podiam-me deixar acordar mais tarde”.
3.	“Só queria que a internet funcionasse bem... Está sempre a ir abaixo ou pelo menos que houvesse outra coisa para fazer”.
4.	Sem sugestões.

Como sugestão de melhoria, os adolescentes apontam a necessidade de flexibilizar o horário das visitas, de encontrar estratégias de entretenimento, com especial enfoque para o funcionamento da internet, como meio para “haver qualquer coisa para fazer” sic. Saliendam, ainda, o impacto inerente à necessidade de cumprimento de rotinas, evidenciando como aspeto dificultador, o facto de não poderem ausentar-se do serviço e de terem de acordar cedo.

De facto, Figueiredo, Almeida, Santos e Carneiro (2015), consideram que a necessidade de cumprimento de normas, rotinas e horários, em simultâneo com a necessidade de realização de tratamentos e procedimentos invasivos, num ambiente que lhes é estranho pode potenciar a conotação negativa inerente à experiência de hospitalização do adolescente. Deste modo, uma das medidas que pode ser implementada pelos enfermeiros para colmatar o impacto negativo gerado por esta situação pode passar pela criação de ambientes que promovam a familiaridade e segurança, através das seguintes intervenções:

- Permitir que os adolescentes levem para o hospital objetos pessoais como a própria almofada, fotografias, dispositivos móveis tais como telefone e computador com acesso a internet;
- Flexibilizar o horário das visitas para promover a visita de colegas/amigos;

- Promover espaços cómodos para o acompanhante/familiar e;
- Flexibilizar a hora de acordar, permitindo que os adolescentes acordem mais tarde.

TCT citado por EONS (2015).

No que diz respeito ao impacto gerado pela ociosidade, importa considerar que o enfermeiro pode ter também, neste âmbito, uma intervenção determinante, através da implementação e desenvolvimento de atividades de entretenimento, já que, segundo a EONS (2015), estas devem ser consideradas parte integrante da prestação de cuidados de enfermagem.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados, ao longo deste trabalho, permitem comprovar que, de fato, a experiência de hospitalização do adolescente em serviços de adultos é, por norma, geradora de sofrimento, motivo pelo qual lhe é, geralmente, atribuída uma conotação negativa.

A análise dos comentários dos adolescentes permite constatar que estas são concordantes com os resultados obtidos a partir da evidência científica, o que facilita a identificação de estratégias/intervenções de enfermagem específicas, cuja implementação poderá resultar na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes hospitalizados em serviços de adultos. Neste âmbito, o enfermeiro pode assumir um papel determinante, enquanto agente facilitador dos processos de transição (Meleis & Trangenstein, 1994) vivenciados pelos adolescentes, devendo, para tal, sustentar a sua intervenção nos processos transicionais que estes vivenciam como meio para promover o restabelecimento da sua sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000). Para tal, é necessário que estes possuam qualidades técnicas e científicas, mas também “uma qualidade humana e humanizadora na prestação de cuidados” (OE, 2015b p.14).

Assim, em jeito de conclusão, importa considerar que é essencial dotar os enfermeiros de conhecimentos específicos acerca da problemática da hospitalização do adolescente, de forma a promover a melhoria e uniformização das práticas dos enfermeiros, uma vez que a prestação de cuidados de saúde e o fornecimento de serviços de suporte apropriados podem determinar a forma como os adolescentes serão capazes de lidar com esta experiência (EONS, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I., Rodrigues, B. & Simões, S. (2005). Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58(2), 147-151. Acedido a 10/2/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a03.pdf>
- Almeida, I., Rodrigues, B. & Simões, S. (2007). Hospitalização do adolescente. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*. 7(1), 33-39. Acedido a: 5/6/2016. Disponível em: http://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf- revista/vol7-n1/v.7_n.1-art4.refl-hospitalizacao-do-adolescente.pdf
- Azevedo, A. (2010). *Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes*. Dissertação de mestrado. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Diogo, P. & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada, sem acompanhante. O trabalho emocional em Enfermagem. In Sequeira, C.; Carvalho, J. C. & Sá, L. (Eds), *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental*. 148-159. Porto: ASPESM.
- Diogo, P. (2012) - *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.
- European Oncology Nursing Society (2015). *Cancer in children and young adults*. Acedido a: 2/7/2016. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/magazine/2015Winter/EONSMagazine2015Winter.pdf>
- Farias, D., Gabatz, R., Terra, A., Couto, G., Milbrath, V. & Schwartz, E. (2017). Hospitalization in the child's perspective. An integrative review. *Journal of Nursing UFPE*. 11(2), 703-711. Acedido a 10/9/2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=2290076a-309f-4475-b75d-0c9f97329e47%40sessionmgr4010>
- Figueiredo, A., Almeida, C., Santos, M. & Carneiro, C. (2015). Vivência dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Revista de enfermagem referência*. Série IV (6), 105-114. Acedido a 10/10/2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn6/serIVn6a12.pdf>

- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions. Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6), 255-259. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing. development & progress. (5th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a 10/2/2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=cf18f3b6-6429-4ca3-9f61-aecebb2f5a62%40sessionmgr4008>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Acedido a 20/1/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia profissional de enfermagem*. Acedido a 1/2/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf
- Sadeghi, N., Abdeyazdan, Z., Motaghi, M., Rad, M. & Torkan, B. (2012). Satisfaction levels about hospital wards`environment among adolescents hospitalized in adult ward vs. Pediatric ones. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 17(6), 430- 433. Acedido a 6/9/2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=f6f65b2c-be90-46c3-abb2-40d8ed75d856%40sessionmgr101>
- Teenage Cancer Trust (2014). *A blueprint of care for teenagers and young adults with cancer*. Acedido a 6/10/2016. Disponível em: <https://www.teenagecancertrust.org/sites/default/files/Blueprint-of-Care.pdf>
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino--americana de enfermagem*. 7(3), 25-32. Acedido a: 3/5/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

Apêndice XI – Análise do processo transicional vivenciado por dois adolescentes durante o processo de transplantação de células progenitoras hematopoiéticas: contributos de Afaf Meleis



**7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica**

**Análise do processo transicional vivenciado por dois
adolescentes durante o processo de transplantação de
células progenitoras hematopoiéticas: contributos de Afaf
Meleis**

**Autor:
Diana Guerra**

**Lisboa
Janeiro de 2017**



**7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica**

**Análise do processo transicional vivenciado por dois
adolescentes durante o processo de transplantação de
células progenitoras hematopoiéticas: contributos de Afaf
Meleis**

**Autor:
Diana Guerra**

Professor Orientador: Prof. Eunice Sá

**Lisboa
Janeiro de 2017**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMV - Citomegalovírus

CVC - Cateter Venoso Central

DPE – Deontologia Profissional do Enfermeiro

ECD – Exames complementares de diagnóstico

HBPM - Heparina de Baixo Peso Molecular

HD - Hospital de dia

LH - Linfoma de Hodgkin

LLA - Leucemia Linfoblástica Aguda

OE – Ordem dos Enfermeiros

QT – Quimioterapia

TCPH - Transplante de Células Progenitoras Hematopoiéticas

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica

UTM - Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos

SIOPE – Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica

JKF - *Jolanta Kwasniewska`s Foundation*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. IDENTIFICAÇÃO DO ADOLESCENTE 1	6
1.1. Dados demográficos.....	6
1.2. História da doença atual.....	7
1.3. Identificação das transições vivenciadas pelo P.....	10
1.4. Análise do processo transicional vivenciado pelo P.....	11
2. IDENTIFICAÇÃO DA ADOLESCENTE 2	14
2.1. Dados demográficos.....	14
2.2. História da doença atual.....	15
2.3. Identificação das transições vivenciadas pela D.....	17
2.4. Análise do processo transicional vivenciado pela D.....	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

INTRODUÇÃO

Desde o nascimento até à morte, a vida é marcada por uma sucessão de passagens únicas e de profundo caráter pessoal (Collière, 2003). O modo como cada pessoa lida com os momentos de passagem inerentes à sua existência pode ser influenciado pela família, pelos recursos pessoais e externos, pelas experiências anteriores e pelo significado que atribuem aos acontecimentos (Meleis & Trangenstein, 1994)., não devendo, por isso, ser entendidos numa perspetiva individual.

Ao longo da vida, a pessoa pode experienciar múltiplas transições, sendo que muitas delas se encontram associadas às etapas de desenvolvimento humano, nomeadamente à etapa da adolescência. Nesta fase da vida, a ocorrência de uma doença oncológica implica que o adolescente vivencie uma multiplicidade de transições, podendo causar-lhe um impacto significativo. Neste contexto, o enfermeiro pode assumir um papel fundamental, através de uma prestação de cuidados sustentada em processos transicionais, que, segundo Meleis (2012), proporciona uma maior probabilidade de recuperação e cura do doente aquando da alta.

Reconhecendo esta necessidade, optei por realizar o presente trabalho com o intuito de compreender e analisar a vivência de dois adolescentes submetidos a transplante de células progenitoras hematopoiéticas (TCPH), procurando ao longo do mesmo, descrever o processo de transição vivenciado por ambos. Para tal, realizo, ao longo do presente trabalho um exercício de análise e reflexão sobre a prática, fundamentando a minha análise no modelo teórico de Afaf Meleis.

1. IDENTIFICAÇÃO DO ADOLESCENTE 1

1.1. Dados demográficos

Nome: P.M.S.L.	Habilitações Literárias: 10º ano de escolaridade
Género: Masculino	Nome pelo qual gosta de ser tratado: Pelo primeiro Nome
Idade: 17 Anos	Religião: Católico (não praticante)
Nacionalidade: Portuguesa	Residência atual: Lisboa

Estudante, completou o 10º ano de escolaridade com aproveitamento, contudo a sua situação de doença implicou, recentemente, a interrupção do percurso escolar. Ambiciona ser mecânico, assumindo que para tal, pretende completar o 12º ano de escolaridade e posteriormente realizar um curso profissional e ingressar no mundo do trabalho.

Reside em Lisboa, num apartamento de tipologia T3 com o pai e a companheira do pai, que identificarei como T. Tem 2 irmãos, de 14 e 12 anos, com os quais assume ter uma relação próxima.

O pai é proprietário de uma oficina e, como tal, “passa muito tempo fora de casa” (sic), pelo que é a T. que desempenha o papel de cuidadora do P. Esta trabalha como doméstica e executa serviços de limpeza em casas particulares.

Conhece a mãe biológica, mas tem com esta uma relação muito distante. Descreve-a como “uma senhora loira, sem coração” o que traduz o distanciamento da relação entre ambos. Por este motivo, refere-se muitas vezes à T. como a mãe que nunca teve.

De acordo com a T., a infância e adolescência do P. tem decorrido de forma linear, sem intercorrências significativas, havendo apenas a destacar um episódio de amigdalite em 2014, com necessidade de realização de antibioterapia e a realização de uma intervenção cirúrgica (apendicectomia) em 2015, na sequência de um quadro

de apendicite aguda. Quanto aos antecedentes familiares, o P. revela que o avô paterno é diabético, estando atualmente controlado com terapêutica oral.

1.2. História da doença atual

A história de doença do P. teve início em Março de 2015, quando iniciou um quadro de astenia generalizada, associada a diminuição do apetite e a episódios frequentes de tosse produtiva. Cerca de duas semanas após o início destes sintomas, detetou também, o aparecimento de um nódulo, localizado na região cervical direita, sem dor e/ou sinais inflamatórios. Por este motivo, a T. optou por marcar-lhe uma consulta no centro de saúde da sua área de residência, procurando, deste modo, encontrar respostas que justificassem a presença destes sintomas.

No decorrer desta consulta, foi observado pelo médico de família, que prescreveu antibioterapia, associando a presença do nódulo cervical a um processo infeccioso. Contudo, solicitou também a realização de uma ecografia cervical, referindo que esta serviria apenas para os tranquilizar. De imediato, o P. iniciou o antibiótico prescrito e, passados três dias, realizou a respetiva ecografia cervical, cujo resultado revelou a presença de uma massa supraclavicular, bem como uma trombose da veia jugular direita. Neste seguimento, iniciou terapêutica com heparina de baixo peso molecular (HBPM) e por suspeita de malignidade, foi encaminhado para um hospital especializado em oncologia para esclarecimento de diagnóstico. Já neste hospital, realizou uma biópsia da adenopatia cervical direita, cujo resultado revelou o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin (LH). Neste momento, o P. revela que “foi como se ficasse sem chão” (sic), pois sempre pensou que tudo isto não passaria de um processo infeccioso, tal como o médico de família havia referido.

Após realização de todos os exames complementares de diagnóstico (ECD) necessários para a obtenção do estadiamento da doença, foi-lhe proposta a realização de quimioterapia (QT), em contexto de ambulatório, com um protocolo designado por ABVD, que é composto pela associação dos seguintes fármacos: doxorrubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina.

De acordo com o P., o percurso do tratamento decorreu sem intercorrências significativas e, no final do mesmo, conseguiu-se obter uma remissão completa da doença. Contudo, ao fim de cerca de seis meses, numa das consultas de vigilância com a sua médica hematologista, foi detetada recidiva da doença, o que, representou,

para ambos, “um choque” (sic), já que não existia qualquer sintomatologia que fizesse suspeitar que tal poderia ocorrer. Por este motivo, assumem que a aceitação desta situação se revelou ainda mais difícil para ambos, face à primeira vez, pois implicou o retorno à rotina hospitalar e à situação de doença, facto que segundo Arruda-Colli e Santos (2015) pode exercer um forte impacto ao nível emocional quer no próprio doente quer nos seus familiares.

Perante esta situação e, após discussão da equipa multidisciplinar, sugeriu-se a realização de um protocolo de QT de cinco dias consecutivos, designado por ESHAP. Este resulta da associação de diferentes fármacos, nomeadamente, etoposido, metilprednisolona, citarabina e cisplatina, cuja administração se estende ao longo de 24 horas por dia, exigindo a hospitalização da pessoa. Porém, contrariamente ao que seria espectável, ao fim de 4 ciclos de QT, não foi obtida uma resposta favorável ao tratamento, o que implicou uma alteração do plano terapêutico. Desta forma, iniciou um novo protocolo, constituído apenas pelo antineoplásico vinorelbina, cujos resultados possibilitaram a obtenção de remissão completa da doença. Neste seguimento foi encaminhado para a Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos (UTM), com a finalidade de realizar todos os procedimentos necessários para a realização de um auto -TCPH.

Após a realização de todos os ECD necessários, foi efetuada a colheita de células, por citafereze, tendo sido, posteriormente internado na unidade.

No decorrer do internamento, não se verificaram complicações relevantes, decorrentes da toxicidade dos fármacos administrados, contudo, o P. revela que foi “muito difícil” (sic), destacando como principais dificuldades o facto de estar sempre fechado, de ter tantas restrições alimentares e de estar sujeito a tantas mudanças a nível físico” (sic). Ao fim de 27 dias de internamento, teve alta clínica, pelo que passou a ser acompanhado em contexto de ambulatório, no Hospital de dia (HD), para realização de soroterapia na sequência da presença de um agravamento da função renal, bem como para administração de potássio (K+), magnésio (Mg²⁺) e ganciclovir[®], por apresentar citomegalovírus (CMV) positivo.

É no contexto de ambulatório que conheço o P. Com fácies triste, pouco comunicativo, mas afável e recetivo à primeira abordagem. Acompanhado pela T., com quem mantém uma evidente cumplicidade, passa grande parte do dia sentado no cadeirão de uma sala ampla do HD. Já teve oportunidade de conhecer outros

adolescentes, bem como alguns adultos que se encontram na mesma situação, estabelecendo com eles uma relação que considera essencial para “tornar mais agradáveis os momentos que passa no hospital” (sic).

Posso afirmar que o meu primeiro contacto com o P. decorreu de forma exímia, já que ao explicar-lhe o propósito da minha intervenção, este mostrou-se, de imediato, recetivo e disponível para colaborar naquilo que fosse necessário. Para tal, realizei uma entrevista completa, inicialmente na presença da T. e posteriormente, de forma individual, apenas com o P., que me permitiu perceber a complexidade da sua trajetória de vida e do seu percurso de doença, possibilitando-me, em simultâneo, a obtenção dos dados que apresento ao longo deste trabalho.

Quando questionei o P. acerca do percurso de doença vivenciado até ao momento atual, este sorriu e começou por caracterizá-lo como “um percurso longo e complicado” (sic), começando assim a descrever, detalhadamente todo o percurso efetuado até ao momento atual. Revela que “o pior já passou” reportando-se ao período de internamento na UTM que afirma ter sido “difícil de ultrapassar” (sic). Assume que o apoio da T. e dos irmãos nesta fase foram determinantes, uma vez que o impulsionaram e motivaram para continuar a lutar pois houve momentos em que teve “vontade de desistir” (sic). Destaca também, o papel da equipa multidisciplinar, quer do serviço de internamento, quer do HD, revelando que “são todos muito simpáticos e que é notório que se preocupam comigo e com o meu bem-estar”, “tentam distrair-me e por vezes até vêm ter comigo para jogarmos cartas” (sic).

No que diz respeito ao momento atual da sua doença, refere que por vezes o tempo é difícil de passar, pois sai de casa muito cedo e passa o dia todo no hospital, o que o impede de realizar as suas atividades habituais e impossibilita também a T. de exercer a sua atividade profissional. Contudo demonstra compreender a necessidade de passar todo este tempo no hospital, e procura cumprir rigorosamente, todas as recomendações da equipa, reconhecendo que esta é a “melhor forma de evitar complicações” (sic).

Perante estas informações, percebi que, de facto, o tempo de permanência no hospital e os horários definidos para esse efeito, estavam a condicionar a adaptação do P. a esta nova situação. Como tal, optei por expor esta situação à equipa de enfermagem do HD, procurando, junto da mesma, encontrar estratégias que permitissem colmata-la. A equipa demonstrou compreensão face a esta problemática

e, em colaboração com o P. e com a T. optaram por estipular um novo horário que fosse benéfico para ambos.

Passado algum tempo, ao abordar, novamente o P. acerca desta temática, percebi que esta alteração tinha sido determinante para a promoção do seu bem-estar, já que lhe permitiu retomar alguns hábitos de vida e permitiu também à T. reiniciar a sua atividade profissional, adaptando-a aos horários de tratamento do P.

Este facto permitiu ultrapassar os fatores que condicionavam uma transição saudável ao P., facto que se verificou determinante para a promoção do seu bem-estar, facilitando a sua adaptação à situação atual de doença.

1.3. Identificação das transições vivenciadas pelo P.

Transição de desenvolvimento	<p>O P. tem 17 anos e, como tal, encontra-se inserido na faixa etária da adolescência.</p> <p>A transição de desenvolvimento que experiencia está relacionada com as transformações inerentes à sua faixa etária, que englobam mudanças a nível físico, mental, emocional, sexual e social ao mesmo tempo que experiencia os desafios característicos desta fase da vida, tais como a procura da independência da família e o planeamento de objetivos futuros.</p>
Transição Saúde- Doença	<p>O diagnóstico de uma doença hemato-oncológica (LH) implicou que o P. transitasse de uma situação de saúde para uma situação de doença, obrigando-o a lidar com todas as implicações subseqüentes à presença de uma doença crónica nesta faixa etária. O tratamento inerente a esta doença trouxe repercussões significativas, nomeadamente ao nível da auto-imagem, associadas à alopecia, face cushingoid e pele pálida e desidratada, às quais o P. atribui um significado importante.</p>
Transição Situacional	<p>O tratamento da sua doença exigiu períodos de hospitalização prolongados e também idas frequentes ao hospital. Este facto comportou algumas alterações ao</p>

**Transição
Situacional
(cont.)**

nível da sua vida, já que exigiu a interrupção das suas atividades habituais, implicando, em simultâneo uma ocorrência de mudanças de papéis no seio da família, já que a T. passou a assumir o papel de cuidadora e o P. o papel de pessoa cuidada. Além disso, implicou mudanças ao nível da atividade profissional da T., exigindo que esta adaptasse a sua atividade profissional em função dos horários de tratamento do P.

1.4. Análise do processo transicional vivenciado pelo P.

A análise da situação clínica do P. permite constatar que, perante o diagnóstico desta doença e a necessidade de realização dos tratamentos inerentes à mesma, este viu-se confrontado com a vivência de uma multiplicidade de transições, o que exigiu dos enfermeiros a implementação de terapêuticas de enfermagem apropriadas, sustentadas nos processos transicionais vivenciados, como meio para promover ou facilitar a sua saúde (Meleis e Trangenstein, 1994). Para efetuar a análise deste processo, importa ter em consideração além dos tipos e padrões das transições, as propriedades, as condições de transição e os padrões de resposta (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger e Schumacher, 2000), de forma a conseguir determinar a consecução de uma transição saudável.

No que diz respeito às propriedades das transições, pode assumir-se que este já iniciou o processo de consciencialização, porque já percebeu as implicações inerentes ao diagnóstico desta doença e à sua tendência para a cronicidade, reconhecendo que esta pode exigir um tratamento prolongado e um acompanhamento permanente, para o resto da vida, devido ao risco elevado de recidiva da doença. Desta forma, procura cumprir rigorosamente todas as recomendações fornecidas pela equipa de forma a evitar possíveis complicações.

Quanto às condições da transição, salienta-se a existência de fatores facilitadores e inibidores de uma transição saudável. Assim, pode salientar-se como fator facilitador, o apoio permanente da família, principalmente da T. e também dos seus amigos, que procuram contactá-lo frequentemente, por telemóvel e/ou através das redes sociais, com o intuito de o motivar e apoiar.

A relação que ao longo deste período conseguiu estabelecer com a equipa multidisciplinar, parece também constituir um elemento facilitador, na medida em que permite reduzir a sua ansiedade perante situações de maior complexidade, permitindo atenuar os sentimentos negativos inerentes à sua presença no hospital, já que segundo este, apesar dos momentos menos bons, os enfermeiros e as assistentes operacionais, “tentam manter-me ocupado e, por vezes até me fazem rir” (sic). Em contrapartida, verifica-se também a existência de fatores inibidores que, dizem respeito a dois fatores principais: idas diárias ao hospital, onde permanece cerca de 8 horas por dia e que o fazem “sentir-se preso” (sic), condicionando o seu dia-a-dia, e implicando uma alteração das rotinas diárias da T., nomeadamente a interrupção da sua atividade profissional, fazendo-o sentir-se “um peso para a T” (sic).

Reconhecendo este facto, a intervenção da equipa de enfermagem foi desenvolvida no sentido de procurar colmatar as condições dificultadoras identificadas. Para tal, foram adaptados os seus horários de tratamento, de acordo com o que este havia solicitado, o que possibilitou que o P. começasse o tratamento entre as 8 e as 9 horas da manhã, conseguindo, desta forma, sair aproximadamente às 17 horas, o que possibilitava que ao fim da tarde recebesse a visita do vizinho para jogar *playstation*. Além disso, permitiu também à T. reiniciar a sua atividade profissional, definindo os seus horários de trabalho de acordo com os horários de tratamento do P.

Deste modo, estas alterações permitiram atenuar o sofrimento deste adolescente e, conseqüentemente proporcionar-lhe uma maior sensação de bem-estar, conseguindo-se promover a sua adaptação a todo este processo. Neste seguimento, o P. começou a demonstrar um maior interesse em aprender mais sobre a sua doença e sobre os cuidados inerentes à mesma, verificando-se progressivamente uma maior autonomia deste, nomeadamente na realização das suas atividades de vida diárias, facto que se revelou de uma importância significativa, uma vez que a procura da independência da família é considerada uma questão primordial nesta fase da vida (Hockenberry & Wilson, 2011).

Embora evidencie alguma preocupação relacionada com a alteração da sua auto-imagem, associada principalmente à alopecia, face cushingoid e pele pálida e desidratada, consegue perceber que se trata de uma situação provisória e cumpre todas as indicações da equipa médica e de enfermagem, nomeadamente, realização

de uma higiene corporal diária cuidadosa, com recurso a gel de banho com pH neutro, aplicação de creme hidratante, ingestão hídrica adequada (BC Cancer Agency, 2014), demonstrando assim uma maior autonomia face às atividades ensinadas que revelam o desenvolvimento de novos conhecimentos e a aquisição de novas competências por parte do P., tal como Meleis (2010) preconiza, para a concretização de uma transição saudável.

Assim, pode constatar-se que o P. atingiu os indicadores de mestria, podendo, portanto, assumir-se que, ao longo deste processo, as mudanças ocorridas conduziram à sua adaptação à nova condição de saúde, o que permite concluir que este adolescente alcançou uma transição saudável. No mesmo sentido, pode também afirmar-se que as intervenções implementadas pelos enfermeiros junto do P. foram desenvolvidas numa perspetiva transicional, tendo em consideração a complexidade inerente à vivência deste adolescente, e procurando proporcionar-lhe a aquisição de novos conhecimentos e competências, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar, tal como preconiza Meleis et al., (2000).

2. IDENTIFICAÇÃO DA ADOLESCENTE 2

2.1. Dados demográficos

Nome: D.M.T.O	Habilitações Literárias: 9º ano de escolaridade
Género: Feminino	Nome pelo qual gosta de ser tratado: Pelo primeiro Nome
Idade: 16 Anos	Religião: Católica (não praticante)
Nacionalidade: Portuguesa	Residência atual: Almada

Reside em Almada com os pais e o irmão mais velho de 22 anos, num apartamento de tipologia T3.

É estudante e frequenta atualmente o 9º ano de escolaridade. Reprovou dois anos consecutivos devido à interrupção da atividade escolar na sequência do diagnóstico da doença oncológica. Ambiciona ser advogada, pelo que pretende ingressar na faculdade após a concretização do 12º ano de escolaridade.

Os pais trabalhavam juntos, numa loja de materiais de construção e decoração, contudo a situação de doença da D. e a necessidade de períodos frequentes de hospitalização exigiram que a mãe abandonasse, recentemente, essa atividade, dedicando-se atualmente a cuidar da D. a tempo inteiro.

Ambas descrevem a sua família como “uma família unida” (sic), assumindo que este facto tem facilitado a vivência deste percurso. Além dos quatro elementos que compõe a família nuclear, a D. enumera a importância de um tio, de uma tia e dos avós paternos, revelando que o seu papel tem sido determinante em todo este percurso, uma vez que, além de a visitarem frequentemente, preocupam-se em apoiar o seu pai e o seu irmão, procurando dar resposta a todas as suas solicitações. Segundo a D., a tia é “como uma segunda mãe” (sic).

No que diz respeito à sua história de saúde, não existem intercorrências significativas, havendo apenas a destacar a ocorrência de uma intervenção cirúrgica

(apendicectomia) aos 7 anos de idade. De acordo com a mãe, a D. foi acompanhada até aos 9 anos por um pediatra particular, passando posteriormente a ser acompanhada no centro de saúde da sua área de residência.

Quanto aos antecedentes familiares, a mãe da D. revela que a avó paterna foi submetida a mastectomia radical há cerca de dois anos, na sequência de uma neoplasia da mama, estando atualmente a ser seguida em consultas de *follow-up*.

2.2. História da doença atual

A história de doença da D. teve início em 2013. Nesta altura, a mãe refere ter constatado um aumento do cansaço, manifestado por uma “fraqueza generalizada” (sic). Decidiu não recorrer de imediato ao médico, porque considerou que poderia estar associado a uma maior exigência por parte da escola, já que esta situação coincidiu com o período de exames escolares.

Contudo, passadas cerca de duas semanas, a D. inicia também queixas de dores ósseas e um quadro de febre, pelo que a sua mãe opta por recorrer ao hospital da sua área de residência. Aí, foi observada, tendo sido realizado, segundo a mãe, um exame físico completo, através do qual a médica pediatra constatou a presença de três equimoses nos membros inferiores. Neste seguimento, solicitou a realização de análises sanguíneas, cujos resultados revelaram múltiplas alterações, nomeadamente: anemia, neutrofilia e leucocitose. Na sequência da observação destes resultados, a médica optou por encaminhá-la para um hospital especializado em oncologia, de forma a realizar os ECD necessários para esclarecer o seu diagnóstico. Já neste hospital foram realizadas, novamente, análises sanguíneas e medulograma cujos resultados revelaram o diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (LLA).

Perante tal facto, tornou-se necessária a sua hospitalização imediata, com o intuito de realizar o estadiamento da doença de forma a iniciar os tratamentos necessários o mais precocemente possível.

Cerca de uma semana depois a D. inicia o tratamento com um protocolo de QT, designado por DFCl (do *Dana Farber Cancer Institute*), que realizou durante aproximadamente dois anos, cumprindo parte do tratamento em contexto de internamento e outra parte em regime de ambulatório. No decorrer deste processo, surgiram múltiplas complicações, sendo que a grande maioria resultou da toxicidade

dos fármacos administrados, implicando períodos de hospitalização prolongados. De entre todas estas complicações, a mãe da D. destaca um episódio em que houve necessidade desta ser transferida para uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP), na sequência de um choque séptico, cujo foco foi um processo infeccioso no cateter venoso central (CVC).

Findos os dois anos de tratamento intensivo com quimioterapia, conseguiu-se obter a remissão completa da sua doença, o que constituiu, para ambas, “uma sensação de felicidade única” (sic). No entanto, seis meses depois, foi detetada recidiva da doença, o que exigiu o seu reinternamento para realização de novos tratamentos. Os resultados decorrentes deste tratamento foram favoráveis, tendo-se conseguido, novamente, obter uma remissão completa da doença. Neste seguimento, foi encaminhada para a UTM, para realização de alo-TCPH. Realizou todos os procedimentos inerentes a este processo e foi, posteriormente admitida no serviço de internamento desta unidade.

Foi, neste contexto, que tive oportunidade de contactar com a D. e com a sua mãe. Atualmente, com 16 anos, demonstra ser uma adolescente calma, afável e colaborante nos cuidados, apesar de apresentar um fâcies triste e de revelar alguma renitência à primeira abordagem.

No momento em que iniciei o ensino clínico, a D. estava a terminar a fase de condicionamento do alo-TCPH, pelo que revelava sentir-se mais cansada e manifestava diminuição do apetite e náuseas que não cediam à terapêutica anti-emética administrada. No decorrer do internamento, surgiram ainda outras complicações, nomeadamente febre, decorrente de uma infeção bacteriana e mucosite grau IV, com necessidade de administração de morfina[®] e alimentação parentérica durante cerca de uma semana.

A duração do ensino clínico permitiu-me acompanhar a D. desde esta fase até ao momento da alta clínica, possibilitando-me deste modo garantir-lhe uma adequada continuidade de cuidados, que é reconhecida pela Deontologia Profissional do Enfermeiro (DPE) como um dever do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2015). Este facto facilitou o estabelecimento de uma relação de ajuda com esta adolescente, que possibilitou a “criação de um clima de compreensão e o fornecimento de apoio” (Phaneuf, 2005, p.324), de que esta necessitava, permitindo-me conhecê-la,

verdadeiramente, e prestar-lhe cuidados individualizados capazes de responder às suas necessidades individuais.

Os momentos de partilha estabelecidos com a D. permitiram-me constatar que, apesar dos receios manifestados por esta face às consequências do TCPH, ela acreditava, realmente, que este processo lhe permitiria a recuperação da sua saúde, encarando-o como a “cura para a sua doença” (sic), o que constituiu um elemento facilitador da sua adaptação a esta nova realidade.

Ao longo do internamento, a D. mostrou-se sempre colaborante com a equipa, demonstrando disponibilidade na aprendizagem de novos conhecimentos e na aquisição de novas competências que lhe permitissem ser mais autónoma nas suas atividades de vida diárias. Reconhecia a tendência para cronicidade da sua doença, pelo que procurava ouvir, atentamente, todas as recomendações fornecidas pelos médicos e enfermeiros, demonstrando preocupação em reconhecer sinais e sintomas específicos para os quais deveria estar alerta. Apresentava alguma renitência face à presença do CVC, relacionada com uma experiência anterior na qual um processo infeccioso determinou a sua transferência para uma UCIP. Apesar disso, demonstrava compreender a importância da sua presença e, como tal, tentava encontrar estratégias para promover a sua adaptação ao mesmo.

No momento da sua alta clínica, despediu-se da equipa, com um sorriso, agradecendo o apoio fornecido ao longo deste período e garantindo que cumpriria todas as recomendações no domicílio. Antes de sair da unidade, optou por recapitular todas as recomendações fornecidas pela equipa, demonstrando um conhecimento aprofundado sobre os temas abordados, com especial enfoque no esquema de terapêutica a cumprir no domicílio, nos sinais de alarme a ter em consideração e nas rotinas inerentes às suas visitas ao hospital de dia, que ficaram agendadas em dias alternados.

2.3. Identificação das transições vivenciadas pela D.

Transição de desenvolvimento

A D. tem 16 anos, pelo que se encontra integrada na faixa etária da adolescência.

A adolescência é considerada como uma fase de transformações múltiplas (físicas, mentais, emocionais,

	sexuais e sociais) e é caracterizada também pela ocorrência de tarefas de desenvolvimento, nomeadamente pela procura da independência da família e pelo planeamento de objetivos futuros.
Transição Saúde- Doença	A D. foi uma criança saudável até há cerca de 3 anos atrás, quando lhe foi diagnosticada LLA. A partir deste momento, viu-se confrontada com a mudança de uma situação de saúde para uma situação de doença que lhe trouxe repercussões a vários níveis.
Transição Situacional	A presença da doença oncológica implicou diversas alterações ao nível da sua rotina diária, relacionadas com a interrupção da atividade escolar, com a alteração das rotinas e dos papéis familiares, ao mesmo tempo que exigiu períodos de hospitalização prolongados.
Transição Organizacional	A situação de doença e os períodos de internamento frequentes originaram a vivência de uma transição organizacional, associada à ocorrência de alterações ao nível da estrutura e dinâmica familiar, já que o pai e o irmão passaram a estar sozinhos em casa, enquanto a D. e a mãe permaneciam no hospital, exigindo o apoio de outros familiares, nomeadamente da tia.

2.4. Análise do processo transicional vivenciado pela D.

O diagnóstico da D. despoleta o início de uma multiplicidade de transições, associada à vivência da adolescência, em concomitância com a presença de uma doença oncológica. No decorrer deste percurso, a necessidade de ser submetida a períodos de internamento frequentes e a diversas mudanças, decorrentes da situação da doença e do processo de hospitalização, resultaram na vivência de quatro tipos de transições, em simultâneo (de desenvolvimento, de saúde-doença, situacional e organizacional), o que representou para esta adolescente um período crítico que

implicou a adoção de novos comportamentos, recursos e estratégias de *coping* (Meleis, 2015) como meio para atingir uma transição saudável.

Assim, importa considerar que, desde a fase inicial do internamento nesta unidade, a D. demonstrou consciencialização acerca das mudanças inerentes à sua situação de doença, o que lhe permitiu, progressivamente, integrar a doença no seu projeto de vida. De acordo com Meleis (2010), quando a pessoa inicia o processo de consciencialização acerca das mudanças que estão a ocorrer ou que vão ocorrer, inicia-se o processo de transição.

Inevitavelmente e, porque se trata de um processo de elevada complexidade, foram identificados fatores facilitadores e inibidores de uma transição saudável. No que diz respeito aos fatores facilitadores, saliento o fato da D. encarar o processo de TCPH como a cura para a sua doença, resultando numa maior motivação da D. para a aquisição de conhecimentos relacionados com todo este processo bem como com as implicações que este pode ter no seu percurso de vida. Importa salientar também, como elemento facilitador, o fato da D. poder contar com o apoio da família, principalmente da mãe que está consigo a tempo inteiro e que, de acordo com a mesma, assume um papel determinante pois além de “estar sempre disponível para tudo” (sic), procura proporcionar-lhe “momentos de distração que ajudam a passar o tempo” (sic). De facto, segundo a Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica (SIOPE) e *Jolanta Kwasniewska`s Foundation* (JKF), os pais desempenham um papel fundamental no apoio aos seus filhos, daí a pertinência de serem envolvidos como parceiros no processo, facto que, nesta situação foi proporcionado pela equipa de enfermagem (SIOPE & JKF, 2009).

Contudo, a D. revela também receio face às incertezas acerca do futuro bem como às consequências que poderão advir de todo este processo, reconhecendo que a cronicidade inerente à sua doença lhe poderá trazer restrições para o resto da vida. Abrunheiro, Perdigoto e Sendas (2005, p.140) revelam, neste sentido, que é essencial “ajudar o doente a tomar consciência dos seus receios e emoções, de modo a evitar uma má adesão ao processo terapêutico”

Através da realização de intervenções de enfermagem sustentadas em processos transicionais, conseguiu-se que a D. desenvolvesse competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que lhe permitiram a aquisição de novos conhecimentos acerca da sua situação de doença e acerca das implicações da

mesma, proporcionando-lhe autonomia que resultou, para si, numa maior sensação de bem-estar. De facto, ao longo do período de internamento, a D. foi demonstrando uma maior aptidão para a realização das suas atividades de vida diárias, de forma autónoma. O facto de, atualmente, conseguir olhar para o espelho e observar o CVC constituiu também um progresso significativo já que no momento da sua admissão nesta unidade, este facto seria impensável. Na fase final do internamento, a D. demonstrava conseguir movimentar-se, de forma autónoma, adequando o posicionamento do CVC de acordo com as suas necessidades, sem recorrer ao auxílio da mãe e/ou dos profissionais de saúde.

Demonstrava reconhecer também que pela sua vulnerabilidade, estava sujeita a uma probabilidade acrescida de ocorrência de complicações, tais como infeções, pelo que nos últimos dias de internamento, já em regime de porta aberta, era a própria que, de forma autónoma colocava a máscara antes de sair da unidade.

O modo como a D. geria o regime terapêutico tornou-se também um aspeto essencial que importa ser revelado, já que, por vezes, era a própria que solicitava a terapêutica aos enfermeiros, referindo que “já são 11 horas e ainda não me trouxeram o tacrólimus[®]” (sic).

Estes factos permitem constatar que, no decorrer deste período, a D. adquiriu novos conhecimentos que lhe permitiram o desenvolvimento de novas competências, proporcionando-lhe uma maior autonomia e conseqüentemente, uma maior sensação de bem-estar. Deste modo, a aquisição da mestria trona-se evidente, o que permite constatar que a D. vivenciou um processo transicional saudável. Para tal, a intervenção dos enfermeiros revelou-se determinante, já que, ao longo de todo o processo, estes procuraram compreender as transições vivenciadas pela D., adaptando a sua conduta, tendo em consideração a sua individualidade e unicidade e demonstrando, deste modo, reconhecer que as estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão das transições, a partir da perspetiva de quem as experiencia (Zagonel, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do presente trabalho, foi realizada uma análise profunda do conceito de transição, enquanto elemento central da disciplina de enfermagem. Esta análise permitiu não só explorar e aprofundar este conceito, mas também enaltecer o papel do enfermeiro enquanto elemento facilitador das transições, essencialmente quando se trata da experiência de transições de saúde- doença que, segundo Meleis et al. (2000), assumem particular importância na prática de enfermagem.

No decurso da sua realização, constatei que o conceito de cuidado transicional não se pode reduzir a uma definição simples, uma vez que se trata de um processo que requer a compreensão da vivência da pessoa que experiencia o processo de transição. Para tal, as estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão das transições, a partir da perspectiva de quem as experiencia (Zagonel, 1999), o que significa que é necessário que os enfermeiros compreendam as transições vivenciadas pelos adolescentes como meio para adaptar a sua conduta na promoção de transições saudáveis, considerando a individualidade e unicidade de cada indivíduo.

Através da análise das situações supracitadas, pode constatar-se que, de facto, o P. e a D. apresentaram formas distintas de lidar com a situação de doença e com as repercussões. Em ambas as situações, a dedicação dos enfermeiros na promoção de cuidados de qualidade, sustentados em processos transicionais, traduziu-se numa prestação de cuidados eficaz que permitiu a ambos os adolescentes a aquisição de novas competências (mestria), o que me permite concluir que ambos conseguiram alcançar transições saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunheiro, L., Perdigoto, R. & Sendas, S. (2005). Avaliação e acompanhamento psicológico pré e pós transplante hepático. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 6(2), 139-143. Acedido a 6/1/2017. Disponível em: <http://www.eloizaquintela.com.br/psicologia%20x%20tx.PDF>
- Arruda-Colli, M. & Santos, M. (2015). Aspectos psicológicos da recidiva em Oncologia Pediátrica. Uma revisão integrativa. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 67(3), 75-93. Acedido a 3/8/2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v67n3/07.pdf>
- BC Cancer Agency (2014). Symptom management. Nursing produces guidelines for managing the symptoms of cancer. Acedido a: 20/1/2018. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/clinical-resources/nursing/symptom-management>
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ed.). Loures: Lusocência.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9º ed.), Loures: Lusociência.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions. Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6), 255-259. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing. development & progress*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2015). Transitions theory. In Smith, M. & Parker, M. *Nursing theories and nursing practice* (p.361-380). Philadelphia: Davis Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a 10/2/2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=cf18f3b6-6429-4ca3-9f61-aecebb2f5a62%40sessionmgr4008>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de enfermagem*. Acedido a 1/2/2017. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

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

Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica & Jolanta Kwasniewska`s Foundation (2009). Padrões Europeus de cuidados às crianças com cancro. (Gil-da-Costa, M., Trad.). Acedido a 22/5/2016. Disponível em: https://www.siope.eu/wp-content/uploads/2013/09/European_Standards_Portuguese.pdf

Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-america de enfermagem*. 7(3), 25-32. Acedido a: 3/5/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

Apêndice XII - Jornal de aprendizagem



**7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica**

**JORNAL DE APRENDIZAGEM
O adolescente com doença hemato-oncológica em fim de
vida**

**Autor:
Diana Guerra**

**Lisboa
Setembro de 2017**



**7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica**

**JORNAL DE APRENDIZAGEM
O adolescente com doença hemato-oncológica em fim de
vida**

**Autor:
Diana Guerra**

Professor Orientador: Prof. Eunice Sá

**Lisboa
Setembro de 2017**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Alo- TCPH – Transplante de Células Progenitoras Hematopoiéticas alogénico

HD – Hospital de dia

LLA – Leucemia Linfoblástica Aguda

QT – Quimioterapia

UTM – Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos

ÍNDICE

1. ANÁLISE REFLEXIVA.....	5
1.1. Descrição da Situação.....	5
1.2. Pensamentos e Sentimentos.....	7
1.3. Avaliação.....	8
1.4. Análise.....	9
1.5. Conclusão.....	10
1.6. Planear a ação.....	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12

1. ANÁLISE REFLEXIVA

A reflexão que, de seguida, realizei foi motivada pela necessidade de compreender a vivência dos adolescentes com doença hemato-oncológica em fim de vida e dos seus familiares, procurando, em simultâneo, enaltecer o papel do enfermeiro enquanto elemento facilitador das transições (Meleis, 2010) que ambos vivenciam.

Para tal realizei, ao longo do presente trabalho, um exercício de reflexão, reportando-me a um caso clínico concreto e mobilizando o ciclo de Gibbs como ferramenta estruturante da presente reflexão.

1.1. Descrição da Situação

O T. é um adolescente de 18 anos, sexo masculino e raça caucasiana. Reside em Lisboa, num apartamento de tipologia T2 com a mãe. Os pais estão divorciados há cerca de sete anos e, atualmente o pai é casado com outra pessoa e “tem a sua família” (sic). Tem uma irmã, de 23 anos, que reside em Londres.

É estudante, contudo, foi obrigado a interromper a atividade escolar na sequência do diagnóstico de uma doença oncológica.

A situação de doença do T. teve início há cerca de 3 anos, na sequência do diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (LLA). Desde essa altura, tem sido acompanhado num hospital especializado em oncologia, onde tem realizado todos os tratamentos necessários.

No decorrer do seu percurso de doença, o T. tem-se confrontado com sucessivas recidivas da sua doença, o que tem implicado a realização de múltiplos tratamentos de quimioterapia (QT) bem como períodos de hospitalização prolongados. Por este motivo, tive oportunidade de conhecer e acompanhar o T. e a sua família, já que este era frequentemente internado no serviço onde eu exercia funções.

Há cerca de 8 meses, foi submetido a um transplante de células progenitoras hematopoiéticas alogénico (alo-TCPH), estando, atualmente, a ser acompanhado, em regime de ambulatório, no Hospital de dia (HD) da Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos (UTM).

É, no decorrer do campo de estágio nesta unidade que decorre a situação que relato ao longo deste jornal de aprendizagem.

Num dos turnos da manhã que realizei, deparei-me com a presença do T. e da sua mãe, numa das salas do HD desta unidade. Confesso, que quando me confrontei com o T. não o reconheci. Estava francamente mais emagrecido, desidratado, pálido e asteniado comparativamente à última vez em que havia contactado com ele. Perante a chegada da mãe ouvi um caloroso “Bom dia enfermeira Diana!”, “Agora está por aqui?”. Surpreendida, pois só nesse momento percebi que era o T. que ali estava, comecei por explicar a ambos o propósito da minha presença nesta unidade, revelando o contexto académico em que me encontrava e demonstrando-lhes disponibilidade para aquilo que necessitassem. Percebi, pela expressão da mãe e pela postura do T. que, de facto, estavam a vivenciar uma “fase complicada”. Como tal, optei por procurar saber mais sobre a sua situação clínica, pelo que consultei o seu processo clínico e solicitei à enfermeira responsável pelo T. que me enquadrasse naquela situação. Foi quando percebi que a linha de tratamento do T. estava a chegar ao fim.

Na sequência do agravamento do seu estado geral, a equipa, em concordância com o T. e com a mãe, optou por interna-lo com o intuito de lhe promover todo o conforto necessário, reduzindo os desconfortos presentes nesta fase da vida e procurando, em simultâneo atenuar o sofrimento da família, principalmente da mãe, que havia sido o seu pilar ao longo de todo o percurso de doença e que, atualmente, evidenciava sinais de sofrimento e exaustão.

À medida que os dias iam passando, era notório o agravamento da situação clínica do T., manifestado essencialmente por dificuldade respiratória e por descontrolo álgico. Como tal, optou-se por iniciar morfina em perfusão contínua em concomitância com outros analgésicos, tendo posteriormente havido necessidade de iniciar também midazolam® em perfusão contínua. O T. permaneceu sempre informado e ciente da sua situação clínica, pelo que solicitou à equipa para que “não o pusessem a dormir” (sic) porque queria esperar pela irmã, que chegaria de Londres naquele dia.

Naquele mesmo dia, por volta das 15 horas, a sua irmã chegou. A pedido do T., a equipa proporcionou-lhes um momento a sós e permitiu que a irmã permanecesse durante a noite a acompanhá-lo, possibilitando que a mãe se ausentasse para ir a casa descansar. Cerca de dois dias depois, o T. acabou por falecer, nesta unidade,

acompanhado pela mãe e pela irmã, de acordo com o que este havia solicitado, e de forma tranquila.

No momento em que a mãe do T. constatou esta realidade, abraçou-me, chorou compulsivamente e, em simultâneo, agradeceu-me a sensibilidade e disponibilidade demonstrada, ao longo do percurso de doença do T., considerando que a minha presença junto de ambos tinha facilitado a vivência de toda a situação. Agradeceu, essencialmente, o facto de ter incentivado a sua presença e a sua participação nos cuidados ao T., facto que fez com que esta se sentisse parte integrante do processo de tratamento do filho, o que, de acordo com a mesma, permitiu amenizar o seu sofrimento inerente a toda esta situação.

1.2. Pensamentos e Sentimentos

Perante esta situação confesso que vivenciei sentimentos contraditórios pois, se por um lado me senti triste e revoltada com a morte do T., por outro lado senti-me feliz porque percebi que, de facto, a minha intervenção junto do T. e da sua mãe tinha sido benéfica para ambos.

Admito que a minha ambição, enquanto enfermeira, é que a pessoa doente consiga obter a remissão da sua doença, dando continuidade ao seu percurso de vida, em particular quando se trata de adolescentes que se encontram em fase de crescimento e desenvolvimento. O facto de se conseguir controlar cada vez mais os processos de cura dos doentes oncológicos limita a nossa sensibilidade para admitir o fracasso do tratamento e implementar, atempadamente, medidas de suporte e palição compatíveis com cuidados que respeitem a dignidade humana (Rushton, 2005), facto que justifica o sentimento de tristeza que vivenciei perante a constatação da irreversibilidade da situação do T.

Além disso, o facto de reconhecer que os avanços científicos e tecnológicos têm possibilitado o prolongamento da vida dos doentes oncológicos (Paixão, 2009) e que, por este motivo, “a doença hemato-oncológica passou a ser encarada como uma doença crónica com remissões e recaídas ao longo da sua história natural” (Sá, 2010, p.56), faz com que, perante casos como o do T., acredite que a situação possa ser ultrapassada mediante a prestação de cuidados adequados e mediante a administração de terapêuticas de suporte necessárias. Porém, na realidade, isto nem sempre acontece.

1.3. Avaliação

Considero que a oportunidade de participar ativamente na prestação de cuidados ao T., representou um momento de aprendizagens significativas que contribuiu, determinantemente, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Como tal, posso assumir que as experiências vivenciadas neste contexto, foram essenciais para a consolidação dos conhecimentos teóricos apreendidos anteriormente, permitindo-me a aquisição de novas competências.

As dificuldades identificadas ao longo da prestação de cuidados a este adolescente, prendem-se, essencialmente, com a gestão emocional, o que significa que devo procurar desenvolver esta componente, como meio para melhorar a minha intervenção junto dos adolescentes em fim de vida e dos seus familiares. Benner e Wrubel (1989) revelam que a capacidade de gerir adequadamente as emoções está ligada a um nível de perícia dos enfermeiros (Diogo, 2012), pelo que é esperado que, ao longo do seu percurso profissional, os enfermeiros vão adquirindo mecanismos e estratégias para dar resposta às questões emocionais inerentes ao processo de cuidar em enfermagem.

Apesar das dificuldades sentidas, durante a prestação de cuidados ao T. e à sua família, avalio a situação descrita de forma bastante positiva, já que esta trouxe contributos positivos para todos os intervenientes. Para mim, pelas múltiplas aprendizagens que me proporcionou e por me ter sensibilizado para a importância que o apoio emocional, a presença física e as estratégias de comunicação do enfermeiro podem representar para o adolescente em fim de vida. Para o T. porque considero que a postura calma e carinhosa que procurei sempre ter junto dele e a capacidade de escuta, foram importantes para promover a expressão dos seus sentimentos e emoções e para garantir a sua tranquilidade, ao longo de todo este percurso. Para a mãe, uma vez que consegui estabelecer com esta uma relação de confiança e suporte que, de acordo com Aldridge (2005) é considerada essencial em situações de *stress*, e que, nesta situação particular, foi evidenciada pela mãe do T. como fator facilitador da vivência de toda esta situação.

1.4. Análise

A análise da situação supracitada permite-me enaltecer a intervenção do enfermeiro enquanto elemento facilitador dos múltiplos processos transicionais que o adolescente vivencia em contexto de fim de vida, não só no que diz respeito à promoção de medidas de conforto, mas também no que diz respeito ao apoio emocional, já que Paixão (2009) revela que o sofrimento do adolescente, neste contexto, está relacionado não só com a dimensão física, mas também com a sua dimensão psicossocial e espiritual. Deste modo, os enfermeiros devem possuir conhecimentos e competências específicas que lhes permitam responder, adequadamente, às diferentes situações com as quais são confrontados no seu quotidiano profissional. Paixão (2009, p.79) salienta a importância dos enfermeiros possuírem capacidades comunicacionais complexas, considerando que “o elemento presença adquire um papel fundamental: estar simplesmente presente sem necessidade de fornecer qualquer resposta é em muitos momentos a modalidade de comunicação preferencial” (Paixão, 2009, p.79).

Os familiares destes adolescentes devem também constituir foco de atenção dos enfermeiros. Como tal, importa que estes reconheçam que a situação de doença de um familiar implica uma transição na família, associada às mudanças que ocorrem no dia-a-dia decorrentes da ausência desse familiar (Hanson, 2005). Além disso, importa que estes estejam despertos para a possibilidade de ocorrência de situações de exaustão familiar que, segundo Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006) é considerada uma situação frequente perante a presença de uma doença e necessidade de hospitalização de um familiar, podendo desencadear reações depressivas para as quais os enfermeiros devem estar atentos, pois a sua intervenção deve ser desenvolvida com o intuito de conseguir também garantir as necessidades dos familiares da pessoa doente (Al-Yateem, Issa, & Rossiter, 2015).

Perante esta realidade, julgo ter intervindo corretamente junto deste adolescente e da sua mãe, uma vez que considero que a minha intervenção foi desenvolvida no sentido de dar resposta às necessidades do T. e dos seus familiares, procurando aliviar o sofrimento físico do T. e o sofrimento psicossocial e espiritual vivenciado por ambos. Paixão (2009) revela que o sofrimento dos pais pode ser amenizado através da prestação de cuidados que promovam o conforto físico do filho e, de facto, esta foi uma das medidas que procurei implementar para atenuar o sofrimento de ambos.

Além disso, a mesma autora revela que “facilitar uma “boa morte” é uma prioridade para a saúde das famílias enlutadas” (Paixão, 2009, p.81), uma vez que “o trajeto de morte de uma criança (...) influencia diretamente a capacidade dos pais continuarem a sua vida e funções durante e após a morte da criança” (Paixão, 2009, p.81).

1.5. Conclusão

Considero que a vivência desta situação me trouxe contributos que possibilitarão a melhoria da minha prestação de cuidados ao adolescente em fim de vida e aos seus familiares, contribuindo, deste modo, para enriquecer o meu projeto de intervenção.

Destaco, essencialmente, o facto de me ter sensibilizado para a importância que a família representa em todo o processo de doença do adolescente, alertando-me para a necessidade de inclusão dos familiares na prestação de cuidados bem como para a necessidade de direccionar os cuidados de enfermagem não só aos adolescentes mas também aos seus familiares, considerando que estes são essenciais na vida dos adolescentes e que podem, segundo Harrison (2010) desempenhar um papel importante na promoção da qualidade dos cuidados.

Os benefícios associados à participação dos pais nos cuidados podem ser, segundo Cushing (2005) múltiplos, podendo destacar-se os seguintes: satisfação parental, reforço dos laços familiares e diminuição da dor, o que propicia o sentimento de satisfação da equipa de enfermagem resultando na melhoria dos cuidados prestados.

Em jeito de conclusão, importa revelar que o processo de cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica em fim de vida é considerado um processo de elevada complexidade para os enfermeiros, pelo que Meleis (2012) preconiza que os cuidados prestados sejam sustentados nos processos transicionais que a pessoa experiencia, tendo em consideração a sua individualidade e procurando implementar intervenções terapêuticas de enfermagem que proporcionam respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger, & Schumacher, 2000).

1.6. Planear a ação

Daqui em diante, procuro promover a participação ativa dos familiares na prestação de cuidados aos adolescentes e pretendo conseguir que todos os

enfermeiros da equipa reconheçam a importância que os familiares assumem em todo o processo de doença do adolescente, intervindo no sentido de dar resposta não só às necessidades dos adolescentes, mas também às necessidades dos seus familiares/cuidadores. Para tal, pretendo abordar a temática da parceria de cuidados com a família no guia de boas práticas que me encontro a realizar, sistematizando algumas intervenções de enfermagem específicas e inculcando-as no seio da equipa como meio para facilitar e uniformizar a intervenção dos enfermeiros, neste contexto.

Pretendo também, incluir no mesmo guia, um item acerca da temática do trabalho emocional com adolescentes, já que a gestão emocional se revela, frequentemente, uma dificuldade para os enfermeiros que cuidam de adolescentes com doença hemato-oncológica em contexto hospitalar. Como tal, apresentarei no mesmo, um algoritmo acerca do trabalho emocional com adolescentes que visa guiar a intervenção do enfermeiro, permitindo-lhe adequar a sua intervenção de acordo com o modo de apresentação do adolescente (OE, 2010; Caeiro, 2014), disponibilizando, em simultâneo algumas orientações relacionadas com a sua aplicabilidade, de forma a promover a maximização da qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes e aos seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, M. (2005). Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit. One unit's experience. *Critical care nurse*. 25(6), 40-49. Acedido a: 10/3/2017. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/25/6/40.full.pdf+html>.
- Al-Yateem, N., Issa, W. & Rossiter, R. (2015). Childhood stress in healthcare settings. Awareness and suggested interventions. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 38(2), 136-153. DOI: 10.3109/01460862.2015.1035465.
- Caeiro, M. (2014). O trabalho emocional com adolescentes em situação de doença e hospitalização. Proposta de um algoritmo de intervenção em Enfermagem. *Revista Nursing*. Acedido a 3/6/2016. Disponível em: <http://www.nursing.pt/o-trabalho-emocional-com-adolescentes-em-situacao-de-doenca-e-hospitalizacao-proposta-de-um-algoritmo-de-intervencao-em-enfermagem-2/>
- Cushing, A. (2005). Parent participation in care. Bridging the gap in the pediatric ICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 5(4), 179-187. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2005.08.002>
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. 4(?), 3-7. Acedido a 5/5/2016. Disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoId=30937>.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Harrison, T. (2010). Family-centered pediatric nursing care. State of the science. *Journal of Pediatric Nursing*. 25(5), 335-343. DOI: [10.1016/j.pedn.2009.01.006](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006)
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing. Development & Progress*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a 10/2/2017. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=cf18f3b6-6429-4ca3-9f61-aecebb2f5a62%40sessionmgr4008>

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Acedido a 15/5/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Paixão, M. (2009). O sofrimento na criança e no adolescente com doença oncológica em fim de vida. *Pensar Enfermagem*. 13(1), 72-84. Acedido a 20/1/2017. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_72-84.pdf
- Rushton, C. (2005). A framework for integrated pediatric palliative care. Being with dying. *Journal of Pediatric Nursing*. 20(5), 311-325. DOI: [10.1016/j.pedn.2005.03.003](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.03.003)
- Sá, E. (2010). A contribuição da enfermagem para aliviar o sofrimento do doente hemato-oncológico. Revisão da literatura. *Pensar em Enfermagem*. 14 (2), 55-69. Acedido a 5/5/2016. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_55-69.pdf

Apêndice XIII – Plano da sessão de formação (Estágio C)

PLANO DA SESSÃO

<u>Tema:</u>	“Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: Intervenções de Enfermagem no processo de transição”				
<u>Estágio no âmbito:</u>	7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Vertente Oncológica.				
<u>Docente Orientadora:</u>	Prof.ª Eunice Sá	<u>Aluna:</u>	Diana Guerra		
<u>Destinatários:</u>	Enfermeiros do Serviço de Hematologia do IPOFG Lisboa.				
<u>Local:</u>	Serviço de Hematologia IPOFG Lisboa.				
<u>Data:</u>	17/01/2017	<u>Hora:</u>	15:30	<u>Duração:</u>	20 Minutos
<u>Objetivos:</u>					
<ul style="list-style-type: none">• Dar a conhecer à equipa de enfermagem o Projeto de Intervenção;• Sensibilizar os enfermeiros para a importância das suas intervenções na adaptação do adolescente à sua doença e à necessidade de internamento.					
<u>Objetivos Específicos:</u>					
<ul style="list-style-type: none">• Que os enfermeiros do serviço de hematologia reconheçam que o seu papel junto do adolescente pode condicionar todo o seu percurso de doença;• Que os enfermeiros consigam identificar intervenções de enfermagem específicas, que possam ser facilitadoras ou inibidoras da adaptação do adolescente à doença e à hospitalização;• Que os enfermeiros ofereçam contributos para a melhoria do projeto de intervenção.					
<u>Conteúdos:</u>					
<ul style="list-style-type: none">• Introdução• Objetivos da sessão;• Enquadramento concetual: Adolescência; O adolescente com doença hemato-oncológica; Hospitalização do adolescente;• Teoria das Transições – Afaf Meleis• Relação com o adolescente• Conclusão• Aplicação de um questionário de avaliação.					
<u>Metodologia:</u>	Expositiva				
<u>Avaliação da sessão:</u>	Aplicação de um questionário de avaliação no final da sessão.				

Apêndice XIV – Avaliação da sessão de formação (Estágio C)

AVALIAÇÃO DA SESSÃO: “Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: Intervenções de Enfermagem no processo de transição”

De forma de avaliar a sessão decorrida, agradeço que assinale com um “X” os parâmetros que se encontram na grelha abaixo, de acordo com a sua apreciação.

Este documento é anónimo.

	Itens a avaliar	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Conteúdo	Pertinência da temática				
	Estrutura da Formação				
	Clareza do conteúdo				
Estratégia	Estratégia de exposição				
Formador	Clareza na exposição da informação				
	Linguagem utilizada				
	Domínio dos conteúdos				
	Relação com os Participantes				

Considera que a prestação de cuidados de enfermagem pode determinar a forma como os adolescentes com doença oncológica lidam com esta experiência?

___ Sim ___ Não

Se sim, de que forma? Enumere 3 intervenções de enfermagem que realiza no seu contexto profissional, que considere facilitadoras e/ou inibidoras da adaptação do adolescente à sua situação de doença e necessidade de hospitalização.

Que sugestões de melhoria gostaria de fazer?

Comentários:

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Apêndice XV – Guia orientador de boas práticas

“Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado:
intervenções de enfermagem no processo de transição”



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Oncológica

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS

Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: intervenções de enfermagem no processo de transição

Autor:

Diana Guerra

Lisboa

Janeiro de 2018



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Oncológica

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS

Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: intervenções de enfermagem no processo de transição

Autor:

Diana Guerra

Professor Orientador: Prof. Eunice Sá

Lisboa

Janeiro de 2018

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DGS - Direção-Geral da Saúde

EONS – *European Oncology Nursing Society*

GOBP – Guia Orientador da Boa Prática

IARC – *International Agency for research on cancer*

ICN- *Internacional Council of Nurses*

IPO – Instituto Português de Oncologia

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

JKF - *Jolanta Kwasniewska`s Foundation*

LPCC - Liga Portuguesa contra o cancro

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

QT- Quimioterapia

RT - Radioterapia

SIOPE - Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica

TCPH - Transplante de células progenitoras Hematopoiéticas

TCT - *Teenage Cancer Trust*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
1.1. O adolescente e a adolescência.....	7
1.2. O adolescente com doença hemato-oncológica: impacto da doença e da hospitalização	7
1.3. O enfermeiro enquanto agente facilitador dos processos de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado.....	9
2. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDAR DO ADOLESCENTE COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA HOSPITALIZADO	11
2.1. Hospitalização do adolescente	12
2.2. Comunicação com adolescentes.....	13
2.3. Trabalho emocional com adolescentes.....	16
2.4. Princípios éticos no atendimento de adolescentes.....	17
3. INSTITUIÇÕES DE APOIO AO ADOLESCENTE COM CANCRO	19
CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

ANEXOS

Anexo I – Algoritmo de atuação em enfermagem sobre o trabalho emocional com adolescentes

APÊNDICES

Apêndice I – Guião de Entrevista: Entrevista ao adolescente

Apêndice II – Algoritmo do processo de cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado

INTRODUÇÃO

A realização do presente Guia Orientador da Boa Prática (GOBP) surge no âmbito da implementação do projeto de intervenção, intitulado: “Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: Intervenções de enfermagem no processo de transição”. Com este, pretende-se realizar uma sistematização dos conceitos essenciais, inerentes à prestação de cuidados ao adolescente, de forma a promover a melhoria e uniformização dos cuidados prestados a esta população e aos seus familiares/cuidadores, nos serviços de saúde.

A opção de realizar um GOBP justifica-se com o fato deste ser considerado, pela Ordem dos Enfermeiros (OE), um instrumento de qualidade que propicia a colaboração entre os elementos da equipa multidisciplinar, proporcionando aos profissionais o acesso a “informação fiável e atualizada” e possibilitando-lhes uma atuação profissional baseada em “práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes” (OE, 2007, p.4,3).

A adolescência é caracterizada pela transição da infância para a idade adulta (OE, 2010) e comporta uma série de modificações, inerentes ao desenvolvimento físico, cognitivo e social, ao mesmo tempo que implica a vivência de um conjunto de tarefas que envolvem a busca da identidade e a procura de autonomia (OE, 2010). Perante o diagnóstico de uma doença oncológica, o adolescente vê-se confrontado com a necessidade de experienciar todas estas modificações em simultâneo com as repercussões de uma doença crónica que pode implicar risco de vida (Hockenberry & Wilson, 2011), podendo desencadear sentimentos negativos e repercussões significativas para o resto da vida. Tendo em consideração esta premissa, a *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2015) recomenda que a hospitalização do adolescente com doença oncológica seja efetuada em unidades apropriadas (Unidades de Adolescentes), com equipas capazes de perceber e colmatar as suas necessidades, assumindo que a prestação de cuidados de saúde e de serviços de suporte apropriados podem determinar a forma como os adolescentes serão capazes de lidar com esta experiência. Contudo, em Portugal estes adolescentes continuam a ser, frequentemente, admitidos em unidades de pediatria e/ou unidades destinadas ao internamento de adultos, o que justifica uma intervenção emergente no sentido de capacitar as equipas para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade aos adolescentes e seus familiares, procurando, deste modo, maximizar a qualidade dos

cuidados prestados a esta população. É o que acontece no serviço de hematologia, que apesar de se tratar de um serviço destinado ao atendimento de adultos, admite também adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos, assegurando os períodos de hospitalização necessários no decurso do tratamento da sua doença.

Por todos os motivos supracitados, compreende-se a pertinência de considerar os adolescentes como foco da minha intervenção, bem como a necessidade de promover a formação dos enfermeiros que deles cuidam através da produção e divulgação de “recomendações sistematizadas (Boa Prática)” (OE, 2007, p.4), que permitam a melhoria e uniformização dos cuidados prestados. Como tal, faço, ao longo do trabalho, uma descrição de alguns conceitos essenciais, inerentes à prática de enfermagem com adolescentes, identificando intervenções de enfermagem específicas que devem ser implementadas pelos enfermeiros que cuidam de adolescentes, tendo por base a melhor evidência científica disponível. Saliento que estas devem ser individualizadas, de acordo com as características específicas de cada adolescente, sustentadas nos processos transicionais que estes vivenciam e desenvolvidas com o intuito de promover aos adolescentes e seus familiares processos transicionais individuais saudáveis (Meleis, 2012).

Do ponto de vista da estrutura, importa referir que organizei este GOBP de acordo com as orientações da OE (2007), contempladas no documento: “Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados”.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo contempla o suporte teórico deste trabalho e integra os conceitos inerentes à etapa da adolescência, evidenciando a problemática do adolescente com doença hemato-oncológica, com especial enfoque sobre o impacto da doença e da hospitalização. Além destes, inclui ainda uma abordagem ao enfermeiro enquanto agente facilitador dos processos de transição do adolescente (Meleis & Trangenstein, 1994).

1.1. O adolescente e a adolescência

A adolescência é entendida como um período de transição, que marca a passagem da infância para a idade adulta (OE, 2010; Hockenberry & Wilson, 2011). É caracterizada por múltiplas mudanças, relacionadas não só com o crescimento físico, mas também com impulsos de desenvolvimento mental, emocional, sexual e social, bem como pela procura da independência da família, pelo planeamento de objetivos futuros (Hockenberry & Wilson, 2011) e pela ambição de alcançar objetivos relacionados com as expectativas culturais da sociedade em que vive (Eisenstein, 2005). É, também, durante este período que o adolescente “alcança a maturidade física e sexual, desenvolve formas de raciocínio mais sofisticadas e toma decisões educacionais e ocupacionais que irão influenciar a sua carreira profissional” (Hockenberry & Wilson 2011, p.785).

Embora não exista consenso em relação aos limites de idade que integram esta etapa da vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos, reconhecendo como juventude a faixa etária dos 15 aos 24 anos (OE, 2010).

1.2. O adolescente com doença hemato-oncológica: Impacto da doença e da hospitalização

A presença de uma doença oncológica durante a adolescência é considerada um fenómeno raro e complexo, que exige que o adolescente experiencie uma série de modificações, inerentes à sua faixa etária, ao mesmo tempo que se vê confrontado com a vivência de uma doença crónica que pode acarretar risco de vida (Hockenberry

& Wilson, 2011), facto que pode causar um impacto significativo ao nível da qualidade de vida não só do adolescente, mas também da sua família (EONS, 2015).

Tem-se assistido, nos últimos anos, a um aumento da incidência de doenças oncológicas na adolescência que, em grande parte, se deve às modificações ao nível dos estilos de vida da população (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2017). Neste âmbito, as doenças hemato-oncológicas assumem um lugar de destaque (*International Agency for Research on Cancer, IARC, s.d.*), apresentando uma incidência superior face às restantes neoplasias existentes. Segundo Coates, Benzos e Façoso (2003) os linfomas representam 1/4 e as leucemias 1/7 do total de neoplasias nesta faixa etária.

O seu tratamento requer, geralmente, a realização de protocolos de quimioterapia (QT) intensiva, podendo requerer também tratamentos de radioterapia (RT) e/ou transplante de células progenitoras hematopoiéticas (TCPH) (Muffly et al., 2016). Os avanços verificados ao nível da medicina, nomeadamente da terapêutica, têm permitido um aumento das taxas de sucesso no tratamento da doença hemato-oncológica (Sá, 2010), contudo, estes continuam a ser geradores de grande sofrimento para os doentes devido aos inúmeros efeitos colaterais que provocam, quer durante a sua realização, quer numa fase mais tardia. Sá (2010, p.56) releva que os “problemas mais relevantes são os decorrentes dos tratamentos de natureza física (RT) ou química (QT), nomeadamente náuseas, vómitos, perda de apetite, diarreia, infeções, fadiga, alopecia” além de mielossupressão, azoospermia, dor e síndrome depressivo (Coates et al., 2003). Como efeitos colaterais tardios, os mesmos autores acrescentam ainda: cardiopatias, alterações osteomusculares, endócrinas, neurológicas, cognitivas, psicossociais e o risco aumentado de surgir uma recidiva da doença, facto que pode desencadear sentimentos de ansiedade, depressão e *stress* pós-traumático (Muffly et al., 2016).

Além do sofrimento causado pelos efeitos colaterais dos tratamentos, Gameiro (2012), revela ainda que o aumento da dependência dos pais e o afastamento dos pares, imposto pela doença e respetivo tratamento, podem também ser causadores de sofrimento.

Aliado à experiência de estar doente, a necessidade de hospitalização pode potenciar sentimentos de ansiedade e medo não só pelas dúvidas e incertezas

relacionadas com o sucesso do tratamento, mas também pelo receio e medo face ao prognóstico e à qualidade de vida (Moreira, Castanheira & Reis, 2003).

De acordo com Diogo e Baltar (2014), a hospitalização implica que estes sejam retirados do seu ambiente familiar, afastados do seu núcleo de pessoas significativas e das suas atividades sociais, assumindo o papel de pessoa que é cuidada por outra. Implica, também, a interrupção das suas atividades normais e da interação com os pares, exigindo o cumprimento de normas, rotinas e horários, ao mesmo tempo que se vêm confrontados com a necessidade de realização de tratamentos e procedimentos invasivos, num ambiente que lhes é estranho, o que imprime a todo este processo, uma conotação negativa (Figueiredo, Almeida, Santos e Carneiro, 2015), caracterizada por sentimentos de medo, ansiedade e angústia, ao mesmo tempo que é associada à esperança na cura. Segundo Guzman e Cano (2000), a hospitalização pode ainda potenciar os sentimentos de solidão, devido à perda de convívio com os amigos e familiares, desencadeando uma regressão ao nível do desenvolvimento cognitivo e afetivo (Armond & Boemer, 2004).

Para colmatar os sentimentos negativos decorrentes da vivência da doença e da hospitalização, os enfermeiros devem possuir conhecimentos e competências que lhes permitam responder às necessidades individuais dos adolescentes e compreender as suas reações, com sensibilidade e afetividade, proporcionando-lhes apoio e atenção (Almeida, Rodrigues & Simões, 2007).

1.3. O enfermeiro enquanto agente facilitador dos processos de transição do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado

De acordo com Meleis e Trangenstein (1994), o enfermeiro deve intervir como agente facilitador dos processos de transição, estabelecendo, com o adolescente, uma interação em torno de uma intenção, designada por processo de enfermagem, cujo intuito é a implementação de terapêuticas de enfermagem que promovam ou facilitem a saúde. Para tal, não basta que os enfermeiros possuam qualidades científicas ou técnicas, exige-se também uma “qualidade humana e humanizadora” na prestação de cuidados (OE, 2015b, p.14).

É, neste seguimento, que emerge a necessidade de apresentar, neste GOBP, linhas orientadoras que permitam guiar a prática dos enfermeiros junto dos

adolescentes com doença hemato-oncológica hospitalizados, com vista à melhoria e uniformização dos cuidados prestados.

No capítulo seguinte enumeram-se as intervenções de enfermagem que devem ser implementadas pelos enfermeiros para assegurar a qualidade dos cuidados, minimizando o impacto negativo causado pela presença da doença e consequente hospitalização, nomeadamente os efeitos negativos relacionados com a separação, com a perda de controlo sobre si e com o medo associado aos procedimentos invasivos (Hockenberry & Wilson, 2011). Ressalvo que todas as intervenções identificadas estão assentes na melhor evidência científica disponível, para o que foi realizado uma revisão *scoping*¹.

¹ Revisão *scoping* encontra-se em apêndice I do presente relatório de estágio.

2. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDAR DO ADOLESCENTE COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA HOSPITALIZADO

De acordo com Meleis (2010), o enfermeiro é o principal agente facilitador das transições vivenciadas pela pessoa em situação de doença, pelo que a sua intervenção deve ser desenvolvida no sentido de promover o desenvolvimento de conhecimentos e competências (mestria) àqueles que a vivenciam, proporcionando-lhes uma maior autonomia e o restabelecimento do seu bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000). Esta realidade faz emergir a importância do enfermeiro no processo de cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, enaltecendo o seu papel enquanto principal cuidador dos clientes e famílias que experienciam transições (Tomey & Alligood, 2006), antecipando-as ou completando o ato de transição (Meleis & Trangenstein, 1994).

Para que tal possa ocorrer, importa que as intervenções de enfermagem sejam uniformizadas e melhoradas, no seio das equipas, como meio para maximizar a qualidade dos cuidados prestados. Assim, partindo desta premissa e, tendo em consideração a importância que o momento do acolhimento assume no âmbito da hospitalização do adolescente, elaborei um guião de entrevista, que se encontra em apêndice I, cuja aplicação se pretende que seja fácil, precisa e que permita a obtenção dos dados necessários à prestação de cuidados individualizados. A sua pertinência prende-se com o facto de, atualmente, não existirem instrumentos de colheita de dados direcionados para a população desta faixa etária, o que resulta, geralmente, numa anamnese incompleta, que carece de informação adicional. Deste modo, através da implementação e utilização deste instrumento, pretende-se que os enfermeiros consigam obter informação necessária que possibilite conhecer as "tendências, costumes e particularidades desta população em constante mudança, de modo que as intervenções de enfermagem respondam, efetivamente, às suas necessidades de saúde biopsicossociais" (OE, 2010, p.35).

Além deste, inclui também um algoritmo sobre o trabalho emocional com adolescentes (Anexo I), procurando, através da sua divulgação, consciencializar os enfermeiros para a importância do desempenho do trabalho emocional com adolescentes, com a "intencionalidade de minimizar a vivência potencialmente intensa

associadas à doença e hospitalização” (Caeiro, 2014, p.12). Apresento, ainda, um algoritmo (Apêndice II) que visa guiar a atuação dos enfermeiros (OE, 2007), para uma prática baseada na evidência científica apresentando, de forma esquematizada os pontos-chave inerentes à prestação de cuidados ao adolescente hospitalizado.

Para além dos documentos acima mencionados, apresento, de seguida, as intervenções de enfermagem que devem ser implementadas pelos enfermeiros nos serviços de saúde, organizando-as nas seguintes áreas temáticas:

2.1. Hospitalização do adolescente

Hockenberry e Wilson (2011) referem que, no decorrer da hospitalização do adolescente, cabe aos enfermeiros intervir junto destes, minimizando os efeitos negativos relacionados com a separação, com a perda de controlo sobre si e com o medo associado a procedimentos invasivos. Para tal, é fundamental uma prestação de cuidados humanizados que devem incluir:

- Realização de um acolhimento adequado (tendo em consideração as necessidades individuais do adolescente e da família);
- Utilização de estratégias de comunicação apropriadas (utilizando linguagem verbal e não verbal) e,
- Postura calma e uma intervenção eficiente, considerando as especificidades de todos os envolvidos na interação.

(Farias, et al., 2017).

Importa também que os enfermeiros reconheçam que, no decorrer da hospitalização, os adolescentes podem sofrer uma regressão ao nível do desenvolvimento cognitivo e afetivo (Armond & Boemer, 2004), considerando-se que, para amenizar esta situação os enfermeiros devem:

- Promover e incentivar a presença dos pais, junto do adolescente (Armond & Boemer, 2004);
- Desenvolver uma parceria de cuidados com os pais, envolvendo-os no processo de tratamento do filho e promovendo a sua participação ativa em todo o processo. Assim reduzem a ansiedade de ambas as partes (pais e filhos) e conseqüentemente promovem uma diminuição do sofrimento associado a todo o processo de doença e hospitalização (Sociedade Europeia

de Oncologia Pediátrica (SIOPE) e *Jolanta Kwasniewska`s Foundation* (JKF), SIOPE & JKF, 2009);

- Promover a criação de ambientes que favoreçam a familiaridade e a segurança. Esta é apontada como uma estratégia prioritária para atenuar o sofrimento do adolescente inerente à hospitalização. Para tal, a *Teenage Cancer Trust* (TCT) citado pela EONS (2015), apresenta as seguintes recomendações-chave:
 - Permitir que os adolescentes levem para o hospital objetos pessoais como a própria almofada, fotografias, dispositivos móveis tais como telefone e computador com acesso a internet;
 - Flexibilizar o horário das visitas para promover a visita de colegas/amigos;
 - Promover espaços cómodos para o acompanhante/familiar;
 - Flexibilizar a hora de acordar, permitindo que os adolescentes acordem mais tarde;
 - Desenvolver atividades de entretenimento com os adolescentes, considerando-as parte integrante da prestação de cuidados de enfermagem.

2.2. Comunicação com adolescentes

O estabelecimento de uma comunicação adequada e a construção de um relacionamento terapêutico com o adolescente e com os seus familiares constitui, provavelmente, um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, exigindo destes, “habilidades de comunicação altamente desenvolvidas” (TCT, 2014, p.29). Como tal, para conseguir obter um clima de empatia e potenciar a capacidade de expressão do adolescente, o enfermeiro deve procurar estabelecer uma comunicação bidirecional, utilizando as seguintes técnicas de apoio narrativo: perguntas abertas; escuta reflexiva; reestruturação positiva; auto-motivação; respostas em espelho; utilização de exemplos na terceira pessoa; utilização de afirmações de apoio e ânimo e clarificação (OE, 2010).

Além disso, para facilitar a comunicação com os adolescentes, a TCT (2014) recomenda que o enfermeiro cumpra as seguintes recomendações:

- Durante uma consulta ou no momento da discussão de um determinado assunto, o profissional de saúde deve certificar-se de que o adolescente tem junto de si, um adulto em quem confia, porém, deve-lhe ser facultada a oportunidade de passar por estes momentos sozinho, caso este o pretenda;
- Garantir, ao adolescente, confidencialidade sobre os temas abordados, deixando claro quais as ocasiões em que a informação tem de ser partilhada e porquê;
- Demonstrar confiabilidade e consistência, que é vital quando se trabalha com jovens;
- Ser acessível, mas profissional (os adolescentes procuram um profissional em quem podem confiar e não um amigo, no entanto pode ser útil personalizar as interações com eles, discutindo assuntos do seu interesse);
- Incentivá-los a exprimir os seus sentimentos e a fazer as perguntas necessárias;
- Respeitar o facto dos adolescentes nem sempre querem informação ou conversa, fornecendo-lhes espaço e tempo para processar as informações ao seu ritmo;
- Ser disponível, disponibilizando-lhes tempo adequado e ser honesto, atitudes que se revelam vitais para a construção de um relacionamento de confiança;
- Ser sincero quando não sabe responder a uma questão e recorrer ao apoio dos restantes elementos da equipa multidisciplinar sempre que necessário;
- Ser positivo e não crítico, demonstrando simpatia e esforço para entender os seus sentimentos e a sua situação;
- Utilizar métodos apropriados para cada individuo (utilizar o humor, quando for apropriado);
- Evitar interrupções, contudo, no caso de a conversa ter de ser interrompida por algum motivo, o enfermeiro deve explicar-lhes o motivo da interrupção;
- Avaliar o seu nível de compreensão acerca da informação transmitida antes de fornecer nova informação e disponibilizar-se para reavivar problemas ou repetir alguma informação caso seja necessário;

No contexto da comunicação com o adolescente, a adequada transmissão de informação assume particular destaque, já que a falta de informação é considerada por Farias et al. (2017), como um dos principais geradores de ansiedade na população

pediátrica, motivo pelo qual importa sensibilizar os enfermeiros para o modo como transmitem a informação aos adolescentes e para a importância do conteúdo das informações transmitidas.

De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN, 2012), o adequado fornecimento de informação possibilita a melhoria dos conhecimentos da pessoa relativos à doença e ao tratamento, permitindo-lhe a consciencialização sobre os seus problemas de saúde e, conseqüentemente, a necessidade de cumprir os protocolos terapêuticos propostos, capacitando-a para reconhecer sinais e sintomas da doença. Deste modo, na faixa etária da adolescência, torna-se fulcral que tanto os adolescentes como os pais recebam informações claras sobre a doença, os tratamentos e as escolhas que podem efetuar, possibilitando-lhes uma tomada de decisão consciente (TCT, 2014).

Para tal, além da informação transmitida oralmente pelos profissionais de saúde, importa que estes tenham acesso a informação escrita, apropriada para a idade, que, segundo a TCT (2014) deve contemplar: informações sobre o tratamento, serviços e redes nacionais de apoio existentes. Na ausência de documentação apropriada para este efeito, cabe aos enfermeiros, apoiar os adolescentes na busca de informações oportunas, proporcionando-lhes o acesso a *sítes* seguros e apropriados para sua idade e desaconselhando a procura de informação adicional na internet, já que este ato pode ser gerador de sentimentos de angústia desnecessários (TCT, 2014).

De acordo com Bakke (2016), a informação transmitida ao adolescente não se deve restringir aos aspetos relacionados com a doença e o tratamento, recomendando-se também a inclusão de outros temas, tais como os respeitantes ao desenvolvimento inerente à sua faixa etária. Neste sentido, o mesmo autor, salienta a necessidade de incidir sobre a temática da sexualidade, não esquecendo as questões relacionadas com a fertilidade.

No que diz respeito à fertilidade, importa considerar que a realização de tratamentos de QT e RT, na sequência de uma doença oncológica, pode afetar a fertilidade, facto que pode provocar um impacto significativo nesta população (TCT, 2014). Como tal, os profissionais de saúde devem, na fase inicial de diagnóstico, fornecer informações detalhadas acerca desta temática, permitindo que estes tomem decisões informadas (TCT, 2014; Rajani, Young, McGoldrick, Pearce, & Sharaf, 2011) e dando-lhe continuidade ao longo de toda a trajetória da doença (Bakke, 2016).

2.3. Trabalho emocional com adolescentes

Os enfermeiros representam um suporte emocional substancial nos cuidados que prestam (Woodgate, 2006), uma vez que desenvolvem a sua atuação no sentido de atenuar a emocionalidade dos clientes (Diogo, 2012b).

De acordo com Diogo (2012a, p.3) citando Benner e Wrubel (1987), “a gestão das emoções na enfermagem está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros” pelo que é esperado que, ao longo do percurso profissional, o enfermeiro vá adquirindo mecanismos e estratégias de dar resposta às questões emocionais inerentes ao processo de cuidar em enfermagem. Partindo desta premissa, Caeiro (2014) considera que o enfermeiro deve estar apto a reconhecer as respostas emocionais dos adolescentes de quem cuida, como meio para atuar em conformidade com estas. Para tal, torna-se essencial que o enfermeiro, num primeiro contacto com o adolescente, consiga reconhecer o seu modo de apresentação e identificar eventuais dificuldades na relação, colmatando-as (OE, 2010).

Ao debruçar-se sobre esta problemática, Caeiro (2014) desenvolveu um algoritmo, intitulado “Trabalho emocional com adolescentes: Algoritmo de atuação em enfermagem”, procurando, com a sua implementação, permitir aos enfermeiros a mobilização de estratégias associadas ao trabalho emocional com adolescentes, possibilitando-lhes uma intervenção sustentada em evidência científica, esquematizada e de simples utilização, cujo intuito principal é a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes nos serviços de saúde.

Para tal, partindo das orientações da OE (2010), Caeiro (2014) considera que o adolescente pode ser classificado como: Choroso, falador, nervoso, silencioso, encarnecedor/provocador, hostil/agressivo e/ ou calmo e confiante, apresentando intervenções de enfermagem adequadas a cada situação, capazes de dar resposta às dúvidas/dificuldades do adolescente, promovendo uma maior proximidade entre ambos e facilitando assim o início da interação. Desta forma, pretende-se que o adolescente consiga ultrapassar aquilo que lhe causa constrangimento, tornando-se calmo, tranquilo e capaz de gerir as suas emoções e contribuindo para o estabelecimento de uma relação de confiança e para o adolescente sentir que é considerado e respeitado (Caeiro, 2013). Para clarificar e facilitar a compreensão deste algoritmo, apresento-o em anexo (**Anexo I**).

2.4. Princípios éticos no atendimento de adolescentes

Com o intuito de desenvolver uma prática profissional e ética, é fundamental uma intervenção sustentada em valores e normas deontológicas que permita responder às necessidades reais da pessoa e que permita também identificar as respostas mais apropriadas e individualizadas a cada situação (Caeiro, 2013), respeitando a sua individualidade e promovendo a dignidade da pessoa.

No âmbito da prestação de cuidados ao adolescente, o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo são considerados essenciais para garantir a qualidade dos cuidados prestados, devendo estes estar na base da relação enfermeiro-doente. Deste modo, importa ter em consideração as seguintes orientações:

- Autonomia: Os adolescentes encontram-se numa fase de conquista de autonomia (Queirós, 2001), pelo que à medida que a sua autonomia e responsabilidade vão sendo adquiridas, os processos de tomada de decisão vão ganhando consistência (Braconnier & Marcelli, 2000). Deste modo, de acordo com o Decreto n.1/2001 (2001, p.27), considera-se que a opinião do adolescente deve ser tida em consideração como um fator cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade. Contudo, não é fácil definir a partir de que momento concreto é que o adolescente se encontra apto a decidir sobre si mesmo, pelo que, com base no artigo 38º do Código Penal (Lei 59/2007, p.7), pode constatar-se que “o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta”. Importa, contudo, salientar que independentemente da idade e grau de maturidade do adolescente, é essencial que os enfermeiros procurem obter o seu consentimento livre e esclarecido (OE, 2010) para a realização de todo e qualquer procedimento, tendo em consideração a necessidade de respeitar a autonomia da pessoa humana (OE, 2015b).

- Privacidade: o adolescente deve ser atendido individualmente, em espaço privado, onde seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando a sua responsabilidade sobre a própria saúde (Queirós, 2001). Uma das medidas que pode ser tomada pelos enfermeiros para atender à privacidade e dignidade dos adolescentes, em contexto de internamento, diz respeito ao modo como estes são distribuídos pelas enfermarias, considerando-se que esta distribuição deve ser

efetuada de acordo com o género dos adolescentes (TCT, 2014). O respeito pela privacidade da pessoa encontra-se também contemplado na carta dos direitos e deveres dos doentes e na Deontologia Profissional de Enfermagem, no qual é enunciado “o direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato” (OE, 2015b, p.46). Mediante a realização de procedimentos que impliquem a exposição corporal do adolescente, compete aos enfermeiros encontrar estratégias que permitam preservar a sua privacidade, evitando a sua exposição corporal desnecessária.

- Confidencialidade e sigilo: “O segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde” (OE, 2015b, p.143). Neste sentido, cabe ao enfermeiro: “considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da sua família, qualquer que seja a fonte” (OE, 2015a, p.84), reconhecendo que a informação só deve ser partilhada junto dos que estão envolvidos no plano terapêutico, “usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (OE, 2015a, p.84). Caso surjam situações que possam implicar risco de vida para o adolescente ou para outros, poderá haver necessidade de quebra de sigilo, contudo o adolescente deve ser informado (Queirós, 2001).

A informação supracitada sustenta a necessidade dos enfermeiros reconhecerem e respeitarem os princípios éticos inerentes à prestação de cuidados ao adolescente hospitalizado. Atuar em conformidade com estes, permitir-lhes-á “exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015b, p.152).

3. INSTITUIÇÕES DE APOIO AO ADOLESCENTE COM CANCRO

Em Portugal, existem várias instituições que se destinam a apoiar a pessoa com doença oncológica, algumas das quais destinadas, em exclusivo, a prestar apoio à população pediátrica, isto é, a crianças com doença oncológica com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos.

Para conseguir direcionar o adolescente para as instituições mais adequadas, de acordo com as suas necessidades específicas, importa que os enfermeiros possuam conhecimentos acerca das áreas de intervenção de cada uma destas, pois só assim conseguirão encaminhá-los e referenciá-los, adequadamente.



- É uma associação de pais e amigos de crianças com cancro que visa prestar apoios concretos às famílias, nomeadamente através do fornecimento de material técnico, de saúde, vestuário, cabazes mensais de alimentos, produtos de higiene e também através do apoio financeiro para a medicação e para as despesas essenciais;
- Durante o período de hospitalização, os voluntários podem deslocar-se até ao hospital (Instituto Português de Oncologia, IPO) para fornecer o apoio necessário à criança/adolescente e seus familiares, podendo também ser solicitada a sua intervenção quando estes se encontram no domicílio;
- Possui um projeto de promoção da escolaridade, designado por “Aprender Mais”, que, está direcionado para todas as crianças e adolescentes que estejam em tratamento e cujas idades se encontrem compreendidas entre os 3 e os 18 anos. Este, embora não substitua a escola, representa um apoio complementar;
- Possui quatro “Casas Acreditar”, localizadas em: Lisboa, Porto, Coimbra e Funchal. No que diz respeito à casa de Lisboa, esta é composta por 12 quartos com casa de banho privativa, 3 salas de estar (uma das quais destinada exclusivamente aos adolescentes), uma cozinha e uma lavandaria que são partilhadas por todos os seus residentes. Podem habitar nestas casas, as famílias das crianças/adolescentes que têm de sair da sua área de residência para tratamento

oncológico em Lisboa, desde que devidamente referenciadas pelo Serviço Social Hospitalar.

Contactos (Região Sul):

- ✓ Morada: Rua Prof. Lima Basto, 73, 1070-210 Lisboa
- ✓ Telefone: (+351) 21 722 11 50
- ✓ E-mail: acreditar@acreditar.pt

Fonte: <http://www.acreditar.org.pt/pt/base1/1>



-
- A Liga Portuguesa contra o cancro (LPCC) é constituída por um grupo de voluntários que, diariamente, procuram ajudar e entreter os doentes oncológicos, quer nos serviços de internamento, quer em regime de ambulatório;

Os objetivos da sua intervenção passam, essencialmente, por:

- Divulgar informação sobre a doença oncológica e promover a educação para a saúde, no que diz respeito à sua prevenção;
- Cooperar com as instituições envolvidas na área da oncologia, nomeadamente com os Centros do Instituto Português de Oncologia;
- Estimular e apoiar a formação e investigação em oncologia;
- Contribuir para o apoio social e a humanização da assistência ao doente oncológico;
- Desenvolver estruturas para a prevenção primária, diagnóstico, tratamento e reabilitação do cancro.

A LPCC dispõe de serviços de cabeleireiro e de um pequeno stock de vestuário destinado a ajudar crianças/adolescentes e famílias carenciadas;

Sempre que necessário, os serviços podem solicitar o apoio dos voluntários para a organização de festas no serviço (festas de aniversário de crianças/ adolescentes, festas de natal, entre outros).

Contactos:

- ✓ Av. Columbano Bordalo Pinheiro 57-3ºF, 1070-061 Lisboa
- ✓ Tel: 217 221 810/9
- ✓ email: info@ligacontracancro.pt

Fonte: <https://www.ligacontracancro.pt/missao-objectivos-principios-e-valores/>



• A Make-A-Wish é uma fundação reconhecida como IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social), que tem como objetivo, concretizar os desejos das crianças e jovens, com doenças graves, dos 3 aos 18 anos, procurando, deste modo, proporcionar-lhes momentos de alegria e esperança. Para que tal seja possível, é necessário realizar uma candidatura e é também necessária a obtenção de autorização por parte da família da criança/ jovem e do médico que a acompanha.

- A candidatura pode ser efetuada através do site:

<http://www.makeawish.pt/>

Contactos:

- ✓ Avenida Fontes Pereira de Melo, 6 – 4º Dto, 1050 - 121 Lisboa
- ✓ Telefone: +351 21 356 20 82
- ✓ Email: voluntarios@makeawish.pt; info@makeawish.pt

Fonte: <https://makeawish.pt/quem-somos/missao/>

CONCLUSÃO

A concretização deste GOBP permite salientar a importância que o enfermeiro representa no processo de cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado, evidenciando a necessidade da sua atuação ser desenvolvida no sentido de proporcionar, ao adolescente, a aquisição de novos conhecimentos e capacidades, desencadeando respostas positivas às transições (Meleis et al., 2000) e permitindo-lhes, assim, a concretização de processos transicionais individuais saudáveis (Meleis, 2012).

Para tal, importa que os enfermeiros reconheçam as linhas orientadoras, definidas ao longo deste GOBP, e que atuem em conformidade com as mesmas. Importa também que tenham em consideração a necessidade de uma prestação de cuidados individualizada, tendo em consideração a individualidade e unicidade de cada indivíduo, uma vez que, segundo a OE (2001, p.13), “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”. Para alcançar a excelência da qualidade dos cuidados ao adolescente, os enfermeiros devem ainda demonstrar empatia, disponibilidade e respeito pela sua dignidade e pelas suas convicções (Martins, 2008), tendo sempre em consideração o respeito pela sua autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo (OE, 2010).

Para finalizar, importa ainda salientar que o adolescente com doença hemato-oncológica deve ser considerado “como um ser único detentor de dignidade, autonomia e liberdade” (Gonçalves, 2014, p.15) e deve ser encarado, pelos enfermeiros “como parceiro na luta contra o cancro” (Coates et al., 2003, p.272).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I., Rodrigues, B. & Simões, S. (2007). Hospitalização do adolescente. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*. 7(1), 33-39. Acedido a: 5/6/2016. Disponível em: http://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol7-n1/v.7_n.1-art4.refl-hospitalizacao-do-adolescente.pdf
- Armond, L. & Boemer, M. (2004). Convivendo com a hospitalização do filho adolescente. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 12(6), 924-932. Acedido a 20/2/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a12.pdf>
- Bakke, A. (2016). Empowering our youth. Initiating sexual health education on the inpatient unit for the chronically ill pediatric patient. *Urologic Nursing*. 36(6), 267-273, 288. DOI:10.7257/1053-816X.2016.36.6.267.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Caeiro, M. (2013). *Um olhar sobre as emoções no cuidar em enfermagem. O trabalho emocional com o adolescente hospitalizado*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Caeiro, M. (2014). O trabalho emocional com adolescentes em situação de doença e hospitalização. Proposta de um algoritmo de intervenção em Enfermagem. *Revista Nursing*. Acedido a 3/6/2016. Disponível em: <http://www.nursing.pt/o-trabalho-emocional-com-adolescentes-em-situacao-de-doenca-e-hospitalizacao-proposta-de-um-algoritmo-de-intervencao-em-enfermagem-2/>
- Coates, V., Benzos, G. & Françoso, L. (2003). *Medicina do Adolescente*. (2ª ed.). São Paulo: Sarvier.
- Decreto n.º 1/2001 de 3 de Janeiro (2001). Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: Convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. Diário da República I Série – A, N.º 2 (03-01-2001), 26-32. Acedido a: 10/10/2017. Disponível em: http://www.dgpj.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy_of_anexos/convencao-para-a4805/downloadFile/file/STE_164.pdf?nocache=1200589304.62

- Diogo, P. & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada, sem acompanhante. O trabalho emocional em Enfermagem. In Sequeira, C.; Carvalho, J. C. & Sá, L. (Eds), *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental*. 148-159. Porto: ASPESM.
- Diogo, P. (2012a). O trabalho emocional em enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. Vol. (4º), 2-9. Acedido a 3/5/2016. Disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=30937>.
- Diogo, P. (2012b). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica. Um processo de metamorfose da experiência emocional na ato de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 5/10/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-880762-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência. Definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*. 2(2), 6-7. Acedido a 1/10/2017. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167 enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- European Oncology Nursing Society (2015). *Cancer in children and young adults*. Acedido a: 2/7/2016. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/magazine/2015Winter/EONSMagazine2015Winter.pdf>
- Farias, D., Gabatz, R., Terra, A., Couto, G., Milbrath, V. & Schwartz, E. (2017). Hospitalization in the child's perspective. An integrative review. *Journal of Nursing UFPE*. 11(2), 703-711. Acedido a 10/9/2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=2290076a-309f-4475-b75d-0c9f97329e47%40sessionmgr4010>
- Figueiredo, A., Almeida, C., Santos, M. & Carneiro, C. (2015). Vivência dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Revista de enfermagem referência*. Série IV (6), 105-114. Acedido a 10/10/2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn6/serIVn6a12.pdf>

- Gameiro, M. (2012). Adaptação dos Adolescentes com cancro na fase de tratamento. Uma revisão da literatura. *Revista de Enfermagem Referência. Série III (8)*, 135-146. Acedido a 3/5/2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a14.pdf>
- Gonçalves, A. (2014). *O acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família. Intervenções de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Guzman, C. & Cano, M. (2000). O adolescente e a hospitalização. *Revista electrónica de enfermagem*. 2(2). Acedido a 3/6/2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/690/758>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9º ed.), Loures: Lusociência.
<http://www.acreditar.org.pt/pt/base1/1>. Acedido a 5/12/2017.
<https://makeawish.pt/quem-somos/missao/>. Acedido a 5/12/2017.
<https://www.ligacontracancro.pt/missao-objectivos-principios-e-valores/>.
Acedido a 5/12/2017.
- International Agency for Research on Cancer. (s.d.). *Cancer site by site*. Acedido em: 8/6/2016. Disponível em: https://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008_7.pdf
- International Council of Nurses (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Acedido a 6/9/2017. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Lei 59/2007 (4 de Setembro 2007). Código Penal. Artigo 38º Consentimento. Acedido a 13/11/2017. Disponível em: <https://www.ieb-eib.org/nl/pdf/loi-portugal-euthanasie.pdf>
- Martins, J. (2008). *O direito do doente à informação. Contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde*. Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions. Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6), 255-259. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing. development & progress. (5th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a 10/2/2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=cf18f3b6-6429-4ca3-9f61-aecebb2f5a62%40sessionmgr4008>
- Moreira, C., Castanheira, I. & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico. O que valorizam os enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*. 8, 27-36.
- Muffly, L., Hlubocky, F., Khan, N., Wroblewski, K., Breitenbach, K., Gomez, J. ... Daugherty, C. (2016). Psychological morbidities in adolescent and young adult blood cancer patients during curative-intent therapy and early survivorship. *Wiley Online Library*. 122(6), 954-961. DOI: 10.1002/cncr.29868.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Acedido a 3/5/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Acedido a 15/01/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido a 15/5/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Acedido a 20/1/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291_02015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia Profissional de enfermagem*. Acedido a 1/2/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia

[2015 Web.pdf](#)

Queirós, A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Rajani, S. Young, A., McGoldrick, D., Pearce, D. & Sharaf, S. (2011). The International Charter of Rights for Young People with Cancer. *Journal of adolescent and young adult oncology*. 1(1), 49-52. DOI:10.1089/jayao.2010.0007.

Sá, E. (2010). A contribuição da enfermagem para aliviar o sofrimento do doente hemato-oncológico. Revisão da literatura. *Pensar em Enfermagem*. 14 (2), 55-69. Acedido a 5/5/2016. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_55-69.pdf

Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica & Jolanta Kwasniewska`s Foundation (2009). Padrões Europeus de cuidados às crianças com cancro. (Gil-da-Costa, M., Trad.). Acedido a 22/5/2016. Disponível em: https://www.siope.eu/wp-content/uploads/2013/09/European_Standards_Portuguese.pdf

Teenage Cancer Trust (2014). *A blueprint of care for teenagers and young adults with cancer*. Acedido a 6/10/2016. Disponível em: <https://www.teenagecancertrust.org/sites/default/files/Blueprint-of-Care.pdf>

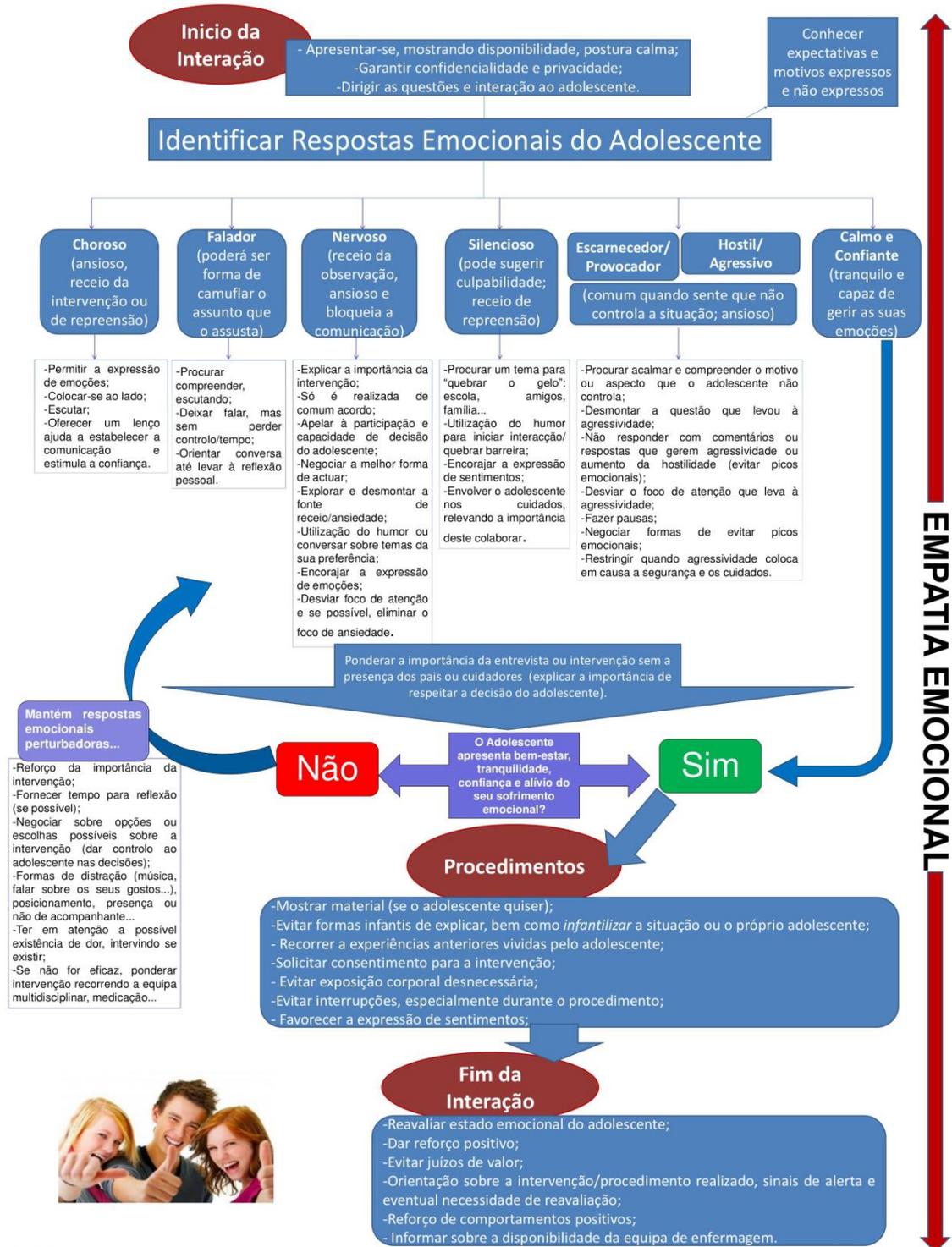
Tomey, A. & Alligood, M. (2006). *Nursing theorists and their work*. (6ªed.). Philadelphia: Mosby.

Woodgate, R. (2006). The importance of being there. Perspectives of social support by adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Cancer*. 23(3), 122-134. DOI: [10.1177/1043454206287396](https://doi.org/10.1177/1043454206287396)

Anexos

**Anexo I – Algoritmo de atuação em enfermagem sobre o trabalho
emocional com adolescentes**

O Trabalho Emocional com Adolescentes: Algoritmo de Atuação em Enfermagem



Fontes Bibliográficas:
 Orkovic, M., Duvick, B., Rottm, Z. & Coric, J. (2009). – Emotions and Experiences of Hospitalized School age Patients. *Acta Clin Croat.* 48(2), 125-135.
 Delaney, K. (2006). Top 10 Missed Interventions for Inpatient Child/Adolescent Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing.* 19(4), pp. 203-214.
 Dogo, P. (2012). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. *Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar.* Loures: Lusociência.
 Enfermeiros. O. d. (2010). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Série L N 9, Vol 1).* O. d. Enfermeiros, Ed. Lisboa.
 Heselth, S., Miravet, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing.* 19, 1454-1461.
 José, H. (2010). *Resposta Humana ao Humor - Humor como Resposta Humana.* Loures: Lusociência.
 Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Interação: Transições, Conexões, Fronteiras.*
 Oliveira, A. (2008). *Ajudas na Idade das Emoções. Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
 Papalia, D., Orth, S., Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança: da Infância à Adolescência (11ª Edição).* São Paulo: McGraw-Hill.
 Zengerle-Levy, K. (2004, Setembro). Practices that Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitative Health Research.* 14 (9), 1255-1275.

Elaborado por: Caserio, Maria, João¹;
¹Enfermeira mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (pós-licenciatura de especialização) na ESEL (2011/2013)
 Orientação de Prof.ª Doutora Paula Dogo, ESEL

Apêndices

Apêndice I – Guião de entrevista: Entrevista ao adolescente

GUIÃO DE ENTREVISTA: ENTREVISTA AO ADOLESCENTE

Fase de acolhimento: (com a presença dos pais/cuidadores)

Nome: _____

Nome pelo qual gosta de ser tratado: _____

(Informar sobre: etapas da entrevista e garantir ao adolescente confidencialidade e privacidade)

Fase exploratória:

Idade: _____

Antecedentes pessoais (alergias): _____

Antecedentes familiares: _____

História de doença atual: _____

Motivo de internamento: _____

Agregado familiar e relações familiares: _____

Pessoa mais disponível / Principal Cuidador: _____

(Saída dos pais / cuidadores)

Relação com o grupo de pares: _____

Atividade Desportiva: Sim Não Qual? _____

Escolaridade: _____

Aproveitamento escolar no ano anterior: Sim Não

Situação escolar atual: _____

Consumo de substâncias tóxicas: Sim Não

Tabaco Álcool Drogas

Comportamentos de risco: _____

Planos Futuros: _____

Autoestima / Autoimagem: _____

Sexualidade: História ginecológica e sexual: _____

Impacto da doença e hospitalização: _____

Transições vivenciadas: _____

GUIÃO DE ENTREVISTA: ENTREVISTA AO ADOLESCENTE

Fase exploratória: (continuação)

Estratégias utilizadas pelo adolescente para ultrapassar o processo de transição (Indicadores de processo e de resultado):

Dúvidas e preocupações: _____

Fase resolutive:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

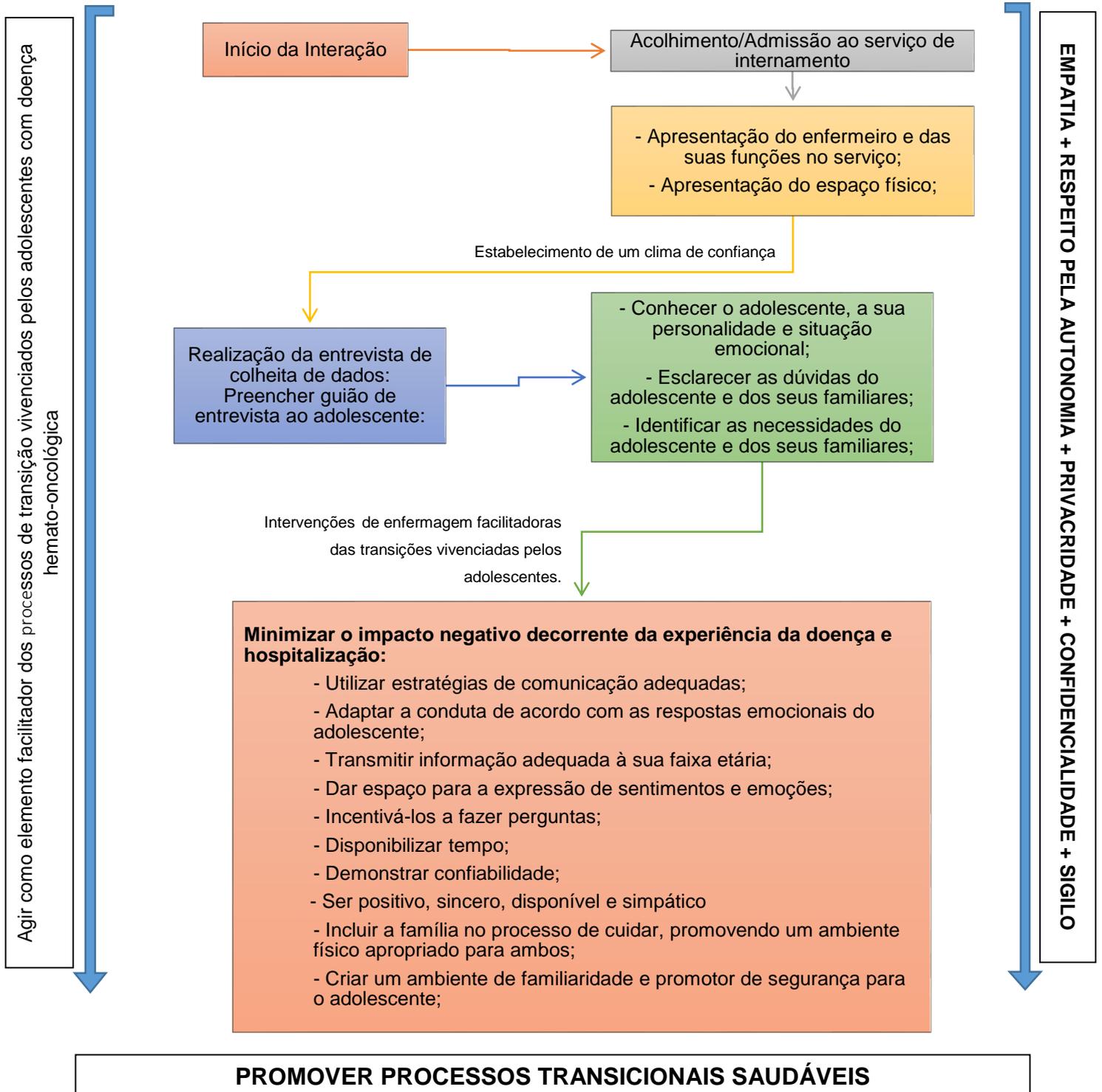
Planeamento das Intervenções de Enfermagem:

Orientações efetuadas:

Disponibilizar materiais educativos adequados à idade

Apêndice II- Algoritmo do processo de cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado

ALGORITMO DO PROCESSO DE CUIDAR DO ADOLESCENTE COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA HOSPITALIZADO



Apêndice XVI – Entrevista ao adolescente:

Elaboração de um guião de entrevista



**7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica**

**Entrevista ao adolescente:
Elaboração de um Guião de entrevista**

**Autor:
Diana Guerra**

**Lisboa
Novembro de 2016**



7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

Entrevista ao adolescente:
Elaboração de um Guião de entrevista

Autor:
Diana Guerra

Professor Orientador: Prof. Eunice Sá

Lisboa,
Novembro de 2016

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OE - Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. A ENTREVISTA	7
1.1. A entrevista de colheita de dados	7
1.2. Guião de entrevista para o adolescente hospitalizado	10
1.2.1. Características do entrevistador.....	11
1.2.2. Características do adolescente.....	12
1.2.3. Características do espaço e tempo.....	12
1.2.4. Pré-requisitos para a relação/comunicação com o adolescente.....	13
CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

Anexos

Anexo I - Algoritmo de atuação/Planeamento de cuidados: Entrevista ao adolescente

INTRODUÇÃO

Decorrente da evolução e desenvolvimento da disciplina de enfermagem, tem-se verificado uma mudança progressiva no que diz respeito ao seu foco de cuidados, denotando-se uma preocupação crescente na prestação de cuidados holísticos, envolvendo todos os aspetos inerentes à pessoa (físicos, emocionais, sociais, psicológicos e ambientais). Por este motivo, atualmente, a preocupação e dedicação dos enfermeiros está centrada noutras vertentes do cuidar que vão muito além da execução de técnicas e da realização de procedimentos com intuito meramente curativo (Gonçalves, 2014).

A componente relacional tem surgido como um dos focos centrais desta disciplina, considerando-se a relação enfermeiro/doente a essência dos cuidados de enfermagem. No contexto do estabelecimento de uma relação de ajuda, Phaneuf (2005, p.324) defende que esta “favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade”, exigindo do enfermeiro conhecimento, experiência e habilidades específicas que promovam o respeito pela dignidade da pessoa, pela sua liberdade e pela sua autonomia (Phaneuf, 2005). A comunicação surge, neste contexto, como uma “ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda” (Phaneuf, 2005, p.15), na medida em que permite ao enfermeiro “conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento” (Phaneuf, 2005, p.17).

No caso da prestação de cuidados ao adolescente hospitalizado, o estabelecimento de uma comunicação eficaz que promova o adequado desenvolvimento de uma relação de ajuda implica que o enfermeiro possua conhecimentos e competências sobre o adolescente e a adolescência que incluam além da técnica, conhecimento sobre transição, habilidades de comunicação e sensibilidade para perceber a verdadeira essência dessa vivência pelo adolescente (Maas & Zagonel, 2005). Almeida, Rodrigues e Simões (2005, p.149) acrescentam que o enfermeiro precisa de conhecer e compreender a realidade do adolescente para oferecer “o cuidado que favoreça o seu ser e estar no mundo, superando o adoecimento e hospitalização, transformando limitações em possibilidades de vir a ser saudável”.

No decorrer da minha experiência profissional com adolescentes, bem como dos ensinamentos clínicos realizados, verifiquei que, em contexto hospitalar, são evidentes as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na interação com o adolescente, facto que me motivou para a realização do presente trabalho. Ambiciono que este constitua um instrumento que facilite, uniformize e melhore a intervenção dos enfermeiros que cuidam de adolescentes, procurando promover uma relação entre ambos, sustentada na empatia e na confiança e, melhorando, deste modo, os cuidados prestados de forma que estes resultem numa maior satisfação dos adolescentes nos serviços de saúde.

Este instrumento trata-se de um guião de entrevista para adolescentes, cuja utilização se destina ao momento do acolhimento nos serviços (entrevista de colheita de dados), partindo do princípio de que “os primeiros minutos da entrevista são particularmente importantes, pois são eles que determinam o clima do resto do encontro” (Phaneuf, 2005, p.257). Para a sua elaboração, incluo os princípios gerais da entrevista ao adolescente da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) tendo também em consideração as premissas de Phaneuf (2005) sobre a entrevista. Em simultâneo, aplico os contributos oriundos da minha experiência profissional com adolescentes e outras fontes bibliográficas consideradas pertinentes. Para efetuar uma colheita de dados precisa que inclua todos os aspetos inerentes à adolescência, utilizo o acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S. (Família, Amizades, Colégio, Tóxicos, Objetivos, Riscos, Estima e Sexualidade) já que este me pareceu constituir uma excelente representação dos aspetos importantes a ter em linha de conta na prestação de cuidados ao adolescente, considerando-o mais útil e preciso, face ao acrónimo H.E.A.D.S.S. (casa, educação, atividades, drogas, sexualidade e suicídio).

Para contextualizar o guião de entrevista ao adolescente na esfera dos cuidados de enfermagem, opto por apresentar, ao longo do trabalho, algumas considerações acerca da entrevista, com especial enfoque na entrevista de colheita de dados, evidenciando os princípios gerais da entrevista ao adolescente. De seguida, apresento a proposta de um guião de entrevista, por mim elaborado, e finalizo com as respetivas considerações finais onde saliento a utilidade da aplicação deste instrumento junto dos adolescentes hospitalizados.

1. A ENTREVISTA

Segundo Phaneuf (2005, p.250),

a entrevista, num contexto de cuidados, é antes de mais um encontro geralmente previsto e planificado, mas é sobretudo uma tomada de contacto entre dois seres humanos que, colocados um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se a fim de poderem criar entre eles uma conveniência terapêutica (...) é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou da sua família e para a qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas.

Phaneuf (2005) define diferentes tipos de entrevista (entrevista de colheita de dados, entrevista de informação e de ensino, entrevista de ajuda para a pessoa que necessita de suporte psicológico, entrevista de ajuda para a modificação de certos comportamentos, entrevista de ajuda para a resolução de problemas e de conflitos, entrevista de ajuda em situação de crise e entrevista de grupo), de acordo com os seus objetivos e com o local em que a mesma se aplica, ressaltando que a entrevista mais corrente é a entrevista de colheita de dados.

No decorrer deste trabalho focar-me-ei apenas na entrevista de colheita de dados, já que o guião de entrevista elaborado se destina a ser aplicado no momento da admissão do adolescente no hospital.

1.1. A entrevista de colheita de dados

Na entrevista de colheita de dados “o principal objetivo é recolher informações tão precisas e tão amplas quanto possível a fim de orientar o pensamento para um diagnóstico de enfermagem ou para a determinação de um problema e, em seguida, organizar a ação” (Phaneuf, 2005, p.265). Para o bom desenvolvimento da entrevista, a mesma autora revela que devem ser seguidas as seguintes etapas: preparação, orientação, exploração e conclusão. No caso concreto da entrevista ao adolescente e, de acordo com as orientações da OE (2010), esta deve ser estruturada em três fases distintas (fase de acolhimento, fase exploratória e fase resolutive), que se encontram definidas como:

- Fase de acolhimento:

Esta fase inicia-se no primeiro contacto com o adolescente/família, cujo ponto de partida deve ser a apresentação do enfermeiro aos intervenientes, definindo as suas funções no serviço (Gonçalves, 2014).

O enfermeiro deve dirigir-se, em primeiro lugar, ao adolescente e só depois aos seus pais, validando o nome pelo qual prefere ser chamado e olhando-o, transmitindo, deste modo, ao adolescente que ele é a “pessoa principal” (OE, 2010, p.31). Nesta altura pode proceder-se à apresentação do espaço físico do serviço onde o adolescente permanecerá internado ou, caso seja conveniente, pode efetuar-se essa apresentação noutro momento (Gonçalves, 2014).

É importante que, nesta fase, o enfermeiro coloque ao adolescente questões informais, sobre temas do seu interesse (OE, 2010), procurando atenuar o sentimento de “ameaça” que a própria entrevista pode gerar e promovendo um clima de confiança entre ambos (Vásquez-Pizaña, 2014).

De seguida, devem ser apresentadas as etapas da entrevista, destacando os 3 momentos que a constituem (numa primeira fase a entrevista é efetuada na presença do adolescente e dos pais, posteriormente deve ser efetuada individualmente com o adolescente, e na última fase, deve ser considerada a necessidade de incluir, novamente, os pais, tendo o cuidado de, antecipadamente, validar junto do adolescente, os assuntos a partilhar (OE, 2010).

É essencial garantir, ao adolescente, desde o primeiro contacto, confidencialidade e privacidade face aos assuntos abordados no decorrer da entrevista, cumprindo, deste modo, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no qual se pode ler que o enfermeiro está “obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados (...)” (OE, 2015a, p.84) e que o enfermeiro deve assumir o dever de “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (OE, 2015a, p.85). Para tal, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento sobre os princípios éticos no atendimento ao adolescente, que incluem: respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo (OE, 2010).

- Fase exploratória:

Nesta fase, devem ser colhidos dados sobre as diversas áreas da saúde, incluindo a obtenção de informação relevante que, com base nas orientações da OE (2010) e no acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S. estruturei do seguinte modo:

- ✓ Dados sociodemográficos (Nome, Idade, Escolaridade, Ocupação/atividades desportivas e eventos significativos de vida);
- ✓ História de saúde (antecedentes pessoais e familiares, alergias medicamentosas ou alimentares, internamentos anteriores, história de doença atual e motivo de internamento);
- ✓ Sistemas bio-psico-sociais do adolescente, com base no acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S. (Família, Amigos, Colégio, Tóxicos, Objetivos, Riscos, Estima e Sexualidade);
- ✓ Transições vivenciadas pelo adolescente, incluindo os tipos, padrões e propriedades das transições, bem como as condições facilitadoras e inibidoras das transições, pois segundo Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger e Schumacher (2000), a concretização de uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado), que indicam se o individuo se encontra na direção da saúde e bem-estar ou na direção da vulnerabilidade (indicadores de processo), permitindo ao enfermeiro adaptar a sua conduta no sentido de agir enquanto elemento facilitador da transição do adolescente. A identificação dos indicadores de resultado revela-se também determinantes, pois permitem perceber se o adolescente se encontra a vivenciar um processo de transição saudável, através da aquisição de novas competências (mestria);
- ✓ Impacto da doença e hospitalização para o adolescente
- ✓ No final, deixo em aberto um espaço destinado às dúvidas e preocupações reveladas pelo adolescente;

A saída dos pais deve ser proposta pelo enfermeiro, após a obtenção de informação sobre os dados sociodemográficos e a história de saúde, devendo existir a preocupação de explicar a ambos que momentos a sós com o adolescente podem ser essenciais para a compreensão sobre a sua saúde. Antes de dar continuidade à entrevista individual, é necessário saber sempre, se os pais pretendem expressar preocupações antes de saírem do local da entrevista (OE, 2010).

Ao longo da entrevista, o enfermeiro deve procurar conseguir com o adolescente, um discurso bidirecional, utilizando diferentes técnicas de apoio narrativo² (OE, 2010), de modo a que se consiga colher e transmitir informação, em simultâneo, tornando a entrevista num processo recíproco entre o entrevistador e o adolescente (Vázquez-Pizaña, 2014).

- Fase resolutive:

“Corresponde à etapa de educação para a saúde, que tem subjacente um processo de diagnóstico, planeamento e de intervenção” (OE, 2010, p.33). Como tal, nesta fase, cabe ao enfermeiro, analisar os dados obtidos a partir da entrevista, disponibilizar tempo para que o adolescente possa expressar preocupações e colocar questões, orientar em vez de aconselhar, para que o adolescente sinta que participa nas tomadas de decisão a seu respeito e reforçar a capacidade do adolescente intervir na execução do seu projeto de saúde ou na recuperação da sua saúde. Na fase resolutive, é também essencial que o enfermeiro explique ao adolescente quais os recursos que estão ao seu alcance e que lhe forneça materiais educativos centrados em valores de saúde e bem-estar do adolescente (OE, 2010).

1.2. Guião de entrevista para o adolescente hospitalizado

De acordo com a OE (2010), a entrevista constitui uma parte essencial no atendimento de enfermagem ao adolescente, pois permite recolher informação e estabelecer canais de comunicação para o futuro. Neste sentido, o mesmo autor enumera os seguintes objetivos para a entrevista ao adolescente: avaliar o desenvolvimento psicossocial e afetivo do adolescente, estabelecer uma adequada relação terapêutica, prevenir problemas e conseguir identificar os seus problemas reais. Numa perspetiva mais genérica, mas, na minha opinião, complementar, Vázquez-Pizaña (2014) acrescenta que as três finalidades da entrevista ao adolescente são: detetar patologias assintomáticas, estabelecer uma relação de

²Técnicas de apoio narrativo: “Contribuem para a comunicação bidirecional, promovendo uma melhor explicitação ao adolescente e o estabelecimento de um clima de maior empatia entre o enfermeiro e o adolescente” (OE, 2010, p.63): Perguntas abertas, escuta reflexiva, reestruturação positiva, resumo da entrevista, afirmações de automotivação, respostas em espelho, clarificação, usar exemplos na terceira pessoa, afirmações que facilitam a discussão e respostas/afirmações de apoio e ânimo (OE, 2010).

confiança com o adolescente e incentivá-lo a responsabilizar-se pela sua própria saúde.

No decurso da entrevista, a OE (2010, p.23) considera essencial

o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o adolescente que favoreça uma vinculação, de modo a que o adolescente seja capaz de revelar os seus sentimentos, problemas e perspetivas, tendo a esperança de ser beneficiado com esta relação e a convicção de não ser prejudicado.

Para tal, os enfermeiros devem ter em consideração a unicidade de cada adolescente, considerando que as estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão das transições, a partir da perspetiva de quem as experiencia (Zagonel, 1999).

Para a realização da entrevista ao adolescente, alguns “pré-requisitos” são essenciais: características do entrevistador e do adolescente, características do espaço e tempo e pré-requisitos para a relação/comunicação com o adolescente (OE, 2010).

1.2.1. Características do entrevistador

Segundo Vázquez-Pizaña (2014), para atender adolescentes na realização de uma adequada entrevista e história clínica, estabelecer uma boa relação com o adolescente é necessário. Para tal, é essencial que o entrevistador se interesse por estes, disponibilizando-lhes tempo e conhecendo os contornos e características do seu desenvolvimento, dos seus problemas e riscos. O mesmo autor acrescenta ainda que o entrevistador deve ter experiência profissional com adolescentes.

É fundamental que, no decorrer da entrevista, o enfermeiro tenha o cuidado de não projetar os seus próprios conflitos da adolescência no adolescente que tem perante si (OE, 2010). O mesmo autor refere também que, o enfermeiro deve possuir motivação para compreender, valorizar e escutar o adolescente, além de possuir os seguintes pré-requisitos:

- ✓ Maturidade pessoal, autoestima, um conceito claro de autoridade com flexibilidade, ser sensível, genuíno, saber dar e receber afeto, possuir valores morais, espirituais e culturais sólidos e congruentes, conhecimento e compreensão sobre sexualidade sem preconceitos ou dúvidas morais, capacidade de comunicação sincera e fluida com os jovens e conhecimento adequado e atual da problemática social (OE, 2010, p.23);

- ✓ “Honestidade, respeito e confidencialidade” (Ford, Millstein, Halpern-Feisher, et al., 1996; Ginsburg, Slap, Cnaan, 1995 citado por *World Health Organization* (WHO) 2001, p.6);
- ✓ “Evitar assumir o papel de adolescente” (...) “Evitar substituir os pais” (...) “Não adotar uma atitude dominadora” (...) Não “ser moralizador” (OE, 2010, p.24).

1.2.2. Características do adolescente

“O modo como o adolescente se apresenta poderá condicionar a forma como o enfermeiro vai conduzir a entrevista” (OE, 2010, p.24), pelo que é essencial que o enfermeiro esteja atento ao seu modo de apresentação, de forma a conseguir identificar eventuais dificuldades na relação (OE, 2010), permitindo-lhe direcionar as suas ações/intervenções (Caeiro, 2014), a fim de estabelecer uma proximidade entre os intervenientes, promovendo a sua interação.

De acordo com a OE (2010), o adolescente pode ser classificado como: Choroso (ansioso, com receio da intervenção ou repreensão), Falador (poderá ser uma forma de camuflar o assunto que o assusta), Nervoso (receio da observação, ansioso e pode bloquear a comunicação), Silencioso (pode sugerir culpabilidade, receio de repreensão), Encarnekedor/Provocador, Hostil/Agressivo (comum quando sente que não controla a situação; ansioso) e por último, Calmo e Confiante (Tranquilo e capaz de gerir as suas emoções). Esta classificação permite ao enfermeiro caracterizar o adolescente de quem cuida, adaptando a sua conduta através de uma prestação de cuidados individualizada, sustentada em intervenções de enfermagem que “respondam, efetivamente às suas necessidades de saúde e bio-psicossociais” (OE, 2010, p.35).

1.2.3. Características do espaço e tempo

Segundo a OE (2010, p.25), “o espaço físico onde é realizada a entrevista deve ser acolhedor, confortável, bem ventilado e limpo”, deve respeitar a privacidade de cada pessoa (OE, 2015b), promovendo deste modo um ambiente tranquilo que permita a exteriorização de sentimentos e emoções.

1.2.4. Pré-requisitos para a relação/comunicação com o adolescente

O enfermeiro deve:

- ✓ Ter conhecimentos sobre características da adolescência, estratégias de comunicação, recursos terapêuticos disponíveis. Deve sentir-se confortável perante o adolescente e possuir experiência na comunicação com adolescentes (OE, 2010);
- ✓ Acolher de forma cordial e compreensiva (OE, 2010);
- ✓ Procurar conhecer as expectativas do adolescente e família (OE, 2010);
- ✓ Demonstrar disponibilidade (OE, 2010);
- ✓ Dirigir as questões e explicações diretamente ao adolescente, mesmo quando os pais estão presentes (OE, 2010);
- ✓ Respeitar: A privacidade do adolescente (Ficar a sós com o adolescente durante um período da entrevista), a confidencialidade (Toda a informação fornecida pelo adolescente é confidencial e só é partilhada com os pais mediante a sua autorização) (OE, 2010);
- ✓ Promover a Interação (“Escutar com interesse, respeito e empatia, ser advogado e conselheiro” Vázquez- Pizaña (2014, p.40));
- ✓ Transmitir tranquilidade (Vázquez-Pizaña, 2014);
- ✓ Fornecer informação adequada à idade, utilizando linguagem simples (OE, 2010), adequando-a ao estágio de desenvolvimento e capacidades cognitivas do adolescente;
- ✓ Explicar as mudanças inerentes ao seu desenvolvimento físico e psicossocial (Vázquez-Pizaña, 2014);
- ✓ Envolver os pais/cuidadores nos cuidados aos filhos, incluindo no planeamento de cuidados e na tomada de decisão (Al-Yateem, Issa & Rossiter 2015), pois, apesar do adolescente ser o foco da nossa atenção, também a família e os amigos desempenham um papel importante no seu processo de doença (Vázquez-Pizaña, 2014);
- ✓ Evitar juízos de valor e não induzir a resposta do adolescente (OE, 2010);
- ✓ Evitar períodos de silêncio prolongados e interrupções (OE, 2010);
- ✓ Reforçar competências e comportamentos positivos (OE, 2010);

✓ Escutar o adolescente com atenção e escrever pouco ao longo da entrevista, procurando captar as mensagens não-verbais, registrando, mentalmente, as impressões iniciais sobre o adolescente (OE, 2010).

Tendo em conta as premissas anteriormente descritas, apresento, de seguida, um guião de entrevista, que se destina a ser aplicado no momento da admissão do adolescente num serviço de internamento. Trata-se de um instrumento que procura facilitar a intervenção do enfermeiro, orientando a sua conduta com base nos pressupostos obtidos a partir da melhor evidência científica disponível.

Este instrumento está dividido em três fases distintas, que dizem respeito à fase de acolhimento, fase exploratória e fase resolutive, de acordo com o que se encontra definido pela OE (2010) e que se pode observar no algoritmo de atuação/Planeamento de Cuidados, elaborado pelo mesmo autor (**Anexo I**).

Reconheço que o adolescente, na presença de uma doença, é confrontado com a vivência de transições múltiplas (desenvolvimental, situacional, de saúde/doença e organizacional). Como tal, cabe ao enfermeiro conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade para compreender as experiências vivenciadas pelos indivíduos durante as transições (Meleis et al., 2000), já que são os enfermeiros “os principais cuidadores dos clientes e famílias que experienciam transições” (Tomey & Alligood, 2006, p.426). Por este motivo, incluo os ideais de Afaf Meleis na elaboração deste guião, procurando que a intervenção do enfermeiro seja desenvolvida no sentido de facilitar as transições vivenciadas pelo adolescente, neste contexto.

Para clarificar e tornar objetivo o que foi anteriormente descrito, apresento, de seguida, o guião de entrevista, por mim elaborado.

GUIÃO DE ENTREVISTA: ENTREVISTA AO ADOLESCENTE

Fase de acolhimento: (com a presença dos pais/cuidadores)

Nome: _____

Nome pelo qual gosta de ser tratado: _____

(Informar sobre: etapas da entrevista e garantir ao adolescente confidencialidade e privacidade)

Fase exploratória:

Idade: _____

Antecedentes pessoais (alergias): _____

Antecedentes familiares: _____

História de doença atual: _____

Motivo de internamento: _____

Agregado familiar e relações familiares: _____

Pessoa mais disponível / Principal Cuidador: _____

(Saída dos pais / cuidadores)

Relação com o grupo de pares: _____

Atividade Desportiva: Sim Não Qual? _____

Escolaridade: _____

Aproveitamento escolar no ano anterior: Sim Não

Situação escolar atual: _____

Consumo de substâncias tóxicas: Sim Não
 Tabaco Álcool Drogas

Comportamentos de risco: _____

Planos Futuros: _____

Autoestima / Autoimagem: _____

Sexualidade: História ginecológica e sexual: _____

Impacto da doença e hospitalização: _____

Transições vivenciadas: _____

GUIÃO DE ENTREVISTA: ENTREVISTA AO ADOLESCENTE

Fase exploratória: (continuação)

Estratégias utilizadas pelo adolescente para ultrapassar o processo de transição (Indicadores de processo e de resultado):

Dúvidas e preocupações: _____

Fase resolutiva:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Planeamento das Intervenções de Enfermagem:

Orientações efetuadas:

Disponibilizar materiais educativos adequados à idade

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sistematização da informação obtida a partir da evidência científica, em concomitância com os conhecimentos oriundos da minha prática profissional com adolescentes, possibilitaram-me elaborar, de forma esquematizada, um Guião de Entrevista, cuja aplicação se pretende que seja fácil, precisa e que permita a obtenção dos dados necessários à prestação de cuidados individualizados.

Durante a sua elaboração deparei-me com algumas dificuldades, relacionadas, essencialmente, com a escassez de fontes bibliográficas referentes a esta temática. Contudo, fazendo valer a minha persistência e capacidade de resiliência, consegui mobilizar os recursos existentes, complementando-os com os contributos oriundos da minha prática profissional com adolescentes e com as informações obtidas a partir do diálogo com enfermeiras peritas, o que me possibilitou a concretização do presente trabalho, cumprindo com os objetivos a que me propus inicialmente.

Procuro, futuramente, que a implementação e utilização deste documento, no contexto prático dos cuidados seja uma realidade, que possibilite facilitar e uniformizar a intervenção dos enfermeiros junto dos adolescentes e seus familiares, resultando em última análise, na melhoria dos cuidados prestados aos adolescentes em contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I., Rodrigues, B. & Simões, S. (2005). Desvelando o quotidiano do adolescente hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58(2), 147-151. Acedido a 10/2/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a03.pdf>
- Al-Yateem, N., Issa, W. & Rossiter, R. (2015). Childhood stress in healthcare settings. Awareness and suggested interventions. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 38(2), 136-153. DOI: 10.3109/01460862.2015.1035465.
- Caeiro, M. (2014). O trabalho emocional com adolescentes em situação de doença e hospitalização. Proposta de um algoritmo de intervenção em Enfermagem. *Revista Nursing*. Acedido a 3/6/2016. Disponível em: <http://www.nursing.pt/o-trabalho-emocional-com-adolescentes-em-situacao-de-doenca-e-hospitalizacao-proposta-de-um-algoritmo-de-intervencao-em-enfermagem-2/>
- Gonçalves, A. (2014). *O acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família. Intervenções de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de Saúde-Doença do Ser Adolescente Hospitalizado. *Revista Cogitare Enfermagem*. 10(2). 68-75. Acedido a: 8/6/2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5014/3790>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a 10/2/2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=cf18f3b6-6429-4ca3-9f61-aecebb2f5a62%40sessionmgr4008>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido a 15/5/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Acedido a 20/1/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291_02015_VF_site.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia Profissional de enfermagem*. Acedido a 1/2/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2006). *Nursing theorists and their work*. (6ªed.). Philadelphia: Mosby
- Vázquez-Pizaña, E. (2014). Aprendamos a Entrevistar Adolescentes. Acrónimos que se Proponen. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*. 31(1), 38-45. Acedido a 10/1/2017. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2014/bis141g.pdf>
- World Health Organization (2001). *A Framework for the Integration of Adolescent Health and Development Concepts Into Pre-service Health Professional Educational Curricula WHO Western Pacific Region*. Acedido a 6/12/2017. Disponível em: <http://www.wpro.who.int/publications/docs/ADHframework.pdf?ua=1>
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-america de enfermagem*. 7(3), 25-32. Acedido a: 3/5/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

Anexos

Anexo I - Algoritmo de atuação / Planeamento de cuidados: Entrevista ao adolescente

Figura 1. Algoritmo de atuação / Planeamento de cuidados: Entrevista ao adolescente

