

Helena Maria Cardoso Leitão Loureiro

CUIDAR EM ENFERMAGEM: PERCEÇÃO DO ADOLESCENTE



Abril de 2012

Helena Maria Cardoso Leitão Loureiro

CUIDAR EM ENFERMAGEM: PERCEÇÃO DO ADOLESCENTE

Relatório Final

1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Estudo efectuado sob a orientação de:

Professora Doutora Amarílis Pereira Rocha

Abril de 2012

Cada um que passa na nossa vida, passa sozinho...

Porque cada pessoa é única para nós,

E nenhuma substitui a outra.

Cada um que passa na nossa vida, passa sozinho,

Mas não vai só...

Leva um pouco de nós mesmos.

Há os que levam muito,

Mas há os que não levam nada.

Há os que deixam muito,

Mas há os que não deixam nada.

Esta é a mais bela realidade da Vida...

A prova tremenda de que cada um é importante

E que ninguém se aproxima do outro por acaso...

Saint Exupery

Aos meus filhos

Ao meu marido

À minha mãe

AGRADECIMENTOS

Neste momento relevante da minha carreira profissional, desejaria agradecer a algumas pessoas que, de alguma forma tiveram influência neste novo momento da minha formação:

- À Professora Doutora Amarílis Rocha, pela prontidão com que aceitou o trabalho de orientação desta dissertação, pela confiança, pela atenção com que leu os capítulos ajudando a melhorá-los;

- Ao Professor. Doutor João Duarte, por toda a disponibilidade, colaboração e atenções dispensadas para que a realização deste trabalho fosse possível;

- À Professora Isabel Baptista, quero expressar a minha gratidão pelo empenho com que colaborou comigo neste estudo.

- Um agradecimento aos meus Filhos Diogo, Mafalda e Patrícia ao Meu Marido José António, pela sua compreensão e pelo tempo que não lhes foi dedicado. Obrigada pela vossa presença nesta etapa tão importante, sem a qual seria impossível chegar até aqui.

-Um agradecimento muito sincero à minha mãe pela sua presença, apoio e motivação.

- Um agradecimento especial a todos os meus amigos, colegas e a todas as pessoas que contribuíram de uma forma ou de outra para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente, em especial à Alexandra e Teresa.

.

RESUMO

Enquadramento: A Abordagem teórica pretende fundamentar o Cuidar em Enfermagem e a Relação de Ajuda nas dimensões nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência. Em Enfermagem Pediátrica a Relação de Ajuda tem como o principal objectivo estabelecer uma relação terapêutica com a criança/adolescente, com a sobrevalorização das dimensões afectivas e tolerância, sentimentos importantes no processo de desenvolvimento.

Objectivos: Analisar a influência das variáveis sociodemográficas nas percepções das relações interpessoais de adolescentes submetidos a cuidados de enfermagem em unidades de saúde. Explorar a importância da relação interpessoal entre o adolescente e os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de saúde, na perspectiva de adolescentes.

Métodos: Estudo de natureza quantitativa, prospectivo, transversal e descritivo-correlacional, realizado numa amostra não probabilística, intencional por conveniência. A amostra é constituída por 199 adolescentes, com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos, com média centrada nos 14,41 anos, que foram submetidos a cuidados de enfermagem em Unidades de Saúde locais, entre Janeiro e Março de 2012. O instrumento de recolha de dados foi o Inventário das Relações Interpessoais de Barrett-Lennard: Forma OS-40.

Resultados: Constata-se que os adolescentes têm uma percepção positiva da Relação de Ajuda. Nas dimensões nível de Respeito e Congruência apresentaram scores mais elevados, seguidos da Compreensão Empática e Incondicionalidade. Os participantes do sexo feminino obtiveram médias mais elevadas nas dimensões respeito, compreensão empática e congruência, os do sexo masculino obtiveram médias mais elevadas na dimensão incondicionalidade.

Conclusão: A percepção dos adolescentes está relacionada com a idade, sendo que os participantes com idade inferior a 13 anos possuem percepções mais elevadas a nível do respeito, compreensão empática e congruência. Os participantes que receberam cuidados na consulta externa obtiveram médias mais elevadas na dimensão nível de respeito, nos exames especiais tiveram médias mais altas na dimensão da compreensão empática e os do centro de saúde nas dimensões incondicionalidade e congruência.

Palavras-chave: Relação de Ajuda, Adolescente, Cuidar.

ABSTRACT

Framework: The theoretical approach aims to support the Caring in Nursing and the Helping Relationship dimensions level of regard, empathic understanding, unconditional respect and consistency. Pediatric Nursing in the Helping Relationship is the main objective to establish a therapeutic relationship with the child / adolescent, with the overvaluation of affective dimensions and tolerance, important feelings in the development process.

Objectives: To analyze the influence of sociodemographic variables on perceptions of interpersonal relationships of adolescents undergoing nursing care in health facilities. Explore the importance of personal relationships between the adolescent and nurses who provide care in health facilities, from the perspective of adolescents.

Methods: Quantitative study, prospective transversal and descriptive-correlational, held in a non-probabilistic sample, intended for convenience. The sample consisted of 199 adolescents, aged between 11 and 18 years, mean 14.41 years focused on, which were submitted to nursing care in local health units between January and March 2012. The data collection instrument was the Inventory of Interpersonal Relations Barrett-Lennard: Form OS-40.

Results: It appears that adolescents have a positive perception of the Helping Relationship. In size and level of respect Congruence scores were highest, followed by empathic understanding and unconditional. The female participants had higher average dimensions in respect, empathetic understanding and congruence, the males had the highest average in size unconditionality.

Conclusion: The perception of teenagers is related to age, and participants under the age of 13 years have higher perceptions at the level of regard, empathic understanding and congruence. Participants who received care in outpatient obtained higher average level of respect in the dimension, the special tests had higher scores on the dimension of empathic understanding and the health center in the dimensions unconditionality and consistency.

Key: Helping Relationship, Adolescent, Care.

INTRODUÇÃO	11
1 – RELAÇÃO DE AJUDA NO PROCESSO DO CUIDAR	17
1.1. IMPORTANCIA DA RELAÇÃO DE AJUDA EM PEDIATRIA	19
1.2. MODELO DE RELAÇÃO DE AJUDA DE BARRETT-LENNARD	21
2 – O ADOLESCENTE E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	27
2.1. DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E PSICOSSOCIAL DO ADOLESCENTE E A SITUAÇÃO DE SAÚDE DOENÇA	31
2.2. A PARCERIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA	33
3– METODOLOGIA	39
3.1. PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS	39
3.2. TIPO DE ESTUDO, DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	40
3.3. AMOSTRA	41
3.4. VARIÁVEIS	43
3.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	43
3.6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS	50
3.7. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	51
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
4.1. ANÁLISE INFERENCIAL	60
5. CONCLUSÃO	65
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	
ANEXO I:Relatório Final Volume I	
ANEXO II: Documento de autorização da utilização do BLRI	
ANEXO III: Recomendações do Autor do BLRI	
ANEXO IV: Instrumento de colheita de dados	
ANEXO V: Autorizações de aplicação de questionários	

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Caracterização da Amostra.....	42
Tabela 2 - Estatística relativas à idade segundo o sexo.....	57
Tabela 3 - tabela t-teste.....	56
Tabela 4 - Descritiva das Variáveis Demográficas.....	58
Tabela 5 - Estatística relativa Inventário Relações de Barrett-Lennard: Modelo OS-40 .	60

ÍNDICE DE QUADROS

Página

Quadro 1 - Forma OS: factores e números das afirmações que lhes correspondem.....	45
Quadro 2 - Possibilidade de resposta ao Inventário.....	46
Quadro 3 - Consistência interna do questionário.....	47
Quadro 4 - Correlação de Pearson entre as dimensões da relação de ajuda.....	49
Quadro 5 - Coeficiente de Variação e Classificação do Grau de dispersão.....	52
Quadro 6 - Resultados do Teste de t-student aplicado entre o grupo de aplicação e as relações interpessoais.....	61
Quadro 7 - Resultados do Teste de t-student entre o sexo e as relações interpessoais.	62
Quadro 8 - Resultados da ANOVA e testes post-hoc para a idade e as relações interpessoais.....	63
Quadro 9 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis entre o nível de escolaridade e as relações empáticas.....	63
Quadro 10 - Resultado do teste de Kruskal-Wallis entre o local onde foram prestados os cuidados e as relações empáticas.....	64

INDICE DE FIGURAS

Página

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre variáveis estudadas na investigação empírica (Desenho de investigação).

.....41

INTRODUÇÃO

“Quando estou em relação com uma pessoa que vive um grande sofrimento, as minhas palavras e os meus gestos fazem de mim um “barqueiro” que por um momento, suporta o outro e ajuda-o a atravessar este momento difícil”.

Margot Phaneuf (2005)

A enfermagem tem sido perspectivada como ciência e arte do Cuidar do Ser Humano desde a sua concepção até à morte. No cuidar há um compromisso em promover o lado humano de cada pessoa em respeitá-la na sua individualidade e dignidade. “Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento e destreza, de saber-ser, de intuição que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (Hesbeen,2000,p.37).

Collière (1989) afirma que os cuidados prestados ao indivíduo doente de acordo com a natureza podem ser: cuidados quotidianos e habituais, que se referem aos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade de vida e cuidados de reparação ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo e entrave à vida.

Assim, Cuidar pressupõe uma visão holística com base no conhecimento científico. É um processo assente em relações interpessoais. Sendo o enfermeiro um cuidador por excelência e com competências relacionais podemos dizer que o cuidar é a essência da enfermagem e que a relação de ajuda é um pilar desse cuidar.

Na prática de enfermagem, verificamos que toda a assistência ao indivíduo se processa por meio das relações interpessoais Gattás, (1984), o doente é uma pessoa, um ser humano único que no momento requer nossa ajuda. O enfermeiro é uma pessoa, um ser humano, que adquiriu conhecimentos e habilidades específicas para cuidar dos outros e que se dispõe a fazê-lo. Através das Relações interpessoais, ambos poderão atingir os seus objectivos.

A enfermagem tem vindo a desvalorizar o cuidado humano, em detrimento da tecnologia que ocupa grande parte das actividades. Mas na enfermagem o toque, o contacto e a

comunicação não podem ser descurados, fazendo parte da relação de ajuda. A capacidade relacional do profissional de enfermagem, tem sido motivo de preocupação, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros “ *Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...)* ”, são caracterizados por, terem por “*fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente (...)*”, e estabelecem uma “*relação de ajuda com o utente (...)*” (REPE, Cap.II, artº 4º e 5º, 1996).

A relação de ajuda, enquanto intervenção autónoma, é um elemento decisivo e incontestável na actividade de enfermagem que desempenha um papel preponderante na resposta às necessidades concretas de cada pessoa independentemente da sua situação/problema ou contexto onde se insere.

Sendo a essência da profissão de enfermagem o cuidado centrado no indivíduo, tendo por base a relação que se estabelece entre o prestador e utilizador de cuidados de enfermagem, queremos perceber de que forma os adolescentes percebem os cuidados de enfermagem, é uma forma de podermos reflectir as nossas práticas e melhorá-las. É compreensível que os enfermeiros devam estar preocupados com a forma como os outros vêem as suas acções e emoções, dando assim visibilidade à profissão de enfermagem. Neste sentido e na tentativa de saber qual a percepção dos adolescentes em relação aos cuidados de enfermagem realizamos este estudo a partir da questão de investigação “**Como percebem os adolescentes a relação de ajuda que profissionais de enfermagem desenvolvem com eles?**”

Para complementar esta questão central ganha sentido a seguinte questão, mais específica:

- Em que medida as variáveis sócio demográficas influenciam os adolescentes na percepção da relação de ajuda dos profissionais de enfermagem?

Apesar da grande relevância do tema, são escassos os estudos sobre a temática de como os adolescentes percebem a relação de ajuda nos cuidados de enfermagem.

Tomando em consideração o pensamento de Fortin (2009), que situa a investigação em enfermagem na área do conhecimento de fenómenos reais e visa aumentar o campo dos conhecimentos na disciplina de forma a contribuir para a saúde das populações, a presente investigação pretende analisar a influência de algumas variáveis na percepção da relação de ajuda em relação aos profissionais de enfermagem.

Trata-se de um estudo descritivo, que pretende conhecer como percebem os adolescentes a Relação de Ajuda em relação aos seus cuidadores em contexto de enfermagem. Foram definidos requisitos essenciais, e principais variáveis em estudo, para que uma relação seja de ajuda, como a congruência, a compreensão empática, o nível de respeito e a incondicionalidade segundo Barrett-Lennard (1986).

Para dar resposta às questões formuladas, tendo em atenção os limites impostos por um estudo desta natureza, emergem os seguintes objectivos:

- Validar o Inventário de Relações Interpessoais de Barret-Lennard para a população em causa
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas nas relações interpessoais de adolescentes submetidos a cuidados de enfermagem em unidades de saúde.
- Analisar a importância da relação interpessoal entre o adolescente e os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de saúde, na perspectiva de adolescentes.

A recolha da informação será efectuada através da aplicação do Inventário de Relações Interpessoais de Barret-Lennard (1986).

O presente trabalho está, estruturalmente organizado em duas partes distintas.

Na primeira encontra-se uma descrição teórica fundamentada na pesquisa bibliográfica efectuada, dando ênfase à Relação de Ajuda no contexto da Enfermagem. Em seguida, passamos a uma análise do receptor de cuidados neste estudo o adolescente, as suas características cognitivas e psicossociais e a influência destas variáveis na percepção dos cuidados do enfermeiro.

A segunda parte desenvolve a apresentação e da análise do estudo efectuado. Damos a conhecer os objectivos que pretendemos atingir, referindo os métodos utilizados, tais como a população do estudo, o instrumento de colheita de dados, o procedimento na recolha dos mesmos e o seu tratamento, procedendo-se de seguida à descrição e discussão dos resultados dos quais se irão elaborar as conclusões.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – RELAÇÃO DE AJUDA NO PROCESSO DO CUIDAR

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um acto; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro”

Leonardo Boff

Neste capítulo pretendemos contextualizar o estudo da relação de ajuda em enfermagem, como um dos domínios dos cuidados de enfermagem, onde predomina a relação interpessoal.

A Enfermagem desenvolveu um conjunto de conhecimentos, conceitos e teorias que dão apoio à sua prática. Os conceitos mais significativos são: o homem/indivíduo, a sociedade, o ambiente, a saúde e a enfermagem, sendo o centro da prática da enfermagem o indivíduo.

De acordo com Collière (1989), desde o início da história da Humanidade que o Cuidar é imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie. Ao longo dos tempos o cuidar esteve implícito ao “Ser Humano” inserido numa comunidade. A Enfermagem nasce como a profissão que cuida do ser humano, doente ou são, ao longo do ciclo vital e dos grupos sociais que integra, de forma que recuperem e mantenham a saúde ao mais alto nível.

O cuidado faz parte da vida do Ser Humano como resposta ao atendimento às suas necessidades como nos refere Watson (2002, p.52)

“O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”.

“Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” Hesbeen (2000, pp. 37-38).

No entanto o verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica mas, pelo contrário, utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa, não menosprezando nunca nenhuma das necessidades do doente, incluindo aquelas para as quais se torna necessário a intervenção técnica” (Pacheco 2002, citado por Ferreira 2009, p. 361).

Cuidar em Enfermagem pressupõe então um cuidar científico, profissional assente no Processo de Enfermagem.

O enfermeiro, inserido na equipa de saúde, utiliza um conjunto de conhecimentos no sentido da busca da resolubilidade dos fenómenos de saúde alterados no indivíduo, ou seja Cuidar inclui a ajuda cuidadosa e continuada de forma holística a uma pessoa doente, realçando desta maneira o direito à dignidade da pessoa cuidada. Hesbeen (2000) refere que *“ser prestador de cuidados exige fundamentalmente, um espírito profunda e genuinamente humano, manifestado pela preocupação com o respeito pelo outro, e pelas acções pensadas e criadas por uma determinada pessoa ou grupo”* Hesbeen (2000, p.17).

“O Cuidar não é, por conseguinte, apenas a emoção, atitude ou um simples desejo. Cuidar é o ideal moral da Enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana” Gadow (1984,p.89 citado Alves, 2005,p.36).

O cuidado de Enfermagem tem na sua origem um propósito de ajuda, que se traduz, no seu início, pela forma como a enfermeira “deve ser”. No entanto, as competências para cuidar, quer relacionais, quer instrumentais, não são inatas, nem herdadas geneticamente pelo que deverá haver um esforço e empenho por parte do profissional. Como refere Watson (2002,p.62) “temos que tratar de nós com gentileza e dignidade antes de podermos respeitar e cuidar dos outros com os mesmos princípios”.

A Relação de Ajuda pode então ser vista como a essência dos cuidados de Enfermagem. Adam (1944, p. 91) salienta acerca disso que “ a relação de ajuda surge como a condição *sine qua non* da eficácia dos cuidados.” Refere ainda que “ os cuidados de enfermagem deviam ser sempre prestados no quadro de uma relação de ajuda” Adam (1994, p.93).

Num estudo realizado por Rodrigues e Amaral (1997) os enfermeiros inquiridos referiram: “Cuidar é relação de ajuda”. A relação não é uma mera intervenção, mas é algo que existe sempre entre o enfermeiros e os doentes, de tal modo que é fundamental que estes

através das suas atitudes e comportamentos levem o paciente a qualificar a relação como sendo de ajuda Adam (1994).

Mas então qual é o objectivo da Relação de Ajuda?

Sobre isso Lazure (1994, p.97) diz “ a Relação de ajuda visa dar ao cliente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se ele deve mudar”. Ainda segundo esta autora as enfermeiras devem preocupar-se com os seus clientes de uma forma holística. O cliente deve sentir-se aceite pela enfermeira ao longo de toda a relação. É também durante uma relação de ajuda com a enfermeira que o cliente tem o sentimento gratificante de ser apreciado e profundamente compreendido.

Na perspectiva de Watson (2002), a Relação de Ajuda está implícita no cuidado humano, ou seja, começa quando o enfermeiro entra no espaço da vida do paciente, no campo fenomenal do outro, sendo capaz de aperceber-se do seu estado, daquilo que ele experencia.

A Relação de ajuda é pessoal, centrada na pessoa e dirigida para a realização de determinados objectivos mútuos. Está direccionada para os sentimentos, pensamentos e valores do utente e os enfermeiros deverão sempre transmitir mensagens de ajuda, na base do respeito, compreensão, escuta activa e empatia Adam (1994).

É necessário, em primeiro lugar, haver uma tomada de consciência, um despertar para nós próprios. Cada um deverá conhecer-se, compreender-se e aceitar-se tal como é, a fim de poder agir com eficácia. É essencial também criar um clima de confiança e respeito mútuos, estabelecendo em conjunto, objectivos que visem satisfazer as necessidades da pessoa ajudada. Para isso, o “ajudador” precisa desenvolver a capacidade de escuta, empatia, respeito, sensibilidade e congruência Berger(1995) citado por Ribeiro (2002).

1.1. IMPORTANCIA DA RELAÇÃO DE AJUDA EM PEDIATRIA

Como anteriormente referido o Cuidar faz parte integrante da arte e ciência da Enfermagem, considerada a essência da sua Prática. Watson (2002) apela para uma acção centrada no utente como sujeito dos cuidados, para os aspectos relacionais e abrange a

pessoa e o seu ambiente. Assim sendo, e tendo em conta que a adolescência é uma fase intrincada, passível de assumir problemáticas complicadas, características desta faixa etária, relacionados com diferentes factores como económicos, políticos, culturais, éticos, etc., o principal objectivo do cuidador é estabelecer uma relação terapêutica com o adolescente, com a sobrevalorização das dimensões afectivas e tolerância, sentimentos importantes no processo de desenvolvimento dos adolescentes.

Santos (2000) desenvolveu um estudo onde aborda a relação interpessoal na vertente “relação de ajuda”, considerando-a o alicerce onde assentam os cuidados. Já Chalifour (2008) nos refere

“A relação de ajuda consiste numa interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não-verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade” (Chalifour, 2008, p.33).

Em Pediatria a Relação de Ajuda torna-se importante dada a vulnerabilidade da população assistida. Por este motivo há necessidade de promover relações interpessoais com qualidade, apesar de estas serem muitas vezes desgastantes para o profissional de saúde de entre os quais os enfermeiros, tornando-se assim em factores condicionantes da relação de ajuda Catita e Vaz (2000).

O estabelecimento de uma relação empática, centrada no utente, na criança/adolescente característica da Relação de Ajuda, permitirá que este mais facilmente verbalize as suas crenças negativas e expresse as suas emoções. Assim, o enfermeiro poderá ajudar com mais certezas, levando-o ao desenvolvimento de acções mais adaptativas.

Oliveira et al. (2005) refere que a enfermagem em Pediatria centra o seu cuidado não apenas na criança mas na sua família que é o seu núcleo de suporte. Cada vez mais se defende a participação da família no processo de cuidar da pessoa doente, surgindo como consequência, o conceito de parceria de cuidados entre enfermeiro/pessoa/família. Torna-se assim comum o conceito do cuidar centrado na família Casey (1988) criou um modelo de parceria de cuidados a ser utilizado no âmbito da prestação de cuidados em Pediatria. Esta autora defende que, para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser em forma de protecção, estímulo e amor, sendo os pais as pessoas ideais para os prestar.

O que é Cuidar em parceria?

Em saúde, parceria de cuidados é designada como um processo de cuidados dinâmico, negociado em conjunto pelas duas partes envolvidas – cliente/família e enfermeiro – recorrendo às capacidades e conhecimentos de cada um, e respeitando os seus sentimentos, crenças e valores, com vista à melhoria dos cuidados Dinis (2005).

Cuidar em parceria consiste em envolvermos “a pessoa” nos cuidados que lhe são dirigidos, no caso da pediatria estamos a envolver os pais ou mesmo o próprio adolescente. Estamos a prestar cuidados em parceria com ela ou com o seu cuidador.

Os cuidados de enfermagem à criança e ao jovem podem despertar nos seus cuidadores sentimentos de vinculação, afecto que levam ao desenvolvimento de relacionamentos de protecção enriquecidos por uma esfera emocional (Paulo et al., 2010). Sobre este assunto demonstra Zengerle-Levy (2006) como os enfermeiros são pais num plano mental, estando à disposição para dar afecto e carinho. A prática dos enfermeiros revela um ponto de intersecção entre a dimensão pessoal e a dimensão profissional, com recurso ao Eu (Self) enquanto instrumento terapêutico.

Também Diogo (2010 citado por Paulo et al. 2010, p.73) revela que a *“dáviva de afecto, numa postura “quase” parental, não é um extra que transcende a acção profissional, é uma componente do cuidar não reduzindo o seu profissionalismo, antes potenciando os resultados terapêuticos”*.

É fundamental que em Pediatria o cuidado seja centrado na família, conseguidos através da relação de ajuda.

1.2 .MODELO DE RELAÇÃO DE AJUDA DE BARRETT-LENNARD

O conceito de Relação de Ajuda que emergiu com Carl Rogers (1977) constitui o ponto de referência na abordagem da dimensão relacional no âmbito da enfermagem. Das condições definidas por Rogers como fundamentais no processo de ajuda, a empatia merece uma especial atenção na área de enfermagem.

O Dr. Godfrey Barrett-Lennard, membro honorário da Universidade de Murdoch, na Austrália, considerou os contextos da teoria de Carls Rogers, em 1957, ponto de partida

para o culminar da mudança terapêutica. A sua teoria produziu factores de mudança inovadores na Aproximação Centrada no cliente, bem como na Psicologia em geral.

Barrett-Lennard (1962) deu impulso a um instrumento pelo qual se poderiam medir qualidades tais como: congruência, apreço ou consideração positiva, empatia ou compreensão. Tal instrumento foi aplicado tanto ao cliente como ao terapeuta, de modo a ter-se a percepção do relacionamento tanto por parte do terapeuta como do cliente a quem aquele tenta ajudar.

Os itens deste questionário são baseados nas atitudes necessárias e suficientes definidas por Carl Rogers na Terapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa (Rogers, 1957). São elas Consideração positiva, Empatia, Aceitação Incondicional e Congruência, com questões positivas e negativas, como atitudes contempladas no sentido de avaliar a qualidade do relacionamento interpessoal.

A procura e medição da qualidade das relações interpessoais sempre foram de interesse para várias profissões nomeadamente a enfermagem. Dentro deste prisma surge a teoria de Carls Rogers que utiliza indicadores como a empatia, respeito, congruência que são acreditados para estar entre os mais reveladores da qualidade das relações humanas. Barrett-Lennard (1986, p.439) desenvolveu então um instrumento, o Inventário de Relações (BLRI), que serve para efectivar a mensuração das variáveis, podendo ser medidos aspectos fundamentais de experiência numa relação ou que podem ser, significativamente e com utilidade, representados numa escala de quantidade.

A concepção clássica de Carls Rogers (1957) incitou o desenvolvimento original do RI e foi a fonte principal da teoria e constructos. As condições foram revistas e definidas mais firmemente no processo de desenvolvimento do instrumento de Barrett-Lennard (1986).

Segundo Barrett-Lennard a Relação de Ajuda, traduzir-se-á em quatro grandes dimensões: o nível de respeito, compreensão empática, a incondicionalidade e a congruência, que as define:

- **Nível de Respeito** – Carga composta de todas as reacções emocionais, positivas ou negativas de uma pessoa com relação a outra, numa dimensão abstracta. O extremo inferior dessa dimensão representa a predominância de intensidade máxima do sentimento de tipo negativo e não apenas uma ausência do sentimento negativo (Barrett-Lennard. 1962)."O nível global ou tendência da resposta afectiva de uma pessoa para outra" ou "o aspecto

afectivo da resposta total de uma pessoa para outra, projectado num continuum positivo-para-negativo” (Barrett-Lennard, 1986, p.440). Nível de respeito não se refere a uma característica interpessoal generalizada, mas a uma esfera e eixo de resposta experiente numa relação particular. Os elementos pertinentes de experiência são sentimentos “positivos” e atitudes afectivas, sentimentos e atitudes “negativos”, por parte da pessoa cujo respeito está a ser considerado, para a outra pessoa Barrett-Lennard (1986, p.440). Respeito não deverá, em princípio, englobar todos os aspectos de resposta numa relação. No lado positivo, preocupa-se de vários modos com cuidado caloroso e “sendo dirigido para” tudo no contexto de sentimentos responsáveis para o outro como o próprio outro gosta de si mesmo. Não engloba sentimentos mais íntimos ou apaixonados, nem está unido a características de gostar ou não gostar particularmente do aparecimento ou comportamento da pessoa receptora.

Items positivos: Ela/e respeita-me, Eu sinto-me apreciado por ela/e, ela/e é amigável e carinhosa/o comigo, ela/e cuida de mim, Ela/e está verdadeiramente interessada/o em mim.

No lado negativo, sentimentos como aversão extrema (com excepção de desprezo), ou raiva para o aspecto de ira, não é abordado. Nenhum item aponta para possíveis sentimentos que aludem a ter medo do outro.

Items negativos: Ela/e sente que eu sou estúpido/a e desinteressante, Eu sinto que ele/a me desaprova, Ela/e é impaciente comigo, Às vezes ela/e sente desprezo de mim. Barrett-Lennard (1986, p.440).

- **Compreensão empática** - é definida como o nível em que a pessoa percebe a consciência imediata de outra. Qualitativamente, compreensão empática é um processo activo que implica um desejo de conhecer o estado de consciência actual de uma outra pessoa e suas possíveis mudanças, em querer transcender - se a fim de perceber o sentido daquilo que outra pessoa comunica e traduzir suas palavras e sinais em significados vivenciados que correspondam, pelo menos, aqueles aspectos da consciência que são mais importantes para ele no momento. É uma experiência da consciência por trás da comunicação explícita do outro, mas sem perder a perspectiva de que esta consciência tem origem e procede do outro (Barrett-Lennard, 1962). Ou seja qualitativamente, compreensão empática é (A1) um processo activo de desejo de conhecer (B1) todo o presente e percepção variável da outra pessoa, e (A2) de conseguir receber (B2) a comunicação e significado do outro. Isto envolve (C1) a tradução das palavras e sinais em significado experimentado o qual (C2) iguala no mínimo os aspectos da sua consciência que são muito importantes para ele no momento. Tudo isto (D) é uma experimentação da consciência que está originando e está derivando no outro. Barrett-Lennard (1986, p.441). Os elementos A1 e A2 implicam que a empatia é vista para envolver compromisso activo e propositado com o outro; as áreas de

enfoque, como deduzido em B1 e B2, são a comunicação, experiência, e significados sentidos do outro. Este compromisso desdobra-se de modo particular, nomeadamente, naquele que requer uma compreensão experienciada precisa, para a qual tem prioridade ou centralidade, para o outro na sua consciência – como indicado em C1 e C2. O processo pode ir mais além de "compreensão experienciada" para uma espécie de co-experiência de aspectos da consciência interna do outro, da qual a sua comunicação externa é uma expressão (elemento D). Efectivamente, a pessoa envolvida no processo de empatia vê pelo menos vislumbres, pelos olhos dos outros, pulsa com os seus sentimentos, partilha a luta da pessoa, sabe por dentro como é ser o outro - em alguns momentos especiais ou críticos do seu dia (elemento D, expandido). Barrett-Lennard (1986, p.441).

Empatia é vista como uma forma básica de conhecimento a qual requer uma auto abertura disciplinada aos sentimentos vividos e significados do outro Barrett-Lennard (2003, p.96).

- **Incondicionalidade do respeito** – Originalmente explicada no aspecto de “*como pequeno ou quanta variabilidade há na resposta afectiva de uma pessoa para outra*” Barrett-Lennard (1986, p.442). “*O grau de constância de sentimento de respeito de uma pessoa para outra que comunica auto-experiências à primeira*” (Barrett-Lennard 1986, p. 442). Aceitação incondicional grau de variabilidade de resposta afectiva de uma pessoa a outra. Quanto mais o respeito de A por B varia em resposta a mudanças no sentimento e B com relação a si próprio ou a A, ou a diferença no humor de A, que não são dependentes de B ou de qualquer outra condição variável, mais condicional ou menos condicional ele é (Barrett-Lennard, 1971). Logo, numa relação muito casual ou superficial, o conceito não teria nenhum significado. O respeito deve ser constante mas tão discreto e não revelado à outra pessoa que não seria percebido como um sentimento Barrett-Lennard (1986, p.442). Na maioria das relações que são passageiras ou envolvem muito pouca comunicação informativa, as expectativas dos respondentes recaem sobre como os outros irão responder e estar numa relação “face-a-face”, e devem constituir uma grande parte de respostas para o RI. A abordagem de interesse deve estar centrada em *qualidades de perceber* mais do que na própria relação, ou no parceiro; assim, tais dados poderão ter significado - embora de um tipo diferente do que no conjunto de dados baseado na experiência de uma relação particular.

- **Congruência** – A congruência de uma pessoa num relacionamento corresponde ao grau em que ela está funcionalmente integrada no contexto da sua relação com outra, de tal

modo que há ausência de conflito ou inconsistência entre sua experiência total, seu nível de consciência e sua comunicação explícita (Barrett-Lennard, 1962). Esta tem sido uma variável fundamental desde o início – na qual cada uma das outras parcialmente dependem. A condição da definição usada e desenvolvida na construção do RI é: “o grau para qual a pessoa está funcionalmente integrada no contexto da sua relação com outro, tal que há ausência de conflito ou inconsistência entre a sua experiência total, a sua consciência, e a sua comunicação externa” (Barrett-Lennard, 1986, p.443). O conceito é centrado teoricamente, em consistência entre experiência total e consciência, que são consideradas como as principais determinantes ou condições para que exista congruência entre essa tomada de consciência e a comunicação. Congruência óptima significa unidade máxima, inteireza ou integração do espectro total ou processos orgânicos do indivíduo, do nível fisiológico para níveis simbólicos conscientes (Barrett-Lennard, 1986, p.443).

Segundo Barret-Lennard (1962), uma pessoa com alto grau de congruência é completamente honesta, sincera na comunicação com o outro.

Rogers defende que, se estas atitudes, que designou condições facilitadoras, estiverem presentes na relação, a pessoa entra num processo de aceitação de si própria e dos seus sentimentos, tornando-se por isso, na pessoa que deseja ser, mais flexível nas suas percepções, adaptando objectivos mais realistas para si própria e, simultaneamente, torna-se mais capaz de aceitar os outros Rogers, (s.d.).

Várias pesquisas (Barret-Lennard, 1962, Gross eDe Ridder, 1966, Truax e Carkhuff 1967) têm demonstrado que aqueles que procuram ajuda, e obtêm progresso significativo na relação, perceberam o orientador como “respeitoso”, empático incondicional e congruente.

Barrett-Lennard constatou que os clientes melhoram na medida em que percebem a existência de condições como empatia, consideração positiva, aceitação incondicional e congruência no seu terapeuta. O Inventário de Relações foi aperfeiçoado ao longo dos anos e vem sendo utilizado em pesquisas em diversos países com traduções em mais de 15 línguas.

2 – O ADOLESCENTE E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

“Como fica forte uma pessoa quando está segura de ser amada!”

Sigmund Freud

Referenciando a (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012) que nos diz que a

“Adolescência é o período em crescimento e desenvolvimento humano que ocorre depois da infância e antes da idade adulta, de idades entre 10 aos 19. Ela representa uma das transições críticas no ciclo de vida e é caracterizada por um ritmo tremendo no crescimento e na mudança que é apenas a segunda que da infância. Os processos biológicos conduzir muitos aspectos deste crescimento e desenvolvimento, com o início da puberdade marca a passagem da infância para a adolescência” OMS (2012).

De acordo com Erikson (1968), a adolescência é um período fundamental no desenvolvimento, já que as mudanças físicas, psíquicas e sociais levarão o adolescente a uma crise de identidade cuja resolução contribuirá para a consolidação da idade adulta Palacios e Oliva, (2004), citado por Almeida e Miguel, (2010).

A maioria dos autores pesquisados defende que a adolescência começa com a puberdade, mas o final desta não é tão fácil de determinar uma vez que não há fenómenos fisiológicos objectivos que possam ser usados nesse sentido.

Segundo Neto (2007) adolescência é uma fase de transição em que o ser humano, vivenciando os mais variados tipos de crises, passa por um processo de aprendizagem tanto no âmbito social, biológico, psicológico como no espiritual, e tenta destruir a criança que existe dentro de si e construir um adulto socialmente aceite, espiritualmente equilibrado e psicologicamente ajustado. Já o Fundo da População das Nações Unidas [FNUAP] (2003) considera adolescentes os indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos.

Ainda a OMS (2002) divide o período da adolescência em três fases: a adolescência anterior dos 10-14 anos, a adolescência média dos 14 aos 17 anos e a adolescência tardia dos 17-19 anos.

Ao nível do desenvolvimento Piaget (s.d) refere que a adolescência se situa no quarto estágio do desenvolvimento humano, o **estádio das operações formais**. É a partir desta

altura que a criança/adolescente é capaz de efectuar operações sem o suporte da manipulação de objectos. As operações passam a ser realizadas a um nível absolutamente verbal e conceptual, sendo capaz de efectuar raciocínios hipotético-dedutivos, deduzindo mentalmente a partir de hipóteses abstractas. Tornam-se então capazes de planear um futuro glorioso, antecipar as consequências das acções, criar explicações alternativas dos eventos transformar o mundo pela palavra e suspender as próprias crenças.

Os adolescentes tornam-se assim capazes de pensar sobre o que é possível sem limitar o seu pensamento sobre o que é real, movem-se mais facilmente entre o específico e o abstracto, geram sistematicamente possibilidades, alternativas e explicações, exercitam ideias no campo do possível e formulam hipóteses. O pensamento passa a revelar uma natureza auto reflexiva. Com estas capacidades começam a definir conceitos e valores.

As principais características da adolescência são:

- A capacidade de abstracção, realizar operações mentais sem necessidade de referência a objectos concretos;
- O predomínio de esquemas conceituais abstractos e a utilização de uma lógica formal-proposicional, raciocínio hipotético-dedutivo que deduz as conclusões apenas de puras hipóteses, sem recorrer a uma observação do real;
- Egocentrismo cognitivo, pois acredita ser capaz de resolver todos os problemas que aparecem, considerando as suas próprias conclusões como as mais correctas – crença na onipotência da reflexão, como se o mundo se tivesse que submeter aos sistemas e não os sistemas à realidade. Atribui um poder ilimitado ao seu pensamento;
- Existência de uma fase não social, onde há uma interiorização de valores e conceitos e um auto conhecimento. Condena, despreza e quer mudar a sociedade, depois surge o predomínio dos grupos que se constituem como sociedades de discussão;
- Durante este estágio de desenvolvimento surge a capacidade de autonomia plena, havendo uma moral individual, onde estão definidos os próprios valores. Consegue já compreender relações de reciprocidade, coordenação de valores e de cooperação;
- É a idade metafísica por excelência. O “eu” é bastante forte para reconstruir o universo e bastante grande para o incorporar a si.

Por todas estas características e devido à vulnerabilidade desta faixa etária faz com que ela necessite de um cuidado ainda mais amplo e sensível. Essa vulnerabilidade deter-

minada pelo processo de crescimento e desenvolvimento e pelas características psicológicas peculiares desta fase da vida.

Toda a pessoa procura no profissional de saúde que este o possa ouvir. Deseja ser acolhida, orientada, compreendida nas suas necessidades pois assim sente confiança e sente-se segura e amparada. Logicamente, isto não é diferente tratando-se do adolescente. Muito pelo contrário, a grande maioria deles sente vergonha, medo de ser repreendido e intimidado pela figura do profissional de saúde, fazendo da atitude de procurar o profissional de enfermagem um acto difícil. É fundamental que o adolescente se sinta reconfortado, ajudado e respeitado para que possa aceitar o procedimento.

Sendo a Enfermagem portadora de conhecimentos que a fundamenta e possuidora de habilidade técnica, tem também características de sensibilidade e percepção, devendo adoptar um papel promotor de adaptação do ser humano, neste caso do adolescente.

O enfermeiro deve apoiar o adolescente estando consciente e demonstrando respeito pela individualidade de cada um. O cuidar o adolescente envolve particularidades inerentes ao seu percurso de vida ainda em plena evolução. Assim, podemos considerar que no que diz respeito à relação de ajuda, o enfermeiro deve possuir um conjunto de competências que se enquadram na teoria de Patrícia Benner. Quando Benner (2001) se refere à função de ajuda, salienta a receptividade do exercício profissional do enfermeiro para a concretização deste domínio,

“Os doentes viram-se para as enfermeiras em busca de diferentes tipos de ajuda que não esperam receber dos outros profissionais de saúde. Procurar ajuda e recebê-la são dois problemas diferentes. Uma pessoa pode ser ajudada sem o ter pedido, mas pode pedir ajuda sem ser capaz de a receber. Acontece mesmo que a “ajuda” não ajude; por vezes, alguns indivíduos tendo uma grande necessidade de guardar o controlo sobre si próprios não são capazes de admitir que precisam de ajuda”(Benner, 2001,p.75).

Para o adolescente os cuidados de enfermagem muitas vezes tornam-se aflitivos, pois a sua imagem corporal, principal alvo de suas preocupações nessa fase, provavelmente estará modificada e, em algumas situações até deteriorada, dependendo assim de terceiros, vendo a sua independência extorquida. Muitas vezes internados na pediatria, ou em clínicas de adultos, eles têm ainda que se deparar com a falta de conhecimento de alguns profissionais que os tratam como crianças ou como adultos “mais novos”.

Nos cuidados de enfermagem a prestar aos adolescentes, a abordagem tradicional, (unidireccional, rotinizada, informativa), deve ser substituída por um processo de inter-relação e construção conjunta de novos valores. A interacção entre o profissional e o adolescente, além da confiança, deve basear-se na troca e no respeito do modo de ser do ado-

lescente. A linguagem do profissional não deve ser a mesma destes, pois deve traduzir respeito. O profissional não deve emitir qualquer juízo de valor, reprovação às suas manifestações, adopção de qualquer comportamento discriminatório ou de se apresentar como detentor da "verdade". Só assim o adolescente e cuidador estabelecem uma relação nos cuidados de enfermagem e o adolescente se sente pertencente a esses cuidados.

Diante desta realidade que envolve a adolescência, a enfermagem que presta assistência a indivíduos em diferentes fases da vida, necessita conhecer a adolescência e as suas implicações biológicas, físicas, emocionais e sociais, a fim de entender melhor os adolescentes e, assim, prestar uma assistência efectiva e com qualidade, seja nas escolas, Centros de Saúde ou hospitais Guzman (2000).

Preconiza-se, que os profissionais que atendem os adolescentes nos serviços de saúde devem ser capacitados para actuarem frente às especificidades pertencentes à fase da adolescência como as mudanças físicas e psicológicas, as perspectivas e interesses para o futuro destes.

De acordo com estudo de hospitalização Pelander, Leino-Kilpi e Katajisto (2007) realizado na Filândia a 388 crianças e jovens internados no serviço de Pediatria, as crianças perspectivavam as atitudes do enfermeiro como sendo um contributo essencial para a vivência de uma hospitalização positiva, com menor sofrimento e sem alteração drástica das suas actividades diárias, quando se sentem receosas, a presença dos enfermeiros contribui para apaziguar os receios relativos à hospitalização.

2.1. DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E PSICOSSOCIAL DO ADOLESCENTE E A SITUAÇÃO DE SAÚDE DOENÇA

“O controlo cognitivo, que permite orientar o comportamento de modo planeado e voluntário, continua a aperfeiçoar-se ao longo da adolescência paralelamente aos refinamentos dos processos cerebrais, nomeadamente, a eliminação de sinapses e a mielinização”

Luna A. Beatriz (2010)

De acordo com Piaget (1990) o desenvolvimento cognitivo é um processo de sucessivas mudanças qualitativas e quantitativas das estruturas cognitivas derivando cada estrutura de estruturas precedentes. Ou seja, o indivíduo constrói e reconstrói continuamente as estruturas que o tornam cada vez mais apto ao equilíbrio.

Juntamente com as várias modificações envolvidas na adolescência, destaca-se o desenvolvimento cognitivo. É entre os 13 e os 16 anos que esta alteração ao nível das estruturas cognitivas ocorre.

Ainda Piaget (1990) refere que é no início da adolescência que os indivíduos passam do pensamento lógico-concreto para o pensamento lógico-abstracto que permite lidar com realidades hipotéticas e possibilidades.

Um dos marcos desta evolução cognitiva é o idealismo e o espírito crítico tão visíveis na adolescência. Esse idealismo leva o adolescente a imaginar mundos perfeitos, justos, sem discriminações, criticando a realidade em que vive. Existe um egocentrismo no adolescente, julgando-se único e imaculado. Este egocentrismo que Piaget chama de egocentrismo adolescente, revela falta de maturidade do pensamento e ao mesmo tempo preocupação consigo próprio.

De acordo com a teoria de Piaget o desenvolvimento intelectual é considerado como tendo dois componentes: o cognitivo e o afectivo. Embora nem sempre seja focalizado por psicólogos e educadores, o desenvolvimento afectivo ocorre paralelamente ao cognitivo e tem uma profunda influência sobre o desenvolvimento intelectual. Segundo Piaget o aspecto afectivo por si só não pode modificar as estruturas cognitivas, mas pode influenciar as estruturas a modificar.

O conceito de doença, para crianças e adolescentes, passa por um processo evolutivo que está mais directamente relacionado ao seu nível de desenvolvimento cognitivo e à idade em que passou pela experiência (Rodríguez-Marín & cols., 2003 citado por Castro 2007).

A nível psicossocial existe a busca pela identidade, incluindo a identidade sexual, tornando-se esta central. O relacionamento com os pais geralmente amadurece. Os amigos podem exercer influência positiva ou negativa. No quinto estágio, segundo Eric Erikson o conflito psicossocial reside na identidade, como característica clássica da adolescência, ou seja em perceber-se a si próprio e alcançar um sistema de valores e crenças, através da experimentação de vários papéis e da obtenção de respostas por parte dos outros. A difusão da identidade ocorre quando o adolescente é incapaz de adquirir um conhecimento de si próprio ou uma direcção ou uma forma de se enquadrar no mundo envolvente. Daqui se pode entender que nesta etapa os problemas de saúde aparecem associados a comportamentos de risco, como sejam, condutas violentas, morbidade e mortalidade por acidentes, maternidade e paternidade precoce, sedentarismo, desequilíbrios alimentares e comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas ilícitas), tendo aqui o profissional de enfermagem um papel preponderante na Promoção da saúde, no sentido de “capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controle sobre a sua saúde (e seus determinantes – sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais)” Carta de Otawa(1986).

A simultaneidade da adolescência com a doença, deve ser um aspecto a ser considerado quando direccionamos os cuidados aos adolescentes, pois exige do enfermeiro além da técnica, o conhecimento, habilidade de comunicação e sensibilidade para apreender a verdadeira essência dessa vivência pelo adolescente.

De referenciar no entanto que e segundo o Ministério da saúde (2004), os adolescentes são o grupo etário mais saudável. A sua saúde é normalmente dependente dos seus comportamentos adoptados, como o uso indevido de certas substâncias. Quando o bem-estar físico e psicológico do adolescente fica afectado torna-se mais difícil para familiares, educadores e profissionais de saúde lidarem com o adoecer deste grupo etário, e mesmo com a necessidade de hospitalização.

A necessidade de hospitalização de um adolescente, deixa-o e à sua família apavorados. A situação da hospitalização é, muitas vezes, inesperada uma vez que a adolescência, como já mencionado, é considerada uma das fases da vida mais saudáveis e cujas principais causas de morbi e mortalidade são externas Guzman e Cano (2000).

O adolescente, durante a hospitalização, sofre uma regressão no seu desenvolvimento cognitivo e afectivo, manifestando a sua fragilidade emocional através de reacções de negação, fantasias e da necessidade da presença materna ou pessoa significativa Armond (1996). Ainda segundo este autor a abordagem do adolescente vai exigir da equipa, conhecimentos técnicos e relacionais. A equipa deve adoptar uma atitude flexível, abertura, sensibilidade, saber lidar com o comportamento dos adolescentes, as suas manifestações e preocupações. Esta atitude transmitirá ao adolescente que a equipa se interessa por ele, favorecendo um ambiente de confiança, ajuda, respeito e sigilo, o que proporcionará ao adolescente um ambiente facilitador do desenvolvimento dos mecanismos necessários á adaptação a esta nova situação.

De referir ainda e de acordo com o modelo de parceria de cuidados idealizado por Anne Casey utilizado em Pediatria, que as relações da criança com a sua família e os efeitos do ambiente, podem influenciar o crescimento e desenvolvimento assim como a capacidade para o agir social, emocional e físico.

2.2. A PARCERIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA

Darbyshire, 1993; Pinto e Figueiredo, 1995; Wong, 1995; Barros, 1998, Mano 2002, (citado por Cardoso 2010) expõem que o cuidar da criança hospitalizada foi-se modificando ao longo dos tempos, consequência da evolução da ciência médica, do desenvolvimento de um sistema de serviços especializados de assistência infantil, assim como de aspectos do pensamento relativos ao desenvolvimento psicológico e emocional da criança e à evolução da própria família como instituição social.

O Regulamento nº 123 da Ordem dos Enfermeiros [OE], (2011, p.8658) refere as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e salienta que este “*assiste a criança/jovem com a família, na maximização da saúde. Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade*”.

Os cuidados de Enfermagem em pediatria envolvem a criança e a família. O cuidado centrado na família tem uma filosofia que reconhece esta como uma presença constante na vida da criança. Cuidados centrados na família como essência da Enfermagem, é um processo que integra a criança/adolescente e a família de forma a promover a saúde associado ao óptimo desenvolvimento desta.

Assim sendo, os cuidados em Pediatria são dirigidos à família e à criança/adolescente para esta tenha as suas necessidades satisfeitas. O enfermeiro é responsável pelo ensino e supervisão desses mesmos cuidados até que os pais se sintam competentes de os executar. O enfermeiro como parceiro no cuidar oferece os seus conhecimentos de enfermagem e experiências clínicas e deve acreditar na capacitação e encorajar o utente na tomada de decisão.

Anne Casey, enfermeira integrante do Royal College of Nursing no Reino Unido elaborou no ano de 1988 um modelo de parceria nos cuidados de âmbito pediátrico. Era sua opinião pessoal que os restantes modelos não focavam a globalidade de conceitos fundamentais aos cuidados infantis e juvenis identificando nitidamente o papel dos pais na elaboração do processo de cuidados aos seus filhos. Salieta ainda que as crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados ao utente pediátrico com a ajuda gradual dos profissionais de enfermagem. O reconhecimento de que o cuidar se torna inadequado quando centrado somente na doença e tratamento conduziu as profissões de saúde, incluindo a enfermagem, na direcção do aproximar holístico ao cuidado total do paciente, utilizando o Processo de Enfermagem para planear as acções como forma de garantia de satisfação das necessidades individuais Casey (1993).

Hesbeen (2000) afirma que o enfermeiro não deve apenas limitar-se a fornecer informações sobre a doença. É necessário ensinar o que os familiares podem e devem fazer; bem como as actividades do dia-a-dia que devem desempenhar, sem que o doente corra riscos.

Rodrigues e Diogo (2002), citados por Monteiro (2003, p 17) referem que cada vez mais as enfermeiras de Saúde Infantil e Pediatria enfatizam que

...”é essencial o reconhecimento dos pais como elementos activos e responsáveis da equipa de saúde pediátrica, valorizando o seu papel junto do filho, encarando-os como elo de ligação e de comunicação entre o técnico e a criança, relaizando um trabalho de parceria que promova o seu papel e diminua a percepção de sentimentos de impotência e frustração, e de perda do seu papel parental...”.

A importância do acompanhamento das crianças durante o internamento pelos seus pais ou representantes legais, bem como a sua participação activa nos seus cuidados é evidenciada na carta da criança hospitalizada, Esta Carta que foi preparada por várias associações europeias em 1988, em Leiden, resume e reafirma os Direitos das crianças hospitalizadas, afirmando no ponto 2: *“Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”* No ponto 3 reafirma *“Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho”*. O acompanhante passa, então, a representar o elo entre o ambiente hospitalar e familiar.

Ainda e para salvaguardar os interesses das crianças, dos pais, dos seus representantes legais quando estes não estão presentes e, o direito fundamental ao acompanhamento hospitalar 24 horas por dia, foi decretada a legislação em vigor que contempla:

- ✓ Convenção dos Direitos da Criança (ONU 20.11.1989);
- ✓ Constituição da República Português (Art.º 64);
- ✓ Carta Europeia da Criança hospitalizada (13.05.1986);
- ✓ Acompanhamento da Criança Hospitalizada (Lei nº 21/81);
- ✓ Isenção das taxas moderadoras a crianças (Decreto-Lei nº 54/92);
- ✓ Licença para assistência a descendentes doentes (Decreto-Lei nº 102/97);
- ✓ Protecção da Maternidade, Paternidade e Adopção (Decreto-Lei nº 105/2008).

Acreditamos ser importante que o enfermeiro assuma a responsabilidade de cuidar da família num ambiente terapêutico favorecendo um relacionamento entre enfermeiro-família, sempre com a finalidade do bem estar físico e psíquico da criança/adolescente, na resolução das suas problemáticas principalmente em situação de doença, altura em que ambas as partes se encontram mais fragilizadas.

PARTE II: ESTUDO EMPIRICO

3- METODOLOGIA

Nesta segunda parte do presente trabalho, dedicada ao estudo empírico, apresentam-se os procedimentos metodológicos inerentes ao mesmo. Assim, serão de seguida explanados os métodos utilizados, os participantes do estudo, os instrumentos aplicados, os procedimentos efectuados e por último a análise de dados.

3.1. PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS

Sendo a essência da profissão de enfermagem o cuidado centrado no indivíduo e estando na sua base a Relação de Ajuda que se estabelece entre enfermeiro e o utilizador dos cuidados de enfermagem, achamos pertinente percebermos de que modos os adolescentes percebem esses cuidados de forma a podermos reflectir as nossas práticas e melhorá-las, adequando-as às necessidades desta população, sendo que como refere Marques (1999, p.46) as expectativas sobre os cuidados de enfermagem variam de indivíduo para indivíduo baseando-se na “experiência consciente e subjectiva que o indivíduo vivencia durante o contacto inter-relacional que estabelece com o Enfermeiro”

Neste contexto as questões que serviram como base à formulação do problema em causa para orientar a escolha do tipo de estudo a realizar foram as seguintes:

- Como percebem os adolescentes a relação de ajuda que os profissionais de enfermagem estabelecem com eles
- Em que medida as variáveis sócio demográficas influenciam os adolescentes na percepção da relação de ajuda dos profissionais de Enfermagem.

Para dar resposta a estas questões de investigação equacionaram-se os seguintes objectivos:

- Validar o Inventário de Relações Interpessoais de Barret-Lennard para a população em causa

- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas nas relações interpessoais dos adolescentes submetidos a cuidados de enfermagem em unidades de saúde
- Analisar a importância da relação interpessoal entre o adolescente e os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de saúde, na perspectiva do adolescente.

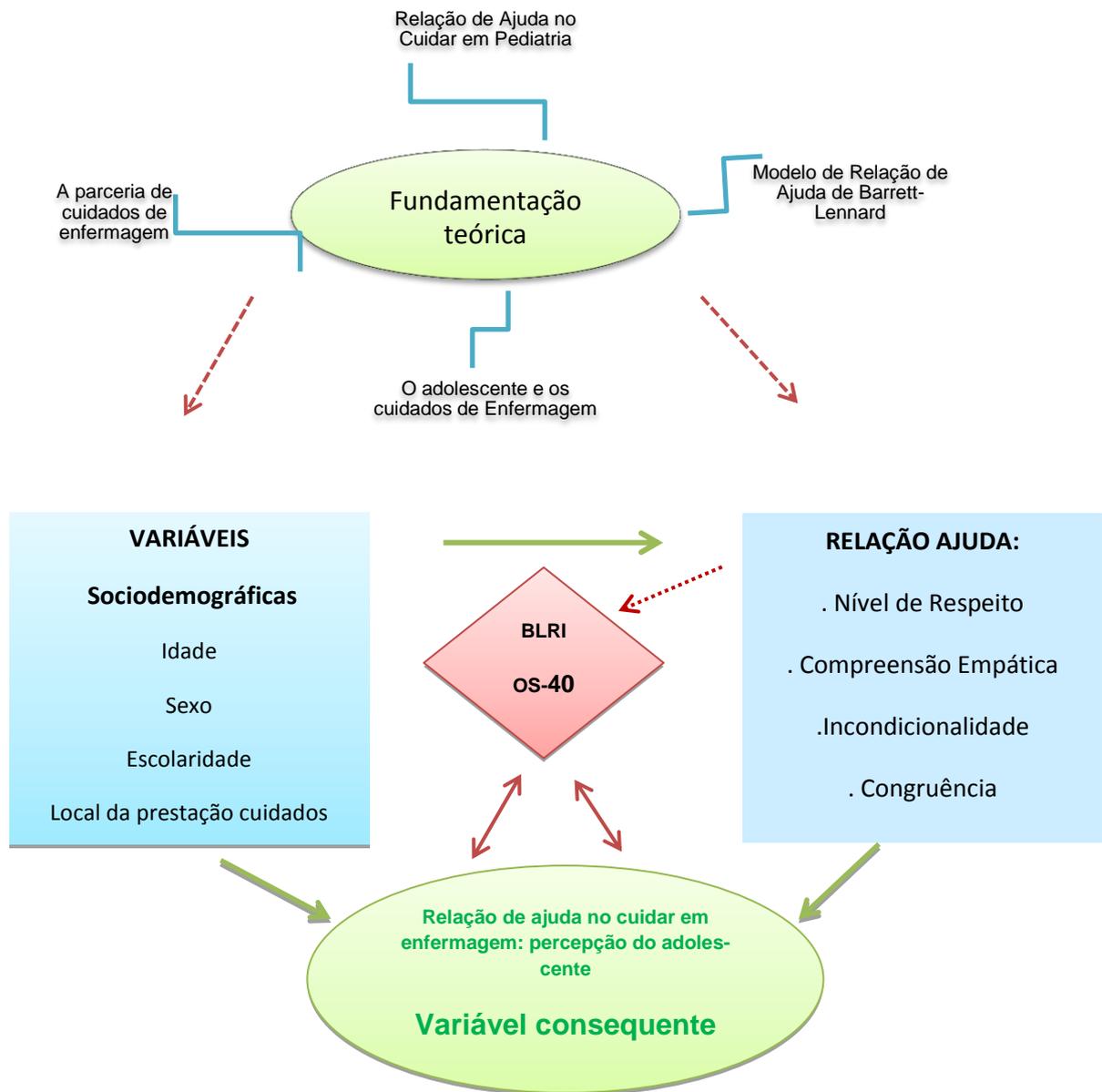
3.2. TIPO DE ESTUDO, DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

De uma forma sinóptica pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para esta investigação engloba as seguintes características:

- Estudo de análise **quantitativa**, pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Realça a regularidade e a repetibilidade dos factos e a objectividade na colheita de dados Polit e Hungler (1995).
- Estudo **descritivo e correlacional**, porque permite explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. Segundo Fortin (2009, p.35) “ a investigação correlacional apoia-se em estudos descritivos e visa estabelecer relações entre conceitos ou variáveis”.
- **Transversal**, porque permite analisar um ou vários cortes em relação com fenómenos presentes num dado momento do inquérito. Fortin (2009) referencia que o estudo transversal tem por objectivo medir a frequência de um acontecimento numa dada população.
- **Prospectivo**, porque é um estudo com início no presente e acompanha os sujeitos do estudo durante um determinado período de tempo. O evento inicia-se no presente e se estende para um tempo futuro.

O desenho de Investigação representado na figura 1 procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes e a variável dependente, que no presente estudo é a Relação de Ajuda no cuidar em enfermagem: percepção do adolescente.

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre variáveis estudadas na investigação empírica (Desenho de investigação).



3.3. AMOSTRA

Neste estudo a população alvo são os adolescentes submetidos a cuidados de enfermagem em instituições de saúde de Viseu. Os critérios de inclusão estabelecidos foram:

- Adolescentes entre os 11 e 18 anos de idade (inclusive) submetidos a cuidados de enfermagem nas instituições de saúde: Centro Hospitalar Tondela-Viseu, inscritos nas consultas externas de Pediatria, Exames Especiais, Urgência Pediátrica e Internamento de Pediatria e USF's.

- Adolescentes entre os 11 e 18 anos de idade (inclusive) submetidos a cuidados de enfermagem em Centros de Saúde, mas realizado o preenchimento de questionários em instituição escolar.

Utilizamos uma amostra não probabilística por conveniência porque nem todos os elementos da população tiveram igual probabilidade de serem escolhidos para fazerem parte da amostra. As razões com a escolha desta amostra prendem-se com o facto de trabalharmos numa unidade de saúde com maior facilidade de acesso ao grupo que se pretendia estudar e possuímos em cada local de recolha de dados um elemento de ligação que se disponibilizou a informar a chegada de novos participantes. A aplicação do questionário foi efectuada nos meses de Janeiro a Março de 2012, tendo respondido ao mesmo 225 adolescentes. Porém, destes foram considerados inválidos 26 pelas seguintes razões: 10 não responderam, 1 respondeu indevidamente e 15 não responderam na totalidade dos questionários. Perfazendo assim um total de 199 utentes.

Na tabela 1 é apresentada a caracterização amostra, atendendo o sexo. Fazendo uma observação global dos resultados, e através da análise efectuada podemos verificar que a nossa amostra é maioritariamente feminina, 108 participantes ou seja 54,3% contra 45,7% do sexo masculino.

Tabela 1 – Caracterização da Amostra

	Nº	%
Feminino	108	54,3
Masculino	91	45,7
Total	199	100%

3.4. VARIÁVEIS

Fortin (2009, p.171) “As variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo” .

Ainda segundo Fortin (2009) as variáveis podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação. Podem ser independentes e dependentes. Variável independente, também denominada de experimental é considerada como um elemento que é introduzido e manipulado com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável. Uma variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente; é o resultado predito pelo investigador.

Assim passamos a enunciar as variáveis dependentes e independentes de acordo com a disposição das hipóteses atrás definidas.

Neste estudo temos como variáveis:

Variável consequente ou endógena: Relação de Ajuda. Para a sua medição consideramos a metodologia preconizada por Barrett-Lennard (1986) que a classifica em 4 dimensões inseridas nos Inventários de Relações Interpessoais (BLRI) – Nível de Respeito, Compreensão Empática, Incondicionalidade do Respeito e Congruência – consideradas como subescalas dos mesmos.

Variáveis consequentes ou exógenas: permitem-nos conhecer as nossas amostras populacionais relativamente à respectiva situação sociodemográfica, são então: Idade, Sexo e grau de escolaridade e local onde foram prestados os cuidados de enfermagem.

3.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Definido o tipo de estudo, os objectivos a atingir, procedemos à elaboração do instrumento de recolha de dados, que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que pretendíamos estudar.

Assim o Instrumento de Colheita de Dados que utilizamos é constituído por 2 partes:

Parte I – Caracterização sociodemográfica

Esta secção é composta por quatro questões que permitem colher informação acerca da idade, sexo, nível de escolaridade e local onde foram prestados os cuidados de enfermagem ao adolescente.

Parte II – Inventário de Relações de Barrett-Lennard: Modelo OS-40

A necessidade de se criarem instrumentos de avaliação do processo terapêutico, coerentes com os conceitos básicos do modelo em construção, foi parcialmente resolvida, em 1959, quando Barrett-Lennard (1959), na sua tese de doutoramento, desenvolveu o seu Relationship Inventory. O inventário original encontra-se escrito na língua inglesa. Segundo Fortin (2009) “ A tradução de uma escala deve permitir a comparação dos conceitos entre respondentes pertencentes a culturas diferentes”. Por isso, o inventário foi traduzido para português e retraduzido para inglês, de acordo com orientação do autor, procedendo-se à comparação das 2 versões inglesas, não apresentando diferenças.

A qualidade das relações interpessoais foi avaliada através do Inventário Relações Interpessoais (IRI), um questionário de 40 itens de cotação directa e inversa. Este questionário foi desenvolvido com fins académicos e terapêuticos. Criado por Barrett-Lennard (1964) como primeira versão, de 64 itens, que seguidamente reformulou por outra versão com 40 itens (Barrett-Lennard, 1978). Cada versão tem dois formatos: “*other to wards self*”- OS e “*myself to the other*” MO. O Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI), ou Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard (1986), pode ser aplicado em dois sentidos: no sentido MO (myself to the other) (Barrett-Lennard, 1986, p. 447) ou no sentido OS (other to self) – que extrai as condições relacionais “baseadas nas percepções do cliente” (Barrett-Lennard, 1986, p.448),

Com a prévia autorização do autor (Anexo II), utilizámos a Forma: Forma OS-40 (other to wards self, 40 itens) - aplicada aos adolescentes, entre os 11 e 18 anos de idade (inclusive) submetidos a cuidados de enfermagem nas instituições de saúde de Viseu, a fim de conhecermos a percepção que estes têm sobre o processo de Relação de Ajuda com o Enfermeiro.

O inventário utilizado (OS-40) é um conjunto de quarenta afirmações pré-seleccionadas de experiências em relações particulares Enfermeiro/utente em idade

pediátrica. Estas quarenta afirmações vão realçar os níveis de empatia, congruência, respeito e incondicionalidade que constituem as dimensões da relação de ajuda.

As percepções sentidas entre os 2 intervenientes da relação de ajuda são, também, medidas mas só na resposta de um em relação ao outro, neste caso do utente em idade pediátrica em relação ao enfermeiro. Cada uma das quatro dimensões é percecionada através de um conjunto de dez afirmações, às quais é atribuída uma cotação. Destas dez afirmações estão organizadas em afirmações negativas e afirmações positivas, sendo:

- quatro afirmações negativas e seis afirmações positivas para o nível de respeito,
- cinco afirmações negativas e cinco afirmações positivas para a empatia,
- seis afirmações negativas e quatro afirmações positivas para a incondicionalidade e
- cinco afirmações negativas e cinco afirmações positivas para a congruência (quadro1).

No inventário são apresentadas de forma dispersa, constituindo um total de 40 afirmações, tendo sido mantida a mesma ordem de apresentação em relação ao original.

Quadro 1 - Forma OS: factores e números das afirmações que lhes correspondem

DIMENSÕES	AFIRMAÇÕES POSITIVAS	AFIRMAÇÕES NEGATIVAS
Nível de respeito	1; 5; 13; 21; 29; 37	9; 17; 25; 33
Compreensão empática	2; 10; 18; 26; 34	6; 14; 22; 30; 38
Incondicionalidade	7; 15; 27; 39	3; 11; 19; 23; 31; 35
Congruência	8; 12; 20; 24; 32	4; 16; 28; 36; 40

A resposta a cada afirmação é dada numa escala de seis níveis:

Quadro 2 - Possibilidade de resposta ao Inventário

-3	Não / Sinto fortemente que isso não é verdadeiro	+1	Sim / Sinto que é provavelmente verdadeiro ou mais verdadeiro do que falso
-2	Não / Sinto que não é verdadeiro	+2	Sim / Sinto que é verdadeiro.
-1	Não / Sinto que provavelmente é falso ou é mais falso do que verdadeiro.	+3	Sim / Sinto fortemente que isso é verdadeiro.

Cada afirmação é respondida numa escala, apresentada num contínuo de seis níveis em que +3 corresponde a sim, sentido como uma forte concordância e -3 corresponde a não, como uma forte discordância. A fim de medir o nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência, em relação às variáveis, cada colaborador tem que situar-se relativamente a cada uma das declarações, num ponto dos seis níveis apresentados.

Concluiu-se que o score de cada sub-escala pode variar entre -30 e 30 para a forma OS-40.

O score total da nossa escala pode variar entre 10 e 60, para cada dimensão, já que os valores foram por nós tratados de 1 a 6 em substituição do -3 a +3 descrito anteriormente, e tal como sugestão do autor, sendo o 1 o valor de forte discordância e o 6 o valor de forte concordância para cada resposta, indicando que quanto mais elevado o score, mais elevada a importância atribuída às dimensões da Relação de Ajuda.

Avaliamos as propriedades psicométricas do Inventário de Relações interpessoais de Barrett-Lennard, para a amostra em causa, através do estudo de fiabilidade. Determinamos a consistência interna/homogeneidade do inventário através do alpha de Cronbach.

O alpha de Cronbach permite-nos avaliar como diversos itens pertencentes a uma escala se correlacionam com os restantes. Os valores do coeficiente de alpha de Cronbach segundo Pestana e Gageiro (2005) oscilam entre 0 e 1, sendo a consistência

considerada >0,9 muito boa, entre 0,80 e 0,90 boa, entre 0,70 e 0,80 razoável, entre 0,60 e 0,70 fraca e < 0,60 inadmissível.

Considerados os resultados obtidos que se configuram na quadro 3 onde são apresentadas as estatísticas, como a média e o desvio padrão e os valores de alpha de Cronbach, observamos que os valores médios oscilam entre 2,61 do item 19 e 5,44 do item 1.

Todos os itens com excepção do item 1 e 2 revelam elevada variabilidade tendo em consideração a dispersão encontrada. Quanto ao coeficiente de alfa de Cronbach global dos 40 itens o valor mínimo encontrado foi de 0,771 e o máximo de 0,805 o que representa uma razoável consistência interna de acordo com a classificação adoptada por Pestana e Gageiro (2005).

Quadro 3 - Consistência interna do questionário

	Questão	Média	Dp	α sem item
1	_____ respeita-me.	5,44	0,647	0,781
2	_____ normalmente sente ou compreende o que eu estou a sentir.	4,63	0,996	0,781
3	O interesse do _____ por mim, depende das minhas palavras ou acções (ou da forma como eu actuo).	3,11	1,458	0,791
4	Eu sinto que o _____ assume um papel diferente quando está comigo.	3,63	1,587	0,792
5	_____ gosta verdadeiramente de mim.	4,31	1,276	0,780
6	_____ reage às minhas palavras mas não percebe como me sinto.	3,70	1,410	0,780
7	Quer eu esteja feliz ou infeliz comigo própria/o, isso não faz qualquer diferença no modo como _____ se sente em relação a mim.	3,98	1,487	0,794
8	_____ não evita nada que seja importante para a nossa relação.	4,44	1,323	0,779
9	_____ sente indiferença por mim.	4,43	1,419	0,781
10	_____ quase sempre percebe exactamente o que eu quero dizer.	4,32	1,200	0,778
11	Dependendo do meu comportamento em situações diferentes, _____ tem melhor (ou pior) opinião sobre mim.	3,18	1,380	0,787
12	Eu sinto que _____ é autêntico/a comigo.	4,65	1,252	0,773

13	Sinto-me valorizada/o e apreciada/o por _____.	4,24	1,255	0,775
14	A própria atitude do _____ em relação às coisas que eu faço ou digo interfere com a forma como ele me compreende.	2,98	1,295	0,793
15	Independentemente do que digo sobre mim próprio/a, _____ gosta (ou não gosta) de mim de igual modo.	4,35	1,262	0,783
16	_____ mantém-se calado/a acerca das suas reais impressões e sentimentos.	3,23	1,604	0,784
17	_____ acha-me aborrecida/o e desinteressante.	4,44	1,405	0,777
18	_____ compreende o que quero dizer mesmo quando eu tenho dificuldade em dizê-lo.	4,51	1,171	0,775
19	_____ quer que eu seja uma pessoa especial.	2,61	1,377	0,805
20	_____ tem vontade de dizer o que pensa sobre mim, incluindo sentimentos acerca de qualquer um de nós ou a forma como nos relacionamos.	3,64	1,494	0,786
21	_____ preocupa-se comigo.	4,98	1,080	0,775
22	_____ não ouve e não se apercebe o que eu penso ou sinto.	4,57	1,346	0,776
23	_____ gosta de algumas coisas em mim e há outras coisas das quais não gosta.	3,28	1,378	0,778
24	_____ é abertamente ele/a próprio/a na nossa relação.	4,34	1,197	0,776
25	Eu sinto que _____ não aprova a minha maneira de ser.	4,59	1,206	0,779
26	_____ normalmente compreende tudo o que quero dizer.	4,35	1,261	0,771
27	Mesmo que os pensamentos que eu exprimo sejam «bons» ou «maus» isso não faz qualquer diferença para o que _____ sente por mim.	4,18	1,265	0,780
28	Por vezes _____ não se sente nada confortável mas os dois continuamos, aparentemente ignorando essa situação.	3,58	1,529	0,777
29	_____ é simpático/a e carinhoso/a comigo	4,86	1,230	0,775
30	_____ não me compreende.	4,69	1,236	0,773
31	_____ aprova algumas das minhas coisas (ou algumas das minhas formas de estar) e manifestamente desaprova outras coisas (ou formas como me expresso).	3,21	1,293	0,792
32	Eu penso que _____ sabe sempre exactamente o que sente em relação a mim; não encobre.	4,03	1,246	0,775
33	_____ apenas me tolera.	3,81	1,404	0,776
34	_____ aprecia com exactidão o que sinto com as minhas experiências de vida.	4,11	1,278	0,782
35	Por vezes sou mais importante e valorizada/o aos olhos de _____ do que outras vezes	3,97	1,318	0,788

36	Por vezes sinto que a resposta exterior de _____ em relação a mim é bastante diferente do que sente interiormente.	3,64	1,340	0,780
37	_____ sente afecto por mim.	3,80	1,381	0,778
38	A reacção de _____ em relação a mim é tão automática e fixa que não consigo chegar até ele/a.	4,01	1,521	0,778
39	Eu não penso que alguma coisa que eu diga ou faça mude realmente a forma como _____ se sente em relação a mim	3,41	1,491	0,791
40	Eu acredito que _____ tem sentimentos que não me diz para que a nossa relação não seja afectada.	3,46	1,569	0,790
Coefficiente de Cronbach global		= 0,786		

Também efectuamos a Matriz de correlação de Pearson pela análise do quadro 4 constatamos que a subescala Respeito estabelece uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a Empatia e com a Congruência, o que permite afirmar que a melhores índices de empatia correspondem melhores índices de congruência ou vice-versa. Por outro lado entre a incondicionalidade e empatia e incondicionalidade e congruência as correlações são fracas positivas e não significativas. Também entre a incondicionalidade e respeito se verifica uma correlação fraca negativa e não significativa o que leva a afirmar que quando aumenta o respeito diminuiu a incondicionalidade ou vice-versa.

Quadro 4 - Correlação de Pearson entre as dimensões da relação de ajuda

	Respeito	Empatia	Incondicionalidade
Empatia	0,656**	--	
Incondicionalidade	-0,013n.s.	0,080 n.s.	--
Congruência	0,560**	0,504**	0,079 n.s.

** A correlação é significativa no nível 0,01

3.6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS

Todos os procedimentos devem ser efectuados segundo uma rigorosa conduta ética. “ Quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa. As decisões conformes à ética são as que fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência” Fortin (2009, p. 180).

Antes da aplicação do instrumento de colheita de dados foi efectuado pedido formal de autorização à realização do estudo ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, bem como às USF seleccionadas a fim de obter consentimento para a realização do estudo (Anexo V).

A colheita de dados foi efectuada pela investigadora, tendo sido garantido o anonimato e incluiu-se uma nota introdutória no questionário com o intuito de apresentar as investigadoras, dar instruções de preenchimento e transmitir o objectivo do estudo. Como tal, pressupõe-se o consentimento informado do participante no estudo, através do preenchimento livre e esclarecido do questionário.

Todos os participantes no estudo o fizeram de uma forma voluntária. O direito a um tratamento justo e equitativo que se refere ao direito que o sujeito tem de ser informado sobre a natureza da investigação para a qual é solicitado, assim como os métodos utilizados no estudo. Fortin (2009). Todos os participantes foram esclarecidos acerca do estudo e da importância deste e da disponibilidade dos dados para futura consulta.

Para este estudo optou-se pela aplicação de um instrumento de colheita de dados do Dr. Barret-Lennard, já validado para a população australiana.

Obtivemos autorização formal do autor (Anexo II). O questionário foi por nós traduzido de inglês para português e de português para inglês, segundo as orientações do autor (Anexo III) e assegurados os procedimentos de aplicabilidade: tradução segundo as recomendações, submissão a reflexão com um grupo de adolescentes, algumas alterações à tradução inicial e posterior aplicação na pesquisa tendo sido testada a sua compreensão através do preenchimento por colaboradores não incluídos no estudo e efectuadas as correcções necessárias. Consideramos este procedimento um pré-teste de validação da aplicabilidade do instrumento para o nosso estudo.

Perante a população envolvida no estudo bem como as Instituições comprometemo-nos que seria garantida a completa confidencialidade quaisquer que fossem os resultados, e

que, todo o trabalho seria desenvolvido de forma a não perturbar o seu normal funcionamento.

3.7. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Após a colheita de dados, efectuamos a análise a todos os questionários, no propósito de excluirmos aqueles que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e inserção na base de dados para se proceder ao tratamento estatístico.

Na análise de dados recorreu-se a métodos da estatística descritiva e inferencial. Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*, para o *Windows*). Para uma melhor interpretação e análise dos resultados, os dados são apresentados em tabelas. “A análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de estes estatísticos. Esta visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação” Fortin (2009, p.410).

Relativamente à estatística descritiva, como medidas estatísticas foram utilizadas frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio padrão), bem como medidas de simetria e achatamento, de acordo com as variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2, a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a +2, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda. Pestana e Gajeiro (2005).

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão (EP). Deste se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, se pelo contrário K/EP for inferior a -2, a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a +2, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de

normalidade de kolmogorov-Sminorv, Skewness e kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

No que respeita à estatística inferencial, recorreu-se a técnicas paramétricas e não paramétricas, destacando-se os seguintes testes: teste t-student, teste One-Way ANOVA, teste Post-Hoc de Turkey e Teste de Krustal-Wallis. As análises estatísticas inferenciais vão além das análises descritivas, pois permitem generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população Fortin (2009).

- **Teste t de Student** – é um teste paramétrico que serve para determinar a diferença entre as médias de duas populações relativamente uma variável aleatória contínua Fortin (2009).
- **Análise de variância a um factor (ANOVA)** – consiste em comparar de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes. Ou seja analisa o efeito de um factor na variável endógena (quantitativa), testando se as médias da variável em cada categoria é a do factor são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si Pestana e Gageiro (2005).
- **Teste de Kruskal-Wallis** – é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal. Usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização, permitindo ver se existem diferenças nos pós teste entre três ou mais condições experimentais Pestana e Gageiro (2005).

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2005), do seguinte modo:

Quadro 5 - Coeficiente de Variação e Classificação do Grau de dispersão

Coeficiente de Variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
>30%	Dispersão alta

Os critérios de decisão baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a questão se a probabilidade for inferior a 0,005 e rejeitando-se se superior a esse valor Pestana Gageiro (2005). Na análise inferencial foram utilizados os seguintes níveis de significância:

$p \geq 0.05$ - diferença estatística não significativa (n.s.);

$p < 0.05$ - diferença estatística significativa;

$p < 0.01$ - diferença estatística bastante significativa;

$p < 0.001$ - diferença estatística altamente significativa.

Concluídas as considerações metodológicas, inicia-se o capítulo seguinte, referente à apresentação e análise dos resultados.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo pretende-se apresentar os resultados obtidos, em função de toda a informação recolhida. Para a apresentação adequada dos dados obtidos, recorreu-se ao uso de tabelas com os dados estatísticos, os quais serão antecidos da respectiva análise.

Com vista a facilitar a interpretação e compreensão dos dados colhidos passamos à sua apresentação e análise, que será efectuada "(...) com o objectivo de responder às questões de investigação" referenciando Fortin (2009, p.410).

Idade

Nas estatísticas relacionadas com a idade dos participantes podemos verificar que esta se situa entre os 11 e os 18 anos, estando a média centrada nos 14,34 com um desvio padrão a oscilar em torno do valor médio de 1,80 anos.

A idade mínima dos adolescentes do sexo feminino é de 11 anos e a máxima é de 18 anos, centrando-se a média nos 14,29, com um desvio padrão de 1,91. Para os adolescentes do sexo masculino, a média de idade centra-se nos 14,41, com um desvio padrão de 1,65. Quanto aos coeficientes de variação regista-se uma dispersão fraca e no que respeita à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição da idade dos adolescentes em ambos os sexos e para a globalidade da amostra é simétrica e mesocúrtica. Por último, no que se refere ao teste de aderência à normalidade (Ks), como p-value é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos presente uma distribuição normal.

Referente ao coeficiente de dispersão, esta apresenta uma dispersão fraca. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da idade dos adolescentes do sexo masculino é simétrica e mesocúrtica. Por último, no que se refere ao teste da normalidade (Ks), como p-value é inferior a 0,05 verifica-se que a distribuição não é normal.

Tabela 2 - Estatística relativas à idade segundo o sexo

Sexo	Min.	Máx.	\bar{X}	DP	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Feminino	11	18	14,29	1,91	13,37	1,485	-1,542	0,000
Masculino	11	18	14,41	1,65	11,45	0,368	-1,120	0,000
Total	11	18	14,34	1,80	12,55	1,407	-1,892	0,000

Realizamos o t-teste, para amostras independentes com o intuito de se verificar se a idade diferia em relação ao sexo. Os resultados incertos na tabela 3 indicam-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, as duas variáveis são independentes.

Tabela 3 - tabela t-teste

	\bar{X}	DP	Levene (h)	T	p
Feminino	14,29	1,91	0,138	0,467	0,641
Masculino	14,41	1,65			

A tabela 4 sintetiza os resultados obtidos entre as variáveis demográficas e o sexo. Constatamos que quanto à **idade**, 37,2% dos adolescentes têm menos de 13 anos, 35,2% entre 14 e 15 anos e numa percentagem de 27,6% surgem os adolescentes com uma idade igual ou superior a 16 anos de idade.

Analisando a idade em função do **sexo** verificamos maiores níveis percentuais a nível do sexo feminino nos adolescentes com idade igual ou inferior a 13 anos e nos adolescentes com idade igual ou superior a 16 anos, enquanto os adolescentes com idades entre os 14 e os 15 anos apresentaram maiores valores percentuais no sexo masculino. Refira-se no entanto que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($\chi^2 = 0,955$; $p = 0,620$).

No referente ao **nível de escolaridade** podemos observar que mais de metade da amostra, numa percentagem de 63,8% possui o 3º Ciclo, 32,2% dos adolescentes possuem o Secundário e numa percentagem de apenas de 4,0% surgem os adolescentes que possuem o 2º Ciclo. Os adolescentes com o 2º Ciclo em consonância com os adolescentes que

possuem o Secundário são maioritariamente do sexo masculino (4,4%; 36,3%), enquanto os adolescentes que possuem o 3º Ciclo (67,6%), pertencem ao sexo feminino. Aponta-se ainda o facto de não terem existido diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1,463$; $p = 0,481$).

Sendo observável que os adolescentes que possuem o 2º ciclo são maioritariamente do sexo masculino enquanto que os que possuem o 3º ciclo do sexo feminino estes resultados vão ao encontro dos dados do Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011), que regista scores relativos ao sexo feminino de nível de escolaridade mais elevado completo de 5 514 227 contra 5 047 387 do sexo masculino.

No que diz respeito ao **local onde foram prestados cuidados de Enfermagem** podemos referir que níveis percentuais mais elevados surgiram no Centro de Saúde com uma percentagem de 75,4%, sendo que destes a maioria das crianças era do sexo masculino (76,9%), seguido pela Pediatria com uma percentagem de 10,1%, tendo neste caso os adolescentes do sexo feminino surgido em maior percentagem (11,1%) mas não se observam significâncias estatísticas conforme resultado do teste de qui quadrado. ($\chi^2 = 0,440$; $p = 0,979$).

Estes dados podem ser justificados pelo estudo de DiClemente, Hansen e Ponton (1996 cit. por Azevedo 2010) referindo que de facto, os adolescentes são normalmente saudáveis e a sua saúde é particularmente dependente dos comportamentos adoptados, influenciados pelo ambiente em que o adolescente se insere. Na nossa perspectiva justificam-se os scores mais elevados no centro de saúde já que é aí que os adolescentes vão fazer a sua Promoção para a Saúde. Maia (2008) refere que a população dos (10-19) anos, é a mais saudável por apresentar menos taxa de mortalidade e morbidade, sendo, no entanto, perturbador o seu bem-estar devido às características do seu próprio desenvolvimento físico e psicossocial.

Quanto aos **grupos de aplicação** podemos observar que 35,2% pertencem ao Hospital/USF e 64,8% pertencem às Escolas. Observamos ainda que as percentagens em ambos os sexos foram as mesmas e que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p = 0,998$.

Tabela 4 - Descritiva das Variáveis Demográficas

	Feminino		Masculino		Total		X ²	P
	N	%	N	%	n	%		
Idade								
≤ 13 Anos	43	39,8	31	34,1	74	37,2	0,955	0,620
14 – 15 Anos	35	32,4	35	38,5	70	35,2		
≥ 16 Anos	30	27,8	25	27,5	55	27,6		
Nível de escolaridade								
2º Ciclo	4	3,7	4	4,4	8	4,0	1,463	0,481
3º Ciclo	73	67,6	54	59,3	127	63,8		
Secundário	31	28,7	33	36,3	64	32,2		
Local onde foram prestados cuidados								
Urgência pediátrica	3	2,8	3	3,3	6	3,0	0,440	0,979
Consulta externa	3	2,8	2	2,2	5	2,5		
Centro de Saúde	80	74,1	70	76,9	150	75,4		
Exames especiais	10	9,3	8	8,8	18	9,0		
Pediatria	12	11,1	8	8,8	20	10,1		
Grupos de aplicação								
Hospital/USF	38	35,2	32	35,2	70	35,2	0,000	0,998
Escolas	70	64,8	59	64,8	129	64,8		

Dimensões da Relação de Ajuda

Após a obtenção das pontuações das Escalas de Nível de Respeito, Compreensão Empática, incondicionalidade do Respeito e Congruência, vamos proceder à análise descritiva e inferencial dos resultados.

Em relação a dimensão “**Nível de Respeito**” obtivemos um score mínimo de 24,00 e um máximo de 59,00, a média centra-se nos 44,92, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 6,71.

No concernente à dimensão “**Compreensão Empática**” verificou-se um score mínimo é de 21,00 e um máximo de 56,00, sendo que a média se centra nos 41,89, com um desvio padrão de 6,38. Em relação à dimensão “**Incondicionalidade de respeito**” podemos referir que esta apresentou um score mínimo de 22,00 e um máximo de 50,00, com uma média de 35,28 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 5,14. Por último, e tendo em conta a dimensão “**Congruência**” observou-se um score mínimo de 18,00 e um máximo de 58,00, com uma média de 38,63 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 6,27.

Os coeficientes de variação revelam-se moderados para todos os domínios da relação de ajuda e os valores de assimetria e curtose curvas gaussianas excepto para a congruência em que a curva tende a ser leptocurtica e enviesada à esquerda. Finalmente, o

teste da normalidade (Ks), indica-nos que não estamos perante uma distribuição normal, pois o valor de p é inferior a 0,050 em todas as dimensões da escala.

Barrett- Lennard (1986) refere que níveis mais altos de empatia tendem a acompanhar níveis relativamente altos de respeito e de congruência e raramente estão associados a baixa incondicionalidade, o que se revela compatível com os resultados por nós obtidos, tendo a incongruência obtido valores máximos de 50. Os autores consideram que na maioria das relações passageiras, as expectativas dos que respondem às questões da incondicionalidade recaem na forma como os outros responderiam e estariam numa relação “face a face” e constituem uma grande parte de respostas a esta sub-escala. Consideramos existir grande possibilidade de que os nossos adolescentes se tenham centrado em situações relacionais de curta duração.

Segundo Barrett-Lennard, citado por Frade (1999), é muito improvável encontrar resultados semelhantes nas diferentes subescalas, uma vez que reflectem sentimentos distintos, sendo o respeito por norma o factor que apresenta médias mais elevadas, o que se verifica com um score máximo de 59 e mínimo de 24. O autor também estabelece valores que dão indicação sobre níveis adequados de Relação de Ajuda, esclarecendo no entanto que não têm a finalidade de classificar níveis de Relação de Ajuda mas, de uma determinada qualidade (empatia, coerência, respeito, incondicionalidade) no sujeito ou no grupo, como é o caso do presente estudo (grupo de adolescentes).

Segundo Melo (2008), a relação de Ajuda é a vertente dos Cuidados de Enfermagem cada vez mais valorizada. Daí a necessidade de se realizarem estudos no sentido de nos apercebemos da percepção que os utentes têm em relação aos cuidados de enfermagem e aos seus cuidadores.

Já a empatia, condição considerada por vários autores como fundamental na relação enfermeiro/utente, traduzindo um sentimento de reconhecimento pelo doente, pela pessoa que é, as médias são elevadas, situando-se no valor de 56, com uma média de 41,89.

Tabela 5 - Estatística relativa ao Inventário de Relações de Barrett-Lennard: Modelo OS-40

	Min.	Máx.	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	KS
Nível de Respeito	24,00	59,00	44,92	6,71	14,94	-1,659	-0,134	0,017
Compreensão Empática	21,00	56,00	41,89	6,38	15,23	-1,763	-0,035	0,011
Incondicionalidade	22,00	50,00	35,28	5,14	14,57	0,561	0,398	0,014
Congruência	18,00	58,00	38,63	6,27	16,23	2,017	3,593	0,000

4.1. ANÁLISE INFERENCIAL

Efectuada a análise descritiva das variáveis que constituem o instrumento de medida no capítulo anterior iremos neste capítulo proceder à análise inferencial no sentido de dar resposta às questões de investigação que formulamos e que foram apresentadas no decurso da metodologia.

A primeira questão procurava saber:

Em que medida o local da prestação de cuidados interfere com as relações interpessoais (nível de respeito; compreensão empática; incondicionalidade; congruência)?

Para avaliar a relação existente entre os adolescentes que submetidos directamente a cuidados de enfermagem e os que já experienciaram essa vivência com as relações interpessoais, foi realizado um teste de t-student para amostras independentes

Do quadro 6, ressalta que o grupo pertencente ao hospital/USF possui médias mais elevadas nas dimensões **nível de respeito e compreensão empática** enquanto os elementos pertencentes ao grupo da Escola, registaram índices médios mais elevados nas dimensões **incondicionalidade e congruência**. Barrett-Lennard corrobora afirmando que numa relação muito casual ou superficial, estes conceitos não teriam nenhum significado. Averiguou-se porém que as diferenças não são estatisticamente significativas rejeitando-se por isso a questão enunciada.

No estudo de Schimdtetall (2007), realizado a crianças/jovens dos 5 aos 18 anos, a percepção destas sobre as acções dos enfermeiros está relacionada com a atitude

afectuosa positiva, o humor, a atitude protectora de defesa, bem como o reconhecimento das singularidade da criança e a confiança.

Outro estudo de Randall, Brook & Stammers (2008) no Reino Unido, corrobora com o anterior no sentido em que as crianças e adolescentes atribuíram o significado de “bom enfermeiro” àquele com uma atitude profissional como: calma, caring (carinhosa), corajosa, envolvida e defensora dos direitos das crianças. As acções de “bom enfermeiro”, são traduzidas para aqueles que ouvem e falam com calma, mostram interesse e explicam, não fazem julgamentos, brincam e divertem-se com as crianças.

Pelander, Leino-Kilpi e Katajisto (2007) num estudo sobre hospitalização, demonstraram que as crianças avaliam positivamente os enfermeiros perante as suas atitudes de comunicação activa e de cuidados prestados com afecto (caring), este estudo refere ainda que as crianças perspectivam as atitudes do enfermeiro como um contributo essencial para a vivência de uma hospitalização positiva, com menor sofrimento, e quando se sentem receosas, a presença dos enfermeiros contribuiu para apaziguar os receios relativos à hospitalização.

Quadro 6 - Teste de t-student aplicado entre o grupo de aplicação e as relações interpessoais

Grupo de Aplicação	USF/ Hospital		Escolas		Levene	t	P
	M	Dp	M	Dp			
Nível de Respeito	45,13	6,17	44,79	6,99	0,266	0,339	0,735
Compreensão Empática	42,48	5,76	41,54	6,67	0,224	0,997	0,320
Incondicionalidade	35,06	5,52	35,39	4,91	0,384	-0,444	0,658
Congruência	38,00	5,79	38,96	6,51	0,449	-1,038	0,302

A segunda questão de investigação procurava indagar:

De que modo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade) interferem com as relações interpessoais (nível de respeito; compreensão empática; incondicionalidade; congruência)?

Analisando os resultados obtidos com o teste de t-student apurou-se que os sujeitos do sexo feminino têm médias mais elevadas nas dimensões nível **de respeito, compreensão empática e congruência**, comparativamente aos sujeitos do sexo masculino, Já os participantes do sexo masculino do sexo masculino obtiveram médias mais elevadas na dimensão **incondicionalidade** mas constatamos não existirem diferenças estatisticamente significativas o que nos leva a afirmara que as variáveis em estudo são independentes.

Quadro 7 - Teste de t-student entre o sexo e as relações interpessoais

Dimensões	Sexo	Feminino		Masculino		Levene	t	P
		M	Dp	M	Dp			
Nível de Respeito		44,94	7,11	44,86	6,20	0,314	0,080	0,936
Compreensão Empática		42,05	6,30	41,63	6,47	0,839	0,436	0,663
Incondicionalidade		35,24	5,11	35,31	5,16	0,975	-0,107	0,915
Congruência		39,16	6,61	38,00	5,82	0,357	1,308	0,192

Procuramos identificar se a **idade** influencia as relações interpessoais, utilizando-se para o efeito o teste One-Way ANOVA. Constatamos que os participantes com idade igual ou inferior a 13 anos possuem médias mais altas nas dimensões nível de respeito, compreensão empática e congruência com diferenças estatísticas significativas e os participantes entre os 14 e os 15 anos na dimensão incondicionalidade, o que nos leva a aceitar parcialmente a questão formulada.

O teste post hoc de Tukey indica que as diferenças se situam em relação ao respeito e a congruência nos participantes com idade igual ou inferior a 13 anos e superior ou igual a 16 anos. Para a compreensão empática não se observam diferenças dentro dos grupos em estudo.

Como nos refere Gesell (1996, citado por Maia 2008, p. 23), que "...os esquemas da personalidade de um jovem que está a desenvolver-se dependem, em grau significativo, de interacções com outras personalidades". Estas interacções são muito diversificadas e variam de acordo com as suas emoções e de como está o seu EU em desenvolvimento. As mudanças de atitude, de acordo com a idade, traduzem esquemas de comportamentos interpessoais diferentes, sofrendo também influência do ambiente cultural circundante.

Quadro 8 – Teste ANOVA e testes post-hoc para a idade e as relações interpessoais

Idade	≤ 13 Anos		14-15 Anos		≥ 16 Anos		F	P	%VE	1vs.2	1vs.3	2vs.3
	M	Dp	M	Dp	M	Dp						
Nível de Respeito	46,72	6,59	43,80	6,71	43,87	6,39	4,505	0,012	45,0	0,22	0,041	0,998
Compreensão empática	43,08	6,91	41,21	5,85	41,09	6,08	2,145	0,120	40,7	0,183	0,184	0,994
Incondicionalidade	34,63	5,15	36,52	4,58	34,54	5,50	3,302	0,039	26,4	0,067	0,995	0,079
Congruência	39,86	6,82	38,98	5,44	36,52	6,03	4,814	0,009	39,3	0,670	0,007	0,072

Analisando os resultados relativos ao nível de escolaridade, o teste de Kruskal-Wallis (quadro 9), indica-nos que os participantes com o **2º ciclo** possuem ordenações médias mais elevadas nas dimensões **nível de respeito e incondicionalidade** e os participantes com o **3º ciclo** nas dimensões **compreensão empática e congruência**. Registam-se significâncias estatísticas entre o nível de escolaridade e as dimensões **nível de respeito, compreensão empática e congruência**, ou seja, a escolaridade estabelece relação de dependência com estas variáveis.

Quadro 9 -Teste de Kruskal-Wallis entre o nível de escolaridade e as relações empáticas

Nível de escolaridade	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	KW	P
	OM	OM	OM		
Nível de Respeito	130,56	112,91	70,57	25,411	0,000
Compreensão empática	109,06	111,01	77,02	15,075	0,001
Incondicionalidade	119,06	98,36	100,88	0,999	0,607
Congruência	90,69	112,57	74,88	18,627	0,000

Com o intuito de compreender se existe, ou não, uma relação entre o local onde foram prestados os cuidados e as relações interpessoais, realizamos o teste de Kruskal-Wallis

(quadro10). Observamos que os participantes que receberam cuidados na **consulta externa** obtiveram ordenações médias mais elevadas na dimensão **nível de respeito**; os que receberam cuidados nos **exames especiais** tiveram médias mais altas na dimensão **compreensão empática**, os que receberam cuidados no centro de saúde obtiveram médias mais elevadas nas dimensões **incondicionalidade e congruência**, relacionado como foi afirmado anteriormente por ser uma relação casual e superficial, de pouca permanência.

Os valores indicam-nos que não existem diferenças significativas entre o local onde foram prestados os cuidados e as relações interpessoais, o que nos permite afirmar que as variáveis em estudo são independentes.

De acordo com estudo de hospitalização (Pelander, Leino-Kilpi & Katajisto, 2007 citado por Paulo et al. 2010, p.77), realizada a crianças, estas perspectivam as atitudes do enfermeiro como sendo um contributo essencial para a vivência de uma hospitalização positiva, com menor sofrimento e sem alteração drástica das suas actividades diárias, e quando se sentem receosas a presença dos enfermeiros contribui para apaziguar os receios relativos à hospitalização.

Segundo estudo de Guzman (2000) adolescentes referiram falta de acolhimento e atenção durante o internamento, em relação ao atendimento de enfermagem prestado.

Verificamos que há uma certa crítica quanto a postura de alguns profissionais e que o relacionamento com a equipe de enfermagem é tumultuado e, às vezes, ambíguo. Por todas as peculiaridades que fazem parte da adolescência, não é raro encontrarmos profissionais de saúde que relutem em assistir adolescentes. Segundo Gauderer (1991 citado por Guzman 2000) quando um adolescente é atendido por alguém que não goste dele obviamente sofrerá mais danos, directa ou indirectamente, do que por alguém com real interesse por ele.

Quadro 10 - Teste de Kruskal-Wallis entre o local onde foram prestados os cuidados e as relações de ajuda

Local	Urgência pediátrica	Consulta externa	Centro de Saúde	Exames Especiais	Pediatria	KW	P
Dimensões	OM	OM	OM	OM	OM		
Nível de Respeito	83,33	145,40	100,45	81,06	107,30	5,904	0,206
Compreensão empática	103,50	109,70	96,78	111,58	110,28	2,004	0,735
Incondicionalidade	79,50	86,90	103,02	84,92	100,38	2,677	0,613
Congruência	55,00	79,00	102,42	94,38	100,43	4,806	0,308

5 – CONCLUSÃO

Todo o indivíduo existe num mundo de experiência do qual é o centro e que está em permanente mudança

Rogers (1974)

Chegados ao término deste estudo, cabe-nos agora efectuar uma análise sobre os resultados que motivaram algumas questões, e que convidam à reflexão.

A realização desta investigação foi uma oportunidade de grande aprendizagem. Sabíamos à partida que este não seria um tema fácil de abordar, pois o facto de ser ainda pouco explorado em Portugal torna difícil compararmos resultados.

A finalidade principal foi compreendermos qual a percepção que os adolescentes têm sobre a relação de ajuda nos cuidados que lhe são prestados. A "percepção" é entendido como "o significado que a pessoa dá a tudo aquilo que ocorre dentro e fora dela própria"(Giordani, 1998, p. 50). A percepção é de fundamental importância para a equipa de enfermagem, pois constitui uma base para a interpretação dos cuidados de enfermagem, favorecendo a melhoria de contínua de cuidados.

Daí que da investigação efectuada pretendemos neste capítulo evidenciar os resultados mais significativos e que nos permitem tirar algumas conclusões:

- As idades dos participantes situam-se entre os 11 e os 18 anos, estando a média centrada nos 14,34, sendo 54,3% do sexo feminino e 45,7% do sexo masculino.
- 37,2% dos adolescentes possuem idade igual ou inferior a 13 anos.
- 35,2% dos adolescentes possuem idades entre os 14 e 15 anos
- 27,6% dos adolescentes possuem idades superior ou igual a 16 anos.
- Quanto à escolaridade, 63,8%, possuem o 3º ciclo, 32,2% possuem o secundário e 4,2% possuem o 2º ciclo. Os adolescentes com possuem o 2º ciclo e o secundário são maioritariamente do sexo masculino.
- Quanto ao local onde foram prestados os cuidados surge o centro de Saúde com uma percentagem mais elevada (75,4%) e do sexo masculino, seguindo-se a Pediatria com uma percentagem de 10,1% e do sexo feminino.

- Quanto às dimensões: **Nível de Respeito** apresentou um score mínimo de 24 e um máximo de 59. **A compreensão empática** verificou um score mínimo de 21 e um máximo de 56. **A incondicionalidade de respeito** obteve um score mínimo de 22 e um máximo de 50. A nível da **Congruência**, o score mínimo foi de 18 e um máximo de 58. O que se depreende que os adolescentes têm uma percepção elevada sobre os cuidadores de enfermagem em relação ao nível e respeito e compreensão empática, havendo necessidade de ser mais trabalhada a incondicionalidade de respeito e a congruência.
- Os participantes do sexo feminino obtiveram médias mais elevadas nas dimensões respeito, **compreensão empática e congruência**. Os participantes do sexo masculino por sua vez obtiveram médias mais elevadas na dimensão **incondicionalidade**.
- Os participantes com idade igual ou inferior a 13 anos, possuem médias mais altas nas dimensões nível de respeito, compreensão empática e congruência, enquanto que adolescentes com idades entre os 14 e 15 anos possuem médias mais elevadas na dimensão incondicionalidade.
- Adolescentes que frequentam o **2º ciclo** evidenciam as dimensões **nível de respeito e incondicionalidade**, enquanto os participantes com **3º ciclo** evidenciam as dimensões **compreensão empática e congruência**, que se justifica pelo desenvolvimento cognitivo do adolescente nesta fase dando valor à relação de confiança.
- Os participantes que receberam cuidados na **consulta externa** obtiveram médias mais elevadas na dimensão nível de respeito, os que receberam nos **exames especiais** obtiverem médias mais elevadas a nível da compreensão empática e os que receberam cuidados no **centro de saúde** obtiveram médias mais elevadas nas dimensões incondicionalidade e congruência.

Este trabalho apresentou algumas limitações, das quais salientamos o facto de não ter sido possível uma participação mais alargada de adolescentes nos serviços de Pediatria, urgência Pediátrica, Exames Especiais e USF.

Algumas foram as dificuldades, a principal foi a escassez de bibliografia para fomentar a nossa discussão, uma vez que existem poucos estudos que nos sirvam de comparação de resultados. No entanto o escasso número de artigos referentes ao estudo não representou obstáculo à investigação, contrariamente, revela e reafirma a necessidade acrescida de exploração da temática em estudo.

Implicações para a prática

Como foi dado a observar durante o trabalho, o cuidar de adolescentes requer uma actualização constante da equipa de enfermagem, pelo que as práticas de reflexão em equipa devem constituir-se como uma boa prática, quer na redefinição de estratégias de intervenção como suporte emocional dos profissionais.

O enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria poderá ser entendido como um perito na concepção, na gestão e na prestação dos cuidados à criança/jovem e família, daí todo o interesse das Instituições de Saúde apostarem na colocação destes especialistas nos respectivos postos de trabalho.

O cuidar implica maturidade, na medida em que a pessoa que cuida precisa de saber descentrar-se dela própria para identificar e tomar consciência das necessidades do outro, nesse sentido haverá toda a vantagem no investimento da formação contínua em enfermagem, promoção de encontros temáticos, elaboração de projectos de investigação em local de trabalho. O enfermeiro chefe, enquanto agente de mudanças, junto da equipa deve criar estratégias de motivação e compreensão pelos esforços despendidos dos elementos da sua equipa.

No cuidado a adolescentes o enfermeiro deve sempre incluir a família, fomentar a parceria de cuidados. Este deve cativar a confiança do adolescente, estabelecendo uma relação de empatia, desenvolvendo laços de confiança permitindo facilitar a missão de identificar os problemas, ouvir, esclarecer dúvidas e implementar o cuidado adaptado.

Transversalmente parece-nos necessário referir no final deste estudo que os enfermeiros estão atentos à Relação de Ajuda, pois para tratar de adolescentes requer uma capacidade relacional determinante que foi verificada pelos resultados apresentados.

Parece poder concluir-se que embora reconhecendo algumas limitações, os objectivos do nosso estudo foram atingidos. Consideramos que os resultados deste estudo poderão complementar futuras investigações, bem como servir de suporte para intervenções na área da Saúde Infantil, baseando as práticas na evidência científica. Será importante divulgá-los tanto a nível da comunidade científica como da população em geral.

Este trabalho não será uma obra acabada, mas um capítulo encerrado, passível de futuras alterações. Não poderíamos terminar este estudo sem expressar o nosso sincero agradecimento a todos aqueles que estiveram envolvidos em todo este processo de enriquecimento profissional e pessoal.

Helena Maria Cardoso Leitão Loureiro

BIBLIOGRAFIA

- Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Almeida, A & Miguel, I. (2010). *Representações sociais da adolescência*. In *Crianças e Adolescentes – uma abordagem multidisciplinar* (p. 203). Coimbra: Almedina.
- Alves, F. (2005). *Interpretação do Cuidar Face à morte*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Acedido em 24 de Março 2012, em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/245/1/DM.pdf>
- Amaral, N.M.F. (2009). *Parceria de cuidados entre enfermeiros e a pais de Recém-nascidos prematuros internados – a visão dos enfermeiros*. Tese de mestrado. Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido em 20 Fevereiro de 2012 em <http://repositorio.aberto.up.pt/bitstream/10216/20148/2/Dissertao%20mestrado%20Parceria%20de%20cuidados%20entre%20enfermeiras%20e%20pais%20de%20recmnascidos%20prematuros%20internados.pdf>
- Armond, L. C. (1996). *Buscando compreender o fenómeno da hospitalização para o adolescente*. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte. Acedido em 11 Março 2012 em <http://www.enfermagem.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/LindalvaCarvalho.pdf>.
- Barrett-Lennard, G. (1986) - *The Relationship Inventory now: Issues and advances in theory, method, and use*. In: L. S. Greenberg and W. M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapy Process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Barrett-Lennard, G. T. (2003). *Measuring experienced relationship: an odyssey (1957-2003)* IN *Steps on a mind ful journey: persons-centred expressions*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books. pp. 93 – 112.
- Bee, H. (2003). *A criança em desenvolvimento*. (9ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Benner P. (2001). *De iniciado a Perito: A Excelência e poder na prática de Enfermagem Clínica*. Coimbra: Quarteto.
- Cardoso, A.C.A. (2010). *Experiências dos Pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Acedido

em 12 Fevereiro, 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao%20Ana%20Cristina%20A.pdf>

Casey, Anne; Mobbs, Sara (1988). Partnership in practice. In: Nursing Times. November, 2. Vol. 84. Nº 44.

Castro, Elisa Kern, (2007). *Psicologia Pediátrica: A Atenção à Criança e ao Adolescente com Problemas de Saúde*. Psicologia ciência e profissão, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. (3), 396-405. Acedido em 25 de Março em 2012 de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v27n3/v27n3a03.pdf>.

Catita, P.; Vaz, C. (2000, Setembro). *Cuidar no serviço de urgência*. Nursing. 148, pp.14-17.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Colliére. M.F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Sindicato dos enfermeiros portugueses.

Diniz, R. (2005). *Parceria: circunscrevendo um conceito que nos é próximo?!*. Revista Portuguesa de Enfermagem. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem. (3), pp.19-26.

Ferreira, M.A. G.; Pontes, M.; Ferreira, N. (2009) *Cuidar em Enfermagem – percepção dos utentes*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Fernando Pessoa. ISBN 1646-0480 6. p. 358-366. Acedido em 22 Janeiro, 2010 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-366_FCS_06_.pdf

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

Freixo, M. J.V. (2009) *Metodologia Científica. Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Fundo da População das Nações Unidas. (2003) – State of world population investing in adolescents' health and rights: UNFPA. Acedido em 12 Fevereiro 2012, em http://www.unfpa.org/swp/2003/pdf/english/swp2003_eng.pdf.

Gattás, M.L.B. (1984). *Relacionamento Interpessoal enfermeiro-paciente*. São Paulo Acedido em 10 Dez. 2011 em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_05.htm.

- Guzman, C. R.; Cano, M A. T. (2002, Julho-Dezembro) *O adolescente e a hospitalização*. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol.2, n.º2. Acedido em 12 Fevereiro em 2012. em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.
- Hesbeen, W. (2000) *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusociência. ISBN 972-8383-11-8
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência;
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa : Lusodidacta.
- Luna, A. B. (2010). *A maturação do controlo cognitivo e o cérebro adolescente*. In *Crianças e Adolescentes – uma abordagem multidisciplinar* (p. 203). Coimbra: Almedina.
- Maia, A.C.S.B. (2008). *Saúde e adolescência – Hábitos e comportamentos dos adolescentes que frequentam clínica privada no Concelho do Barreiro*. Tese de Mestrado. Universidade Técnica de Lisboa.
- Mano, M. J. (2002, Maio) *Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais*. Coimbra. *Revista referência*, nº8.
- Marques, M.I. (1999). *Os cuidados de enfermagem na perspectiva do utente hospitalizado*. *Referência*. Nº3, pp45-52.
- Melo, R. C. C. P. (2008, Março-Abril). *A Relação de Ajuda, Contextos e Práticas de Enfermagem*. *Servir*. Nº2, pp.67-73.
- Ministério da Saúde, (2011, Fevereiro) *Regulamento n.º 123/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35.
- Monteiro, M. A. J. M. (2003). *Parceria de cuidados – experiência dos pais num hospital pediátrico*. Tese de mestrado. Universidade do Porto, Portugal. Acedido em 23 Janeiro, 2012, em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10460/4/6017_TM_01_P.pdf
- Neto, F. R. G. X. (2007). *Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.60, n.º3 (Maio-Jun 2007), pp.279-285 Acedido em 30 Janeiro 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a06.pdf>.

Oliveira, A. M. et al. (2005, Julho/agosto). *Preparação da criança e família para a cirurgia – a importância do papel do enfermeiro*, Revista Servir, volume nº 53, nº 4, pp 202-205

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Adolescent Friendly Health Services. Na impact model to evaluate their effectiveness and cost*. Reino Unido. Acedido em 15 Janeiro 2012, em <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/elwxyby2675hwyyn7whpsj3om4n52wecgvunokzrqf5fn446dktcuo7fi3qufhfuelwm2zhjlc3m3rkf/AFHSImpactModelfinalversion.pdf>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1988). *As Recomendações da Conferência de Adelaide: Políticas Favoráveis à Saúde*. Adelaide: OMS Acedido em 20 Fevereiro 2012 em http://www.wikilearning.com/monografia/promoc_o_da_saude_via_internetdefini_o_de_saude/25953-4.

Organização mundial de Saúde [OMS](1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Canadá. Acedido em 12 Março de 2012 em <http://www.Opas.Org.Br/Promocao/Uploadarq/Ottawa.Pdf>.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Adolescent Friendly Health Services. Na impact model to evaluate their effectiveness and cost*. Reino Unido. Acedido em 12 Março 2012 em <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/elwxyby2675hwyyn7whpsj3om4n52wecgvunokzrqf5fn446dktcuo7fi3qufhfuelwm2zhjlc3m3rkf/AFHSImpactModelfinalversion.pdf>

Organização Mundial de Saúde.[OMS] (2002). *Contraception: Issues in Adolescent Health and Development*. Geneva. Acedido em 12 Março 2012 em http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591447_eng.pdf.

Organização Mundial de Saúde[OMS] (2003) *The health of children and adolescents in WHO's European Region*. Vienna: OMS Internet Acedido em 12 Março 2012 em http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591447_eng.pdf.

Paulo, M.; Alexandre, V; Galhofas, T; Mil-Homens, S.; Diogo, P. (2010). *O lugar do afecto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico- perspectivas de crianças, jovens, pais e enfermeiros*. In Pensar Enfermagem. (Vol. 14, nº2) pp.70-81. acedido em 20 Fevereiro, 2012, em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_70-81.pdf

- Pelander, T.; Leino-Kilpi, H. (2004). *Quality of Pediatric Nursing Care: Children's Expectations*. In *Comprehensive Pediatric Nursing*. 27:3, pp.139-151.
- Pestana, M.H.; Gageiro, J.N. (2005). 4ª Ed. *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Sílabo. Lisboa.
- Piaget, J.; Inhelder, B.. (1979). *A psicologia da criança do nascimento à adolescência*. Lisboa: Edições Asa.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures : Lusociência.
- Polit, D. F; Hungler, B.P. (1995) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (3ª ed.) - Porto Alegre: Artes Médicas.
- Randall, D.; Brook, G.; Stammers, P.. (2008, Junho). How to make good children's nurses: children's view. *Pediatric Nursing*. 20:5, pp.22-25.
- Ribeiro, G. (2002). " O Cuidar " - Análise reflexiva de um conceito. Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Lisboa. Portugal. Acedido em 20 Fevereiro, 2012 em <http://arquivosenfermagem.wordpress.com/tag/conceito-cuidar/>
- Rocha, A.P. (2008). *A Relação de Ajuda no ensino de Enfermagem*. Tese de doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Acedido em 23 Setembro, 2011, em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3315/1/2009000631.pdf>
- Rodrigues, M.; Amaral, F. (1997). *Sondagem sobre o significado de tratar e cuidar*. *Sinais Vitais*. n.º 12, p. 46/47
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change, In the *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 21, pp. 95–103.— LEB. Acedido em 22 de Janeiro 2012 em <http://134.39.71.91/dchris/psych236/Documents/Rogers.pdf>.
- Rogers, C. (1960 -?). *Tornar-se Pessoa*, 2ª. Edição, Lisboa, Moraes Editores.
- Rogers, C. (1974) *A Terapia Centrada no Paciente*, Lisboa Moraes Editores.
- Rogers C., R., R. (1977). *A pessoa como Centro*. São Paulo: EPU.
- Santos, M. I. A. (2000, Fevereiro) *A relação de Ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos das coronárias*. *Revista Investigação em Enfermagem*. pp. 51-60.

Sabadini, A.A.Z.P.; Sampaio, M.I.C.; Nascimento, M.M. (s.d.). *Citações no Texto e Notas de Rodapé: uma Adaptação do estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da American Psychological Association (APA)*. Universidade de S. Paulo. Instituto de Psicologia. Biblioteca Dante Moreira Leite. S. Paulo acessado em 12 Fevereiro 2012 em <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/manuais/citacoesnotextoapa.pdf>.

Schmidt, C. et al. (2007, Novembro/Dezembro). *Hospitalized Childres Perceptions of Nursus Behaviors*. The American journal of Maternal Child Nursing. 32:6, pp.336-342.

Watson, Jean (2002b). *Enfermagem; Ciência Humana e Cuidar - Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Zengerle-Levy, K. (2006, Maio/Junho). *Nursing the Child Who is Alone in the Hospital*. *Pediatric Nursing*. 32:3, pp.226-237.

INDICE

ABREVIATURAS E SIGLAS

	Página
1 – INTRODUÇÃO.....	3
2 – OBJECTIVOS DO ESTÁGIO.....	5
2.1 – REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	10
2.2 – REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EM PEDIATRIA.....	13
2.3 – REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EM NEONATOLOGIA.....	16
2.4 – REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	18
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS

ALERT – Sistema de Informação Clínica

USF – Unidade Saúde Familiar

SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

SAPE - Sistema de Apoio à prática de enfermagem

GLINT- Sistema de informação para planeamento e registo de acções de enfermagem

1 - INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem progredido extraordinariamente, afirmando-se como detentora do saber científico, sem deixar de lado o aspecto humano. Nos dias de hoje a profissão tem-se especializado cada vez mais, pois o campo de trabalho é manifestamente cada vez mais amplo e ao mesmo tempo mais exigente.

A identidade da Enfermagem existe, e os Cuidados de Enfermagem têm em si todos os alicerces que permitem desenvolvê-la, no entanto, ela necessita de ser clarificada com simplicidade e de ser expressa na organização quotidiana da prática.

A aprendizagem de novos conhecimentos, por si só, não nos torna mais competentes. O que nos concede competência é a forma como usamos os conhecimentos, ou seja quando conseguimos ir além do prescrito, quando somos capazes de agir e, portanto, tomar iniciativas (Le Boterf, 2003).

A prática mostra-nos que há necessidade de mudanças, para isso é indispensável realizar uma reflexão cuidadosa para decidir o que, como e porque mudar. Foi desta forma que surgiu a oportunidade de frequentar e concretizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

No âmbito da unidade curricular Relatório Final – Volume I, deste Mestrado, da Escola Superior de Saúde de Viseu foi-me solicitado a realização de um relatório reflexivo dos estágios realizados, que irei efectuar de uma forma sucinta e reflexiva descrever as actividades desenvolvidas durante os estágios desenvolvidos no âmbito do Curso de Mestrado.

Pretende-se assim reflectir sobre o que foi desenvolvido, mas também expressar os sentimentos que tive e o significado que atribuí às várias experiências, tanto a nível profissional como pessoal.

Com a realização deste volume, pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Descrever as principais actividades desenvolvidas em contexto de estágio no âmbito do Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria
- Fazer uma reflexão crítica do meu desempenho profissional
- Fornecer um instrumento de avaliação ao docente desta unidade curricular.

A metodologia utilizada será a descritiva e reflexiva, usando como estratégias a pesquisa bibliográfica e descrição de actividades desenvolvidas.

Este trabalho está estruturado em 4 partes distintas:

- Introdução
- Uma abordagem geral dos objectivos que tracei para os estágios
- Reflexão sobre as práticas em contexto de estágio
- Considerações finais.

O Enfermeiro que trabalha em Pediatria tem que ter percepção que a Relação de Ajuda é um instrumento de trabalho fundamental. A profissão de enfermagem é essencialmente uma profissão de ajuda, exercendo a sua acção junto da pessoa através da relação de ajuda Lazure, (1994).

A enfermagem tem vindo a desvalorizar o cuidado humano, em detrimento da tecnologia. A tecnologia ocupa grande parte das actividades, e em enfermagem o toque o contacto e a comunicação é muito importante podendo mesmo concluir que a relação de ajuda é uma forma de cuidar.

É neste aspecto que senti curiosidade pela investigação do tema que me proponho estudar no Volume II, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria é a: Relação de Ajuda no Cuidar em Enfermagem – perspectiva do Adolescente.

O Profissional de Enfermagem adopta uma relação que é baseada na preocupação comum pelo bem-estar da criança, bem como num compromisso de trabalho em parceria, assim sendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (2010) *“trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...)* para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.” (REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAUDE DA CRIANÇA E DO JOVEM, 2010).

2 – OBJECTIVOS DO ESTÁGIO

O estágio surge como unidade de fusão das várias unidades curriculares frequentadas e deverá reflectir todo o universo de conhecimentos desenvolvidos demonstrando a sua flexibilidade aplicada à prática, com a finalidade de aperfeiçoar e construir competências para a assistência de enfermagem.

Este abrange o período de estágio compreendido entre 4 de Julho a 9 de Dezembro de 2011, sendo que o estágio opção (urgência Pediátrica), Neonatologia e Pediatria decorreram no Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E e o estágio em Cuidados Saúde Primários decorreu na USF Lusitana em Viseu. Os estágios foram tutelados por um Enfermeiro Especialista pertencente a cada serviço.

O delineamento de objectivos tem por finalidade a consecução de um plano de acção, proporcionando uma forma metódica de actuação com o intuito de uma melhor aquisição de competências através das actividades desenvolvidas em determinadas áreas no domínio da Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Demonstrar uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

- Respeito pelos princípios éticos;
- Integração dos princípios éticos e deveres deontológicos nas decisões;
- Participação na tomada de decisões da equipa sempre que possível e oportuno;
- Actuação com rigor ético, moral e bioético, tendo sempre presente que enfermagem é cuidar de pessoas.

Demonstrar uma prática de cuidados de respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais

- Respeito pela individualidade de cada criança/família;
- Evitar fazer juízos de valor;
- Respeitar a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada;
- Identificação de limites e competências;
- Actuação com base no código deontológico do enfermeiro;
- Ter sempre presente os direitos e deveres da criança/jovem, bem como os princípios éticos da não maleficência e beneficência.

DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE**Demonstrar preocupação com as estratégias institucionais na área da gestão do serviço**

- Consulta dos manuais, protocolos e projectos do Serviço com vista a conhecer a organização e funcionamento do mesmo;
- Actualização de conhecimentos científicos;
- Aplicar conhecimentos adquiridos á prática de Enfermagem e adequá-los a situações concretas.

Colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade

- Reflectir sobre as práticas efectuadas;
- Realização de registos claros e concisos para a continuidade de cuidados;
- Adoptar uma atitude responsável na prestação de cuidados de enfermagem, suportada pela investigação, conhecimento e reflexão sobre as práticas, com vista à melhoria da qualidade da prática dos cuidados;
- Realização de Formação em serviço.

Demonstrar preocupação em manter um ambiente terapêutico e seguro

- Cumprimento de normas de controlo de infecção;
- Solicitar cooperação e esclarecimento de dúvidas, sempre que necessário, garantindo a segurança e a qualidade;
- Cumprimento de normas e técnicas protocoladas;

- Optimização do trabalho adequando os recursos às necessidades de cuidados;
- Promoção de um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados;
- Promoção da assistência á criança/jovem e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença.

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Demonstrar capacidades para gerir os cuidados optimizando a resposta da equipa de enfermagem

- Execução de cuidados de Enfermagem de acordo com as prioridades estabelecidas;
- Demonstração de interesse e total disponibilidade na realização das actividades;
- Determinação de prioridades de actuação e planificação de intervenções concretas, tendo em conta os recursos disponíveis;

Demonstrar e respeitar a liderança e a gestão dos recursos, visando a optimização da qualidade dos cuidados

- Demonstração de interesse e total disponibilidade na realização das actividades;
- Optimização do trabalho adequando os recursos às necessidades de cuidados.
- Conhecimento da equipa multidisciplinar do serviço e desenvolvimento de relações interpessoais, com dinamismo, interesse e responsabilidade de forma a facilitar a integração e promover um ambiente agradável.

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Desenvolver o auto conhecimento e a assertividade

- Demonstrar qualidades humanas e competências básicas indispensáveis
- Desenvolvimento de relações interpessoais cordiais com a equipa;
- Demonstração de capacidade pessoal e profissional de adaptação às situações que surjam;

- Actuação com postura correcta perante os profissionais, crianças/adolescentes e suas famílias.

Demonstrar uma prática clínica especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos

- Aplicar conhecimentos teórico-práticos adquiridos em contexto de aulas, no contexto prático;
- Reflexão e pesquisa sobre diversas patologias;

Desenvolvimento de pensamento crítico aquando da realização de procedimentos.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

Demonstrar capacidade no assistir o recém-nascido/criança/jovens inseridos na família e na comunidade, no sentido de maximizar a sua saúde

- Realização da Colheita de dados junto dos pais e da criança/adolescente;
- Identificação dos focos de Enfermagem afectados;
- Efectuar ensinamentos oportunos e congruentes aos pais, transmitindo-lhe algumas orientações de acordo com os focos de enfermagem afectados;
- Prestar cuidados culturalmente congruentes;
- Incentivar a parceria de cuidados, potenciando a parentalidade responsável.

Demonstrar competência para cuidar da criança e família nas situações de especial complexidade

- Avaliação da evolução da criança estando atenta aos sinais de melhoria ou agravamento da criança;
- Adoptar uma atitude responsável na prestação de cuidados de enfermagem, suportada pela investigação, conhecimento e reflexão sobre as práticas.
- Detecção precoce de situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, e proceder ao respectivo encaminhamento;
- Realização de ensinamentos, à criança/adolescente e familiares, de acordo com a idade e com os problemas identificados.

- Observação e apoio na execução de procedimentos invasivos e não invasivos, tendo sempre em consideração a dor provocada por estes procedimentos, sendo necessário realizar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar, não só utilizando medidas terapêuticas farmacológicas, como também não farmacológicas;
- Execução de técnicas e procedimentos que visem a manutenção da estabilidade hemodinâmica;
- Avaliação da evolução da criança estando atenta aos sinais de melhoria ou agravamento da criança.
- Participação nos cuidados à criança/adolescente doente ou instável, utilizando os protocolos vigentes no serviço;
- Monitorização correcta e eficaz do doente pediátrico.
- Motivar a vinculação precoce entre os pais e o recém-nascido;
- Incentivar a parceria de cuidados, potenciando a parentalidade responsável.

Participar na prestação de cuidados em resposta às necessidades identificadas e especificidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança

- Dar continuidade aos cuidados prestados. Participar no maior número possível de experiências no cuidar ao recém-nascido/criança/adolescente e família;
- Prestação de cuidados individualizados tendo em conta as necessidades da criança/ família;
- Prestar cuidados de acordo com o ciclo de vida e desenvolvimento da criança.
- Promover e apoiar o aleitamento materno;
- Promover relação empática com os utentes;
- Identificar sinais e sintomas de possíveis alterações ao normal desenvolvimento da saúde da criança e adolescente nos diferentes ciclos de vida;
- Prestação de cuidados individualizados tendo em conta as necessidades da criança/ família;
- Reconhecer e respeitar os direitos da família, incentivando-a na participação dos cuidados;
- Transmitir orientações à família criança/adolescente no sentido da promoção da saúde – Crescer Saudável;
- Informar e incitar os pais para a utilização do Boletim Individual de Saúde.
- Avaliação estato-ponderal (peso, altura, PC e IMC) e promoção de estilos de vida saudável (alimentação equilibrada e exercício físico adequado).

2.1 – REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

"As crianças são os únicos seres divinos que a nossa pobre humanidade conhece. Os outros anjos, os das asas, nunca aparecem. Os santos, depois de santos ficam na Bem-Aventura a preguiçar, ninguém mais os enxerga. E, para concebermos uma ideia das coisas do Céu, só temos realmente as criancinhas..."

Eça de Queirós

Os cuidados de Enfermagem têm evoluído durante milhares de anos, vindo a constituir-se como profissão já nos finais do século XIX, principalmente graças á organização e conceptualização preconizada por Florence Nightingale. E como refere Benner (2001), a competência dos cuidados de enfermagem necessita de programas de educação planificados.

Aos enfermeiros do serviço de urgência onde são prestados cuidados de forma descontínua e concreta são exigidos procedimentos rigorosos, consciência dos riscos e responsabilidade, sendo imperioso promover uma reflexão crítica das actividades de enfermagem face às exigências e á constante necessidade actualização dos conhecimentos.

Os utentes que recorrem ao serviço de urgência apresentam uma variedade de problemas actuais e potenciais, e a sua situação pode alterar-se de instante a instante requerendo uma avaliação de enfermagem contínua e precisa. O atendimento adequado à criança e à família em situação de urgência pressupõe treino e trabalho conjunto em equipa multidisciplinar.

A filosofia da urgência pediátrica tem na sua base o bem-estar da criança família, família, tentando aproximar o mais possível o ambiente hospitalar com o de casa, assim são quatro os pressupostos que servem de base a esta premissa:

- Evitar a hospitalização
- Favorecer o acompanhamento da criança pela sua família
- Proporcionar vivências no hospital próximo do ambiente familiar, Social e escolar
- Respeitar os direitos da criança hospitalizada. Tendo por base a carta da criança hospitalizada

Já decorreram dez anos da minha saída da urgência pediátrica, saí como enfermeira e voltei como futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria. Depois de algumas horas parece que nunca dali tinha saído... a integração correu bem o que facilitou a minha prestação.

O processo de aprendizagem é um processo de formação, contínuo que visa posteriormente pôr em prática conhecimentos fiáveis, credíveis e científicos, é “o fazer” apoiada agora em conhecimentos científicos adquiridos durante o Curso, um entendimento diferente dos procedimentos efectuados.

Durante as semanas de estágio tive oportunidade de passar pelos três principais locais da urgência: triagem, o apoio e unidade de internamento de curta duração.

Na triagem, após a chegada à urgência a criança/jovem é observado pela Enfermeira. Nesta observação a enfermeira colhe dados que lhe permitem avaliar e definir o grau de prioridade para a observação médica. Observação médica não se efectua pela ordem de chegada ao serviço de Urgência mas sim pelo grau de prioridade atribuído na triagem. Esta atribuição de prioridades tem como objectivo reconhecer as situações mais graves e garantir o seu encaminhamento adequado. Aqui o papel do enfermeiro é dos mais importantes pois depende dele o adequado encaminhamento da criança/jovem após observação desta.

Foi minha preocupação prestar cuidados de enfermagem, integrando sempre a família nos cuidados e pouco a pouco vou adquirindo competências na prestação de cuidados de maior complexidade e de especificidade à criança em contexto de urgência e sua família.

Reforcei a importância do papel do enfermeiro no diálogo e apoio à criança/família, e de como os profissionais estabelecem uma relação de confiança mútua e de parceria com a criança e família. Todas as orientações e todo o envolvimento que se realiza com os pais é crucial, pois daí dependem todo o sucesso das intervenções à criança.

Como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e sendo assim detentora de uma posição privilegiada a nível dos cuidados à criança/família, considero de grande importância saber intervir precocemente junto da criança/família, bem como saber identificar os vários factores de risco que poderão afectar o seu desenvolvimento para que possa accionar acções que visem dotar os pais de competências para que estes interajam com os seus filhos.

Foi de grande pertinência a aquisição de novos saberes sobre a dimensão do atendimento da criança/ adolescente em contexto de urgência/ emergência, pois permitiram-me

adquirir novas competências, quer pessoais quer técnicas, e vieram enriquecer o meu saber para potenciar o melhor desenvolvimento da criança.

A reflexão sobre o meu desempenho diário permitiu-me consolidar conhecimentos sobre as competências no cuidar da criança/ adolescente, bem como estimular a necessidade de pesquisa atendendo á grandiosidade e à complexidade que é o Desenvolvimento Infantil e no papel que os pais assumem em relação á sua promoção.

Durante o estágio quis trazer algo de enriquecedor da minha experiência profissional actual e surgiu então a formação sobre “Remoção de corpos estranhos em Pediatria”. Uma vez que a proveniência das crianças que chegam aos exames especiais para remoção dos corpos estranhos são da urgência pediátrica, achei pertinente fazer uma formação em serviço sobre como são removidos os corpos estranhos e que tipos de corpos estranhos são mais comuns. Foi concretizada com sucesso e agrado dos participantes.

2.2 – REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EM NEONATOLOGIA

“Numa unidade de cuidados intensivos onde o bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra aí e aí tenha a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver...”

Professor Doutor Gomes-Pedro

Onze anos decorreram desde a minha saída da Unidade de Neonatologia. Regresso agora na qualidade de aluna e futura especialista de Saúde Infantil e Pediatria. Agora detentora de outros conhecimentos e com uma visão mais crítica.

No primeiro dia de estágio foi-me feita uma visita guiada pelo serviço, foi um relembrar da estrutura física da Unidade, importante para uma fácil integração. Foi com alguma ansiedade que regressei, tanto pela nostalgia que sentia por aquela Unidade como pela responsabilidade de querer me sair bem.

Foi-me apresentado o Manual de Procedimentos realizado pela equipa de enfermagem onde se encontram descritos todos os procedimentos e protocolos implementados, este

guia é na minha opinião de extrema importância, uma vez que permite a uniformização e rigor dos cuidados prestados ao recém-nascido. Para mim a sua consulta foi uma constante ao longo do estágio, tanto para verificar procedimentos como para verificar doses/diluições de medicação.

A metodologia de trabalho utilizada continua a ser o método individual, em que, apesar de todos executarem as normas de actuação nos cuidados, cada um presta cuidados de forma personalizada, prevalecendo no entanto o espírito de equipa. No entanto uma mudança implementada e bem, quanto a mim é a distribuição de meninos de turno para turno, ou seja eu quando recebo o turno já sei quais os recém-nascidos que me estão distribuídos, redobrando a minha atenção na passagem de turno para esses bebés.

Foi com muita satisfação e algum orgulho que me pude aperceber que a “minha” Unidade foi evoluindo no tempo e nos cuidados prestados ao recém-nascido, utilizando estratégias centradas no desenvolvimento do recém-nascido, que também vão ao encontro dos conteúdos apreendidos nas sessões lectivas. Estratégias como a gestão do ambiente, designadamente o ruído e a iluminação. O cuidado em diminuir fontes de barulho prejudiciais ao bebé. Controlar a intensidade luminosa, tendo grande parte do tempo as luzes a meio termo, para diminuir a luminosidade e assim respeitar os ciclos de sono/vigília dos recém-nascidos. É também de salientar o posicionamento do bebé, em que há sempre a preocupação que este mantenha uma posição de conforto. Para tal, houve a aquisição dos “ninhos” para lhe dar alguma contenção e a sensação de fronteira que tinha dentro do útero materno. O Método Canguru já usado anteriormente é agora grandemente valorizado neste serviço, em que é promovido frequentemente o contacto pele a pele entre mãe e bebé, proporcionando todas as vantagens existentes neste método.

Outro reforço verificado foi a importância do aleitamento materno. A promoção e a administração de leite materno constituem uma das preocupações e prioridades da equipa de enfermagem. Neste sentido, coloquei o recém-nascido à mama, avaliando a pega, vigor e a coordenação dos reflexos de sucção e de deglutição, número e eficácia das mamadas. De salientar também a administração de leite materno ou leite artificial por seringa ou por copo, que anteriormente se realizava por tetina.

Durante o estágio realizei, sempre que considerei pertinente, ensinamentos oportunos, com o intuito de promover uma alta mais tranquila e segura, favorecedora da continuidade dos cuidados. Ensinos que estiveram dirigidos para o banho, a temperatura corporal e as visitas em casa e como a educação para a saúde é um dos importantes papéis do enfermeiro especialista, devendo estar presente em todas as áreas da enfermagem, propus fazer uma

acção de formação aos pais que de uma maneira fosse atractiva e formativa. Foi então realizada a acção de formação “O Choro do Bebé – um desafio para os pais”, com a presença de seis pais, que ficaram bastante interessados. Com a discussão final levei o assunto para a utilização do boletim de saúde e o sono e repouso da criança. Terminei a formação com a distribuição de um marcador de livros (realizado por mim) com alguns conselhos para acalmar o bebé que chora.

Foi minha preocupação minimizar a separação entre recém-nascido/mãe, no caso das cesarianas em que a separação era forçada abruptamente, deslocando-me ao serviço de obstetrícia, informando a mãe do estado do seu filho e incentivando a estimulação da mama, para o aleitamento.

Os procedimentos invasivos foram um desafio... Mas como disse a minha tutora “Lena, é como andar de bicicleta, nunca se esquece...” e é mesmo, respirar fundo, concentração e realização. Adoptei estratégias com intuito de diminuir os níveis de stress do bebé como os movimentos de contenção, o uso de glicose e de chupeta em momentos de dor ou stress.

Foi-me distribuída algumas vezes uma bebé, com paralisia cerebral para a prestação de cuidados em que incentivei a mãe a participar activamente nos cuidados (aspiração de secreções, mudança de fralda, administração de leite por gavagem e administração de medicação) no sentido de desenvolver a sua independência, mas também para estimular o envolvimento emocional entre elas, preparando-as para a alta.

Foi minha preocupação facilitar um ambiente propício, agradável e seguro, facultando informação aos pais acerca dos procedimentos que eram efectuados e esclarecimentos de dúvidas existentes. Segundo Baldini; Krebs, (1998), citado por Orlandlet al (2002), a comunicação em neonatologia é fundamental, é devido ao sentimento temporário de negação do problema, bem como sentimentos de culpa dos pais a comunicação fica sujeita a interferências/distorções das mensagens recebidas.

Para enriquecer ainda mais este estágio, gostaria de ter contactado com bebés com necessidades de conexão a CPAP nasal, experiência que ainda não tive oportunidade de usufruir nem como profissional nem como aluna do 1º CMESIP.

Em relação aos registos de enfermagem em neonatologia, são muito importantes, pois é através deles que se torna possível operacionalizar os cuidados de enfermagem, logo sempre foi minha preocupação apresentar registos claros, concisos, com uma linguagem adequada e termos científicos. Também durante a transmissão dessa informação durante a

passagem tive o cuidado de ser concisa, valorizando os aspectos essenciais para a continuidade da prestação de cuidados.

Sempre procurei dar cumprimento aos horários do serviço com assiduidade e pontualidade, bem como na execução de tarefas.

Para finalizar, devo salientar que este estágio se tornou extremamente enriquecedor em termos de conhecimentos, mas também a nível relacional.

2.3 – REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EM PEDIATRIA

“Esta é a meta da enfermagem Pediátrica Permitir que as crianças cresçam e progridam através de suas experiências na saúde e na doença”

(Walley&Wong, 1989)

O perfil do enfermeiro em pediatria deve ser um ser profissional humanístico, equilibrado emocionalmente, sendo capaz de lidar com situações diversas como a doença crónica.

A assistência às crianças e adolescentes neste serviço é organizada tendo em conta a declaração dos Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada (Leiden, 1988), sem qualquer tipo de discriminação e procurando dar aos utentes e suas famílias as melhores condições possíveis de modo a minimizar os efeitos negativos de internamento.

Aqui os cuidados são programados e executados em parceria com os pais/cuidadores das crianças/adolescentes, valorizando-os como cuidadores privilegiados, com vista à sua rápida autonomia e independência em relação aos cuidados de outros.

Este estágio teve para mim um significado especial, foi como uma prova de fogo em Pediatria, apesar da minha experiência em Neonatologia tinha uma total inexperiência em Pediatria. Foi aqui que me confrontei com os diversos diagnósticos em idade pediátrica. Apesar disso estou convicta de ter alcançado os objectivos a que me propus alcançar no meu projecto de estágio. O objectivo “Conhecer e aplicar o sistema de classificação de do-

entes”, não foi possível atingi-lo em virtude deste sistema não estar a ser utilizado durante o período de estágio.

Nos primeiros turnos senti-me um pouco “perdida”, num espaço que mal conhecia e em rotinas às quais não estava habituada. Pouco a pouco fui-me integrando e pude conhecer a estrutura física, funcionamento e dinâmica, assim como, os recursos humanos e técnicos deste serviço.

Prestei cuidados de enfermagem, integrando a família nos cuidados e pouco a pouco fui adquirindo competências na prestação de cuidados de maior complexidade e de especificidade à criança em contexto de urgência e sua família.

Apercebi-me do importante papel do enfermeiro no diálogo e apoio à criança/família, e de como os profissionais estabelecem uma relação de confiança mútua e de parceria com a criança e família. Todas as orientações e todo o envolvimento que se realiza com os pais é crucial, pois daí dependem todo o sucesso das intervenções à criança. Intervenções relevantes que também pude verificar na atitude do enfermeiro especialista em relação à restante equipa, a perspicácia nos procedimentos, a diferença na postura, a justificação nas atitudes.

O processo de aprendizagem é um processo de formação, contínuo que visa posteriormente por em prática conhecimentos fiáveis, credíveis e científicos.

Foi de grande pertinência a aquisição de novos saberes no atendimento da criança/adolescente no internamento em Pediatria, pois permitiram-me adquirir novas competências, quer pessoais quer técnicas, e vieram enriquecer o meu saber, estimulando a necessidade de pesquisa.

É de primordial importância que o enfermeiro num Serviço de Pediatria seja capaz de criar um clima de confiança, foi este clima de confiança que eu pretendi criar e trabalhar como futura enfermeira especialista em pediatria.

Trabalhar com adolescentes nem sempre é fácil devido às características inerentes à sua condição, torna-se prioritário o estabelecimento de uma relação de confiança e de comunicação entre profissional de saúde e adolescente. É fundamental manter uma atitude compreensiva empática e de respeito para com o adolescente internado.

Foi neste sentido que me fomentou o interesse de investigação em Enfermagem “Relação de ajuda - Cuidar em Enfermagem: Percepção do adolescente”. Pretendo assim saber qual a percepção que o adolescente tem sobre os cuidados de enfermagem praticados.

Cuidar em Enfermagem é fulcral e essencial. Enfermagem é cuidar do outro, um cuidar que tem em consideração o ser humano na sua totalidade bio-psico-sócio emocional.

Na prática de enfermagem, verificamos que toda a assistência ao indivíduo se processa por meio das relações interpessoais (Gattás, 1984). O doente é uma pessoa, um ser humano único que no momento requer nossa ajuda. O enfermeiro é uma pessoa, um ser humano único, que adquiriu conhecimentos e habilidades específicas para cuidar dos outros e que se dispõe a isso. Através da Relações interpessoais, ambos poderão atingir os seus objectivos.

2.4 – REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EM CUIDADOS SAUDE PRIMARIOS

“A vida é uma aventura aberta, exposta. Não protejam as crianças. Fortifiquem-nas interiormente para que brinquem bem com qualquer espécie de brinquedo.”

Emmanuel Mounier

Resta fazer uma reflexão do percurso efectuado ao longo das seis semanas passadas nos Cuidados de Saúde Primários, numa USF. Desde logo sabia que não iria ser fácil este estágio em Cuidados de Saúde Primários, sendo enfermeira a exercer funções em Cuidados Diferenciados. Esta área requer um vasto leque de conhecimentos, neste caso em Saúde infantil e Familiar para dar resposta adequada e atempada à criança/jovem e família.

Como era de esperar, no primeiro dia de estágio estava ansiosa com toda a nova realidade que iria fazer parte do meu dia-a-dia como enfermeira (aluna) de Cuidados de Saúde Primários. Pairava em mim algum desassossego, mas ao mesmo tempo uma grande curiosidade e interesse por tudo o que poderia alcançar com esta nova etapa.

Foi minha preocupação desde o primeiro dia procurar conhecer as normas, regras e os protocolos implementados nesta Unidade de forma a integrar-me o mais rápido possível.

Pude constatar que a metodologia de trabalho utilizada nesta Unidade é o método individual – Enfermeiro de Família, em que, apesar de todos implementarem as normas de

actuação nos cuidados, cada um presta cuidados de forma personalizada e humanizada de acordo com o seu modo de ser e de trabalhar.

O desenvolvimento das minhas actividades em colaboração com a equipa multidisciplinar ocorreu de forma progressiva. Ao longo dos primeiros dias de estágio mantive o meu papel de observadora mas também participante nas várias actividades que iam decorrendo, tendo em atenção à dinâmica do serviço. Gradualmente fui-me tornando mais autónoma, mas todas as vezes que surgiram dúvidas solicitei a presença ou opinião da enfermeira tutora ou de outra enfermeira.

Como futura enfermeira especialista na área de saúde infantil, é óbvio que os meus objectivos de aprendizagens se direccionam essencialmente para esta área. No entanto, isso não invalidou a não colaborar em outras actividades, pois todas são importantes para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Os registos de enfermagem são muito importantes, pois é através deles que se torna possível operacionalizar os cuidados de enfermagem. Os cuidados de enfermagem são registados em suporte informático no programa SAPE e SINUS, de acordo com a consulta de especialidade. Devo referir que senti alguma dificuldade em integrar-me no programa, pois difere bastante do que utilizo no meu serviço – ALERT, é necessária bastante prática para o domínio deste programa.

Com o decorrer do estágio fui adoptando um conjunto de comportamentos baseado no perfil de competências do enfermeiro especialista ao nível dos diversos saberes, desde o saber, o saber - fazer, o saber - ser, o saber - aprender, com o intuito de saber - transformar.

A reflexão sobre o meu desempenho diário permitiu-me consolidar conhecimentos sobre as competências da criança, bem como estimular a necessidade de pesquisa atendendo à imponente e à complexidade que é o Desenvolvimento Infantil e também no papel que os pais assumem em relação à sua promoção.

Nas consultas de enfermagem de Saúde Infantil, realizei a avaliação dos dados antropométricos de forma a poder ter a avaliação do estado de saúde da criança, pois só assim poderia intervir através de ensinamentos ajustados à promoção e melhoria dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento da criança. Para que possamos proporcionar uma vida melhor e um desenvolvimento mais natural e adequado a cada criança é necessário avaliar os vários estádios do desenvolvimento com o intuito de detectar algum atraso ou avaliar possíveis sinais de alarme, de modo a que seja instituída uma intervenção adequada e precoce.

As acções de promoção de saúde pertinentes e de qualidade desenvolvidas no contexto dos cuidados de saúde primários, são fundamentais porque visam assim facultar aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental. A saúde Infantil e juvenil possui um conjunto de actividades de promoção e prevenção da saúde e do bem-estar das crianças e jovens dos 0 aos 18 anos adaptadas a essa promoção e prevenção às quais procurei estar envolvida.

Marinheiro (2002), referencia, que os enfermeiros ao proporcionarem educação aos pais, através dos ensinamentos promovem a saúde da criança e todo o seu potencial.

Na consulta de enfermagem foi meu propósito avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento dos filhos e o que estes faziam para o promover, realizando ensinamentos e proporcionava-lhes conhecimentos que visassem a prevenção de défices a nível da saúde e desenvolvimento da criança e valorizava as suas competências e conhecimentos.

É na consulta de enfermagem, que temos oportunidade de proporcionar aos pais informação antecipatória, procurando informa-los sobre os comportamentos comuns e previsíveis da criança e sobre o desenvolvimento de competências que são esperadas para a idade dos seus filhos, bem como prevenção de acidentes quer domésticos ou rodoviários.

Durante este estágio tive oportunidade de fazer formação em serviço a toda a equipa da USF Lusitana (Enfermagem, médica e administrativa) sobre “ O choro do bebé...Um desafio para os Pais”. Esta formação teve boa aceitação, penso que devido ao tema ser inovador e causar bastante preocupação e ansiedade aos jovens pais e nós como profissionais de saúde temos que nos dotar de estratégias para informar e aconselhar os pais no melhor para a sua criança. Nem só com fome ou com cólicas chora o bebé, os pais vão adquirindo competências para distinguir o choro do seu filho. Com esta formação penso ter contribuído para uma actualização do tema.

Durante este estágio tive oportunidade de desenvolver actividades em contexto de Saúde Escolar.

“ A escola ocupa um lugar central na ideia de saúde. Aí aprendemos a configurar as “peças” do conhecimento e do comportamento que irão permitir estabelecer relações de qualidade. Adquirimos, ou não, “equipamento” para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis, tanto no plano pessoal como ambiental (estradas, locais de trabalho, praias mais seguras), serviços de saúde mais sensíveis às necessidades dos cidadãos e melhor utilizados por estes”.

(Constantino Sakellarides, in Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saude, 1999)

O actual Programa Nacional de Saúde Escolar desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa com toda a comunidade educativa. A escola, ao constituir-se como espaço seguro e saudável, está a facilitar a adopção de comportamentos favoráveis à saúde, encontrando-se, por isso, numa posição ideal para promover e manter a saúde na comunidade educativa. Foi nesse sentido que participei em formações solicitadas pelas Escolas envolvidas.

No decorrer deste estágio foram realizadas as seguintes sessões de educação para a saúde:

1 – Sessão de Educação para a Saúde: Saúde na Escola – Semana das Ciências (2 sessões)

Esta sessão de formação foi realizada na escola 1º Ceb Ribeira em dois turnos, no dia 8 de Novembro de 2011, com a presença de 54 alunos do 4º ano e 6 professores. Houve boa receptividade, demonstrada por parte dos alunos pelo interesse demonstrado, abdicando do próprio intervalo, pelos professores pelas questões levantadas. O jogo interactivo fez brilhar a formação.

2 – Sessão de Educação para a Saúde: Alcoolismo/Tabagismo

Sessão de formação realizada na escola EB 2,1 Silgueiros, no dia 17 de Novembro de 2011, com a presença de 18 alunos do 9º ano e 1 professor.

3 – Sessão de Educação para a Saúde: O Jovem e o Tabaco

Sessão de formação realizada na escola EB 2,1 Silgueiros, no dia 18 de Novembro de 2011, com a presença de 22 alunos do 9º ano e 2 professores.

4 – Sessão de Educação para a Saúde: O Jovem e o Tabaco

Sessão de formação realizada na escola EB 2, 1 Mundão, no dia 21 de Novembro de 2011, com a presença de 32 alunos do CEF e 9º ano e 4 professores. Estas sessões de formação na minha opinião correram bem apesar das vicissitudes do grupo de jovens, demonstrando interesse pela temática, colocando questões pertinentes, interagindo e participando activamente.

Sinto que este meu estágio foi enriquecedor tanto para mim como para as crianças e jovens a quem fiz sessões de educação para a saúde, em virtude de que essa educação para a saúde teve em conta as inúmeras influências provenientes da realidade em que as crianças/jovens estavam inseridas, contribuindo assim para o desenvolvimento de possibili-

dades geradoras de mudanças pessoais e sociais, promovendo as mudanças de estilos de vida que visam a melhoria da saúde das crianças/jovens.

Escrevi um artigo não científico para uma revista “ ecos da Gravia” sobre a compra de brinquedos neste natal, intitulado “Natal com brinquedos seguros”, contribuindo assim com alguma informação sobre a compra adequada de brinquedos tendo em atenção o desenvolvimento da criança e a sua segurança.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante os quase vinte anos de profissão, sete foram dedicados à Pediatria, foram anos de paixão, paixão essa que me levou a frequentar o 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O futuro? Não sei...mas quero voltar a viver essa paixão, lidar com esses seres tão especiais que são as crianças/adolescentes.

Chegado o final deste Relatório, devo referir que estas experiências contribuíram de forma extremamente positiva na minha formação e no meu crescimento pessoal e profissional.

Julgo que consegui atingir com sucesso os objectivos a que me propus no início deste Relatório, no qual procurei aproveitar todas as oportunidades para a minha aprendizagem.

É muito fácil reflectir as realidades da prática, mas é difícil traduzi-las para o papel, correndo o risco de escrevermos para que não aconteça por parte do leitor uma interpretação correcta. Penso não, me ter acontecido isso, pois tentei fazer uma escrita simples e directa.

Foram meses de muito trabalho e sacrifício, em que por vezes foi difícil conciliar o estágio, o trabalho e a vida familiar, que acaba por ser a mais prejudicada.

Tenho consciência que ainda tenho muito para aprender, porque a formação não se constrói por acumulação de conhecimentos ou de técnicas, nem de um dia para o outro, mas sim através de uma reconstrução permanente, porque como refere SAMUEL JOHNSON “*Grandes obras não são feitas com força, mas a perseverança.*”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner P. (2001). *De iniciado a Perito: A Excelência e poder na prática de Enfermagem Clínica*. 2001 Coimbra: Quarteto.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta..
- LeBoterf, G..(2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*, (3ª ed.). Porto Alegre. Artmed.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Marinheiro, P. P. (2002) *Enfermagem de Ligação: Cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto.
- Ordem dos Enfermeiros, (2010) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e regulamentos das Competências Específicas das especialidades em Enfermagem. Acedido em. 19 Janeiro 2012 em [http:// www.ordemenfermeiros.pt/](http://www.ordemenfermeiros.pt/).
- Orlandi, et al (2003). *Comunicação verbal: percepção dos visitantes de neonatos da unidade intensiva e semi-intensiva neonatais entre a equipe médica e de enfermagem*. Scielo proceedings acedido em 20 Agos.2010. em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200028&script=sci_arttext.

Godfrey T. Barrett-Lennard  Ph.D.

6 Dover Crescent, Wembley Downs, WA. Australia 6019

8th May, 2004

Amarílís Pereira Rocha
Quinta do Sendão,
3460-451 S. Miguel do Outeiro
Portugal

Dear Amarílís

This letter confers my formal permission for you 1) to prepare in Portuguese language version one or more of the forms provided of the Barrett-Lennard Relationship Inventory, and 2) to use the instrument in research and professional education, *in accord with the conditions mentioned below.*

1. (a) As for the translation, this needs to be conducted or supervised by yourself or someone else familiar with the underlying theory. It should be noted on the bottom of the first or last page of any translated form that it is prepared by (translator's name), with my permission.

(b) This permission also covers your own subsequent uses (including uses by collaborating colleagues or students working under your supervision) of the translated instrument *in research and training-educational contexts* – but *not* in private fee-paying practice for diagnostic or similar purposes.

2. Associated conditions are that you send me a copy for my file records of each translated RI form as soon as you consider it ready for research application, *and* that you later send me the reference details of any thesis report or publication that includes results from your use of the translated RI, including any report on the translation itself.

3. If you wish to include the Inventory in any unpublished report of your work it is *essential to clearly note that this inclusion has my consent* – which this letter hereby provides in advance. This present consent does not extend to actually *publishing* any form of the RI in a printed journal article or book. However if it develops that you wish to publish any complete form in translation I would be willing to consider this. (A fresh agreement would be required.)

I am interested in your work on and with the Relationship Inventory and look forward to knowing of further developments.

Sincerely,



Email: G.Barrett-Lennard@murdochedu.au Telephone: International +61 8 9245 1700
FAX International +61 8 9245 5875

ANEXO III - Recomendações do autor para tradução do BLRI

Guideline suggestions to translators of the Relationship Inventory

Godfrey T. Barrett-Lennard, rev. 4/2000

These suggestions assume that the translator begins with a regular English-language form of the RI*, and that it is being translated into another language that I will refer to simply as N-E (Non-English). The principle behind these suggestions is that trial translations in both directions (English→N-E, and N-E→English) yield a better result than one-way translation (English→N-E) achieves by itself. In accord with this principle, the following steps are recommended:

Step 1. Careful draft translation of the RI, by a person fluent in both languages, from English to N-E.

Step 2. Reverse translation from this draft, back into English, by one or more bilingual persons working independently of the original translator.

Step 3. Original translator to closely review the 'back-translation(s)' for discrepancy with the original English version. There will never be a perfect match, but particular discrepancies may be substantive or stylistic. In the stylistic case, meanings are very little changed even though some words are different. In the substantive case, meaning and implication have been affected, and refinement of the draft N-E text is called for.

Ideally, after revision of the draft, the same steps 2 and 3 would be repeated, with a fresh 'back-translator'. In practice, if discrepancies are not great or a full repeat round is not feasible, the next step can be as follows:

Step 4. Having amended the initial draft translation, the original translator would again call on the same back-translator(s) for their opinion on whether equivalence of meaning has *now* been achieved. This consultation may lead to some further refinements. Since different languages do not encompass an exactly equivalent spectrum of distinctions in meaning, translators will at times have to fall back on a formulation of 'best available fit'. *It helps for the primary translator to have a good grasp of the defined underlying interpersonal qualities* measured by the RI (empathic understanding, congruence, level of regard and unconditionality). A few of the negatively worded items contain unavoidable 'double-negatives'. This feature might produce confusion unless the intent of the item is well understood, and special care is taken to maximise clarity of wording.

Step 5. Where possible, a small pilot study or trial run application of the translated RI, with actual respondents in real relationships, is desirable before its full-scale research application. If respondents report difficulty, say, with some particular item(s), it would be *a matter of judgement* whether this was due to any deficiency that might be remedied in the translation *or* a result of inherent subtlety of meaning in the item itself.

When administering the RI in *final* form, it can happen that someone finds difficulty answering a particular item, and asks for clarification. Their difficulty might actually arise from uncertainties within the referent relationship, or a lack of confidence in their own perception, in which case the answer choice of 'probably true' or 'probably untrue' may be the best fit. In any case, making sure that the person is considering all the answer choices, and gently encouraging them to go by their own best understanding and experience, is usually appropriate and sufficient.

**Even if a translator starts with a previous translation of the RI, it may be based on an earlier English language form that was later revised, or amended in some details. Thus it would be necessary to work from a current English form, in conjunction with the earlier translation, to achieve a result equivalent to Step 1, above. The other steps should then follow, essentially as already described.*



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO (UnICISE)

Investigadora: **Helena Maria Cardoso Leitão Loureiro**

Orientadora: **Professora Doutora Amarílis Rocha**

Curso: **1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

RELAÇÃO DE AJUDA NO CUIDAR EM ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DO ADOLESCENTE

Caro Adolescente:

Antes de responder às questões que integram este questionário, gostaria de o informar:

- O presente estudo insere-se numa Investigação sobre a percepção que o adolescente tem sobre os cuidadores de Enfermagem. Utilizamos o RI do Sr. Barrett-Lennard que validou este instrumento de colheita de dados durante cerca de cinco décadas para estudar as relações interpessoais em várias situações, tais como relações professor-aluno, enfermeiro-utente, psicólogo-utente, etc.

Esta versão OS-40 foi por nós traduzida e pretende-se a sua validação para a população portuguesa na relação enfermeira/o utente.

- Gostaria de pedir a sua colaboração através do seu preenchimento.

- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que, tentando ser o mais honesto possível, responda de acordo com a sua opinião.

- Os resultados deste questionário destinam-se apenas e só à elaboração de uma tese elaborada no âmbito do 1º Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pelo que as suas respostas serão utilizadas pela equipa que realiza o estudo, em consonância com os objectivos do mesmo.

- Será garantida a confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o nome.

Muito Obrigada(o)

Viseu, 2012

Nome ou Código:..... Data da resposta:.....

DADOS DEMOGRÁFICOS

Sexo: F M

Idade ____anos

Nível de escolaridade:_____

Local onde foram prestados os cuidados:_____

INVENTÁRIO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE BARRETT-LENNARD: FORMA OS-40 ITENS

Encontram-se listadas abaixo várias formas através das quais uma pessoa pode demonstrar sentimentos ou comportamentos em relação a outra pessoa.

Por favor considere cada afirmação como referindo-se à sua relação com o enfermeiro/a que cuidou de si _____, e que o/a marcou positiva ou negativamente, acrescentando mentalmente o nome dele ou dela no espaço disponível. Se, por exemplo, o nome da outra pessoa for João deverá ler a primeira afirmação como «O João respeita-me».

Assinale cada afirmação na margem esquerda, de acordo com o grau em que sente que essa afirmação é verdadeira ou falsa nesta relação. Por favor assegure-se de que assinala todas as afirmações. Escreva um número **negativo** (-3, -2, ou -1) quando a resposta for tendencialmente negativa, e um número **positivo** (+1, +2 ou +3) quando a resposta for tendencialmente positiva. O significado de cada número é o seguinte:

-3	NAO / Sinto fortemente que isso não é verdadeiro	+1	Sim / Sinto que é provavelmente verdadeiro ou mais verdadeiro do que falso
-2	Não / Sinto que não é verdadeiro	+2	Sim / Sinto que é verdadeiro.
-1	Não / Sinto que provavelmente é falso ou é mais falso do que verdadeiro.	+3	SIM / Sinto fortemente que isso é verdadeiro.

	Questão	Pontuação
1	_____ respeita-me.	
2	_____ normalmente sente ou compreende o que eu estou a sentir.	
3	O interesse do _____ por mim, depende das minhas palavras ou acções (ou da forma como eu actuo).	
4	Eu sinto que o _____ assume um papel diferente quando está comigo.	
5	_____ gosta verdadeiramente de mim.	
6	_____ reage às minhas palavras mas não percebe como me sinto.	
7	Quer eu esteja feliz ou infeliz comigo própria/o, isso não faz qualquer diferença no modo como _____ se sente em relação a mim.	
8	_____ não evita nada que seja importante para a nossa relação.	
9	_____ sente indiferença por mim.	
10	_____ quase sempre percebe exactamente o que eu quero dizer.	
11	Dependendo do meu comportamento em situações diferentes, _____ tem melhor (ou pior) opinião sobre mim.	
12	Eu sinto que _____ é autêntico/a comigo.	
13	Sinto-me valorizada/o e apreciada/o por _____.	
14	A própria atitude do _____ em relação às coisas que eu faço ou digo interfere com a forma como ele me compreende.	
15	Independentemente do que digo sobre mim próprio/a, _____ gosta (ou não gosta) de mim de igual modo.	
16	_____ mantém-se calado/a acerca das suas reais impressões e sentimentos.	
17	_____ acha-me aborrecida/o e desinteressante.	
18	_____ compreende o que quero dizer mesmo quando eu tenho dificuldade em dizê-lo.	
19	_____ quer que eu seja uma pessoa especial.	
20	_____ tem vontade de dizer o que pensa sobre mim, incluindo sentimentos acerca de qualquer um de nós ou a forma como nos relacionamos.	
21	_____ preocupa-se comigo.	
22	_____ não ouve e não se apercebe o que eu penso ou sinto.	
23	_____ gosta de algumas coisas em mim e há outras coisas das quais não gosta.	

24	_____ é abertamente ele/a próprio/a na nossa relação.	
25	Eu sinto que _____ não aprova a minha maneira de ser.	
26	_____ normalmente compreende tudo o que quero dizer.	
27	Mesmo que os pensamentos que eu exprimo sejam «bons» ou «maus» isso não faz qualquer diferença para o que _____ sente por mim.	
28	Por vezes _____ não se sente nada confortável mas os dois continuamos, aparentemente ignorando essa situação.	
29	_____ é simpático/a e carinhoso/a comigo	
30	_____ não me compreende.	
31	_____ aprova algumas das minhas coisas (ou algumas das minhas formas de estar) e manifestamente desaprova outras coisas (ou formas como me expresso).	
32	Eu penso que _____ sabe sempre exactamente o que sente em relação a mim; não encobre.	
33	_____ apenas me tolera.	
34	_____ aprecia com exactidão o que sinto com as minhas experiências de vida.	
35	Por vezes sou mais importante e valorizada/o aos olhos de _____ do que outras vezes	
36	Por vezes sinto que a resposta exterior de _____ em relação a mim é bastante diferente do que sente interiormente.	
37	_____ sente afecto por mim.	
38	A reacção de _____ em relação a mim é tão automática e fixa que não consigo chegar até ele/a.	
39	Eu não penso que alguma coisa que eu diga ou faça mude realmente a forma como _____ se sente em relação a mim	
40	Eu acredito que _____ tem sentimentos que não me diz para que a nossa relação não seja afectada.	

Respondeu a todas as questões? Por favor verifique para que não haja lapsos.

Por favor descreva a relação de outra pessoa consigo, por exemplo, de um amigo(a) pessoal, mãe ou outro membro da família, professor ou supervisor, conselheiro, etc.

ANEXO V – Autorizações para aplicação dos questionários



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE
Av. Rei D. Duarte
3504-509 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	1353
Processo:	70
Data:	22/12/2011

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, enfermeira do Serviço de Exames Especiais do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, Helena Maria Cardoso Leitão Loureiro, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A relação de ajuda no cuidado em Enfermagem: perspectiva de adolescentes".

O objectivo principal deste estudo é analisar que os adolescentes têm da relação de ajuda que os Enfermeiros estabelecem com eles.

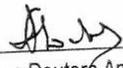
Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.^a que se digne autorizar a realização da colheita de dados durante o período de 1 de Janeiro a 29 de Fevereiro de 2012, nos Serviços de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria, Consulta Externa de Pediatria e Exames Especiais da Instituição a que preside.

Em anexo, enviamos o Projecto de Investigação; o Instrumento de Colheita de Dados; a Declaração de Consentimento Informado; e o Curriculum Vitae do Investigador.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Amarilis Rocha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos da estudante. Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da ESSV


Professora Doutora Amarilis Rocha

AR/NC



Ministério da Saúde

CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE

09.01.2012
01.06.05 61



Dr. Amândio

Ex. Senhor:
Vice-Presidente da Escola Superior de Saúde
Prof.ª Doutora Amârlis Rocha
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Ofício nº 1353 Processo: 70			22/12/2011

Assunto: **Pedido de autorização para efectuar Colheita de Dados**

Com referência ao assunto mencionado em epígrafe, e após audição dos responsáveis dos serviços, somos a informar Vª Exª que **se autoriza** a realização da referida colheita de dados. No entanto deverá a autora do estudo responsabilizar-se pela aplicação do questionário.

Com os melhores cumprimentos, *peço*

A Enf.ª Directora

Cassilda Neves
(Cassilda Neves)



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Teif. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Director Executivo da
USF Lusitânia
Av. Dr. António José de Almeida
3514-511 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 1356	Data: 22/12/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, enfermeira do Serviço de Exames Especiais do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, Helena Maria Cardoso Leitão Loureiro, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "*A relação de ajuda no cuidado em Enfermagem: perspectiva de adolescentes*".

O objectivo principal deste estudo é analisar que os adolescentes têm da relação de ajuda que os Enfermeiros estabelecem com eles.

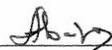
Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.^a que se digne autorizar a realização da colheita de dados durante o período de 1 de Janeiro a 29 de Fevereiro de 2012, no Serviço de Consulta de Saúde Infantil dessa USF.

Em anexo, enviamos o Projecto de Investigação; o Instrumento de Colheita de Dados; a Declaração de Consentimento Informado; e o Curriculum Vitae do Investigador.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Amarilis Rocha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos da estudante. Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

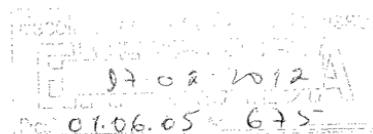
A Vice-Presidente da ESSV


Professora Doutora Amarilis Rocha

AR/NC



Prof. Almeida



Exma. Senhora:

Vice-Presidente da Escola Superior de Saúde
de Viseu

R: D. João Crisóstomo Gomes de Almeida

3500-843 Viseu

002053

13-022012

Assunto: Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados

Relativamente ao assunto em epígrafe e em resposta aos V. Ofícios Nº 1347 de 22/12/2011 e 1355 de 22/12/2011 cumpre-me informar V. Ex^a. de que os pedidos de Autorização para Efectuar Colheita de Dados foram aceites por esta Unidade de Saúde.

Com os melhores cumprimentos

O Coordenador da USF Lusitana

(Fernando Andrade, Dr.)



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Director Executivo da
USF D. Duarte
Av. Dr. António José de Almeida
3514-511 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	1355
Data:	22/12/2011
Processo:	70

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, enfermeira do Serviço de Exames Especiais do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, Helena Maria Cardoso Leitão Loureiro, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A relação de ajuda no cuidado em Enfermagem: perspectiva de adolescentes".

O objectivo principal deste estudo é analisar que os adolescentes têm da relação de ajuda que os Enfermeiros estabelecem com eles.

Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.^a que se digne autorizar a realização da colheita de dados durante o período de 1 de Janeiro a 29 de Fevereiro de 2012, no Serviço de Consulta de Saúde Infantil dessa USF.

Em anexo, enviamos o Projecto de Investigação; o Instrumento de Colheita de Dados; a Declaração de Consentimento Informado; e o Curriculum Vitae do Investigador.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Amarilis Rocha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos da estudante. Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da ESSV

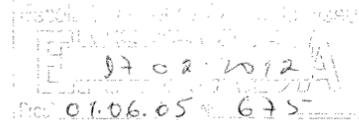
Professora Doutora Amarilis Rocha

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

AR/NC



P. F. F. F.



Exma. Senhora:

Vice-Presidente da Escola Superior de Saúde
de Viseu

R: D. João Crisóstomo Gomes de Almeida

3500-843 Viseu

502053

13-022012

Assunto: Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados

Relativamente ao assunto em epígrafe e em resposta aos V. Ofícios Nº 1347 de 22/12/2011 e 1355 de 22/12/2011 cumpre-me informar V. Ex^ª. de que os pedidos de Autorização para Efectuar Colheita de Dados foram aceites por esta Unidade de Saúde.

Com os melhores cumprimentos

O Coordenador da USF Lusitana

(Fernando Andrade, Dr.)



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Director Executivo da
USF Grão Vasco
Av. Madre Rita de Jesus, 3
3500-177 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº: 1354	Data: 22/12/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, enfermeira do Serviço de Exames Especiais do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, Helena Maria Cardoso Leitão Loureiro, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "*A relação de ajuda no cuidado em Enfermagem: perspectiva de adolescentes*".

O objectivo principal deste estudo é analisar que os adolescentes têm da relação de ajuda que os Enfermeiros estabelecem com eles.

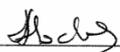
Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.^a que se digne autorizar a realização da colheita de dados durante o período de 1 de Janeiro a 29 de Fevereiro de 2012, no Serviço de Consulta de Saúde Infantil dessa USF.

Em anexo, enviamos o Projecto de Investigação; o Instrumento de Colheita de Dados; a Declaração de Consentimento Informado; e o Curriculum Vitae do Investigador.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Amarílis Rocha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos da estudante. Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da ESSV


Professora Doutora Amarílis Rocha

AR/NC



aqr

Sua referência:

Sua comunicação:

Nossa referência:

ASSUNTO:

USF

2012-02-07

Pedido de autorização para efectuar colheita de dados (Processo 70 -
Ofício nº 1354)

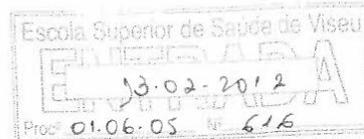
Relativamente ao assunto em epígrafe, cumpre-me informar V. Ex.^a, de que o mesmo foi debatido em reunião do Conselho Geral, tendo sido aprovado por unanimidade, dado nesta data não estarem a decorrer outros trabalhos.

Está desde já autorizada a colheita de dados solicitada, que se poderá estender até 31 de Março de 2012, atendendo aos correspondentes condicionalismos, nomeadamente o atraso na chegada e deferimento do requerido.

Com os melhores cumprimentos

A Coordenadora da USF Grão Vasco


(Graça Maria Martins, Dr.^a)



Ex.^{mo} Senhor

Presidente da Escola Superior de Saúde
de Viseu

R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida

Nº 102

3500-177 Viseu