



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CAMINHOS DE ESPERANÇA

O ADOLESCENTE /FAMÍLIA PORTADOR DE DOENÇA CRÓNICA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por MARIA CLARA CAMILO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Sob orientação de MESTRE LÍLIA ROSA ALEXANDRE VARA

LISBOA, Fevereiro de 2011

(...) Continuemos a caminhar na esperança! Adeus!

Bento XVI/Porto, 14.Maio.2010

RESUMO

Ao reflectirmos no processo adaptativo do adolescente a uma doença crónica, incapacitante ou de mau prognóstico, torna-se fundamental compreender a percepção que cada adolescente tem relativamente à sua doença, mas também, compreender de que forma a doença interfere no seu processo de desenvolvimento e na resolução das tarefas essenciais da adolescência

A doença crónica representa um factor de stress importante para o jovem e para a família, Assim, as suas conseqüências vão depender da forma como o adolescente e a família, com a ajuda dos profissionais de saúde, vão ser capazes de compreender, interpretar, avaliar e confrontar a situação de doença e as experiências de sofrimento e limitação física que dela decorrem.

O agir profissional dos enfermeiros, seja nos Cuidados de Saúde Primários seja nos Cuidados Diferenciados, deve constituir uma força impulsionadora do bem-estar e da esperança, pelo que é necessário identificar quais as intervenções que o enfermeiro deve adoptar como promotoras de esperança. Intervenções que promovam suporte a nível social, emocional, formativo e instrumental contribuem para o desenvolvimento de competências que permitem um bom processo adaptativo à situação de saúde de cada um, promovem a esperança e a motivação, e diminuem o sofrimento.

A esperança é imprescindível à resiliência, que pode ser definida como a capacidade que permite o sujeito, grupo ou comunidade, prevenir, minimizar ou ultrapassar os efeitos perturbadores das adversidades e enquanto, uma das principais emoções do ser humano potencia o seu bem-estar e a qualidade de vida. Surge como uma poderosa estratégia de “coping” visando a promoção e a manutenção da saúde, constituindo-se uma força inerente ao ser humano.

O presente relatório tem como principal objectivo descrever e analisar criticamente, as competências pessoais e profissionais, assim como as actividades desenvolvidas, com vista à promoção da esperança do adolescente/família portador de doença crónica. Surge na sequência de um projecto de estágio concretizado em três módulos, distribuídos por duas instituições de saúde, Direcção-Geral de Saúde e Hospital de Dona Estefânia.

A metodologia adoptada foi a descritiva, analítica e reflexiva, tendo por base a elaboração de um portfolio reflexivo que fundamentou as actividades desenvolvidas.

A doença, a hospitalização e a morte implicam sofrimento para o adolescente e família, pelo que, é importante que o enfermeiro esteja atento e promova a esperança. O facto de o enfermeiro acreditar na resolução dos problemas e ter esperança no futuro, é essencial para que o adolescente e família também o percepcionem de forma positiva.

Palavras-chave:

Adolescente; Esperança; Enfermeiro

ABSTRACT

Upon reflection on the adolescent's adaptable process to a chronic, disabling or of poor prognosis illness, it is not only essential to understand the perception that each adolescent has in what it regards his/her illness, but also to understand in which way the illness interferes in his/her development process and in the resolution of the essential adolescence tasks.

The chronic disease represents a major stress factor for the youngster and the family. Thus, its consequences will depend upon the way the adolescent and the family, with the help of the health care professionals, will be able to understand, interpret, evaluate and confront the disease situation and the suffering and physical limitation experiences that come of it.

The professional acting of nurses, be it in the Primary Health Cares, be it in the Differentiated Cares, should constitute a driving force of well-being and hope, making it necessary to identify the interventions which the nurse should adopt as hope promoting. Such interventions that promote support on a social, emotional, learning and instrumental level contribute to the development of abilities which allow a good adaptable process to each one's health situation, promote hope and decreases suffering.

Hope is indispensable to resilience, which may be defined as the ability that allows the individual, group or community to prevent, minimize or overcome the distressing effects of adversities and as one of the human beings main emotions, strengthens his well-being and quality of life. It arises as a powerful "coping" strategy aiming at the promotion and maintenance of health, becoming an intrinsic strength to human beings.

This report has the chief goal of describing and critically analysing the personal and professional competences as well as the developed activities which aim at the promotion of hope in the adolescent and the family of the chronic disease bearer. It arises as the consequence of an apprenticeship project which was implemented in three modules, distributed by two health institutions, namely the Direcção Geral de Saúde, (General Health Department) and Dona Estefânia Hospital.

The adopted methodology was the descriptive, analytical and reflexive one, which was based on the making of a reflexive portfolio that grounded the developed activities.

Illness, hospitalization and death mean suffering for the adolescent and family, so it is important that the nurse is attentive and hope promoting. The fact that the nurse believes in the solving of problems and feels hopeful, is essential to make the teenager and family have the same kind of positive approach to the situation

Key-words:

Adolescent; Hope; Nurse

AGRADECIMENTOS

À minha família pela força, disponibilidade, compreensão e carinho demonstrados ao longo deste caminho.

À Profª Lília Vara, minha orientadora, pela sua paciência, a sua sensibilidade e por me ter ajudado a iluminar o meu caminho...

Aos colegas e amigos deste Curso, especialmente à Anabela Namora pela motivação, pela união, pela ajuda e partilha em todos os momentos.

Aos colegas da minha equipa de trabalho do serviço, pelo incentivo, apoio e boa disposição.

A todos os profissionais que fizeram parte deste percurso quer na componente teórica, quer na prática.

QUE A ESPERANÇA SEJA UMA CONSTANTE NAS SUAS VIDAS

SIGLAS E ABREVIATURAS

CHLC/EPE,HDE – Centro Hospitalar de Lisboa Central/EPE, Hospital de Dona Estefânia

DGS – Direcção-Geral de Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

HDE – Hospital Dona Estefânia

HPV – Vírus do Papiloma Humano

ICS - Instituto de Ciências da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SCM – Santa Casa da Misericórdia

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	8
1. FUNDAMENTAÇÃO.....	10
1.1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	12
2. DA CONTEXTUALIZAÇÃO À PRÁTICA.....	14
2.1 – MÓDULO I – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	15
2.1.1 - Unidade W+ da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCM)	15
2.1.2 – Direcção-Geral de Saúde (DGS)	19
2.2 – MÓDULO III – CUIDADOS DIFERENCIADOS	25
2.2.1 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).....	26
2.2.2 – Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).....	31
2.3 – MÓDULO II – PEDIATRIA MÉDICA - UNIDADE DE ADOLESCENTES.....	35
3. CONCLUSÃO	46
4. SUGESTÕES	48
5. BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS.....	55
ANEXO I – Projectos da Unidade W+.....	57
ANEXO II - Gravidez na Adolescência	63
ANEXO III - Interrupção (in)Voluntária da Gravidez	71
ANEXO IV - Plano Estratégico de Enfermagem 2009-2012	79
ANEXO V - Referencial para a Consulta do Adolescente/Jovem	95
ANEXO VI - Encontro de Partilha com Grupos de Pais	141
ANEXO VII - Folhetos Promotores de Esperança	147
ANEXO VIII - Poster Promotor de Esperança	153
ANEXO IX - Diploma de Alta/Transferência	157
ANEXO X - Guia de Orientação sobre Estratégias Promotoras de Esperança	161
ANEXO XI - Relatório de Formação "Implicações Ético-Legais no Atendimento ao Adolescente Menor", no SUP	179
ANEXO XII - Suporte Teórico sobre " Implicações Ético-Legais no Atendimento ao Adolescente Menor"	195
ANEXO XIII - Relatório da Formação sobre "Promoção da Esperança e Dignificação dos Processos de Luto"	215
ANEXO XIV - Suporte Teórico sobre "Promoção da Esperança e Dignificação dos Processos de Luto"	233
ANEXO XV - Relatório de Formação "Implicações Ético-Legais no Atendimento ao Adolescente Menor", na Unidade de Adolescentes	291

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) – Universidade Católica Portuguesa (UCP). Após a finalização da unidade curricular Estágio pretende, espelhar uma análise descritiva, crítica e reflexiva dos objectivos concretizados em cada um dos três módulos de estágio, as actividades realizadas, a respectiva contextualização bibliográfica e as competências/atitudes atingidas na concretização dos mesmos, confrontando os saberes anteriormente existentes com os que foram adquiridos ao longo do processo de aprendizagem. Assim, o estágio constitui um espaço de auto-formação e desenvolvimento do pensamento crítico e é visto como um elemento integrador de novos saberes nos diferentes campos.

O REPE (Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem), do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, ponto 3, artigo 4º, define que: “Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) deve contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde à criança, família e comunidade, passando na sua formação pelos diversos serviços, onde incute a prestação de cuidados de enfermagem avançada baseados na evidência. Assim, os três módulos de estágio foram realizados em duas instituições de saúde. O módulo I, foi efectuado na Direcção-Geral de Saúde (DGS) com uma breve passagem de três dias pela Unidade W+, da Santa Casa da Misericórdia. Os módulos II e III realizaram-se no Centro Hospitalar de Lisboa Central/EPE, Hospital de Dona Estefânia (CHLC/EPE, HDE), tendo o módulo II decorrido na Unidade de Adolescentes e o módulo III na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). Com vista, ao desenvolvimento de competências de EESIP, em contexto de cuidados de saúde primários e em cuidados diferenciados e após várias reflexões quotidianas no âmbito da prática profissional, incidi a escolha da área de intervenção a desenvolver, na “promoção da esperança ao adolescente/família portador de doença crónica”. Deste modo, como objectivo principal do estágio pretendi demonstrar como através de intervenções do EESIP, a esperança é reconhecida como uma força inerente ao ser humano, promotora de uma qualidade de vida positiva e como tal, com efeitos terapêuticos.

A prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem/família em situação de doença crónica, enquadra-se numa das funções do EESIP, pois a este compete: «Promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.» (Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro, anexo I do art. 4º).

Por outro lado, o enfoque das intervenções de enfermagem na promoção da esperança e dos processos adaptativos, responde a um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade

dos cuidados de enfermagem, contemplados pela Ordem dos Enfermeiros: «na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde (...)» (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.12).

Neste âmbito, e para uma melhor compreensão, este relatório será estruturado em vários capítulos e apresenta como principais objectivos:

- Demonstrar conhecimentos e competências desenvolvidas ao nível da área da especialização.
- Reflectir e avaliar sobre as acções realizadas, as suas implicações e comunicar as conclusões.

Estruturalmente, é constituído por uma breve introdução, um primeiro capítulo onde se apresenta a fundamentação e o enquadramento conceptual da temática desenvolvida, seguindo-se um segundo capítulo, “*da contextualização à prática*” integrando a breve caracterização das unidades de saúde onde decorreram os estágios, destacando as características com maior relevância para o tema em estudo e onde são abordados os objectivos de cada módulo, as actividades realizadas na concretização dos mesmos e as competências específicas do EESIP adquiridas e desenvolvidas efectuando-se um paralelismo com a contextualização bibliográfica.

Em conclusão, realizei uma análise e reflexão do crescimento pessoal e profissional conseguido através deste percurso formativo, referindo dificuldades e limitações sentidas assim como sugestões para possíveis investigações futuras.

1. FUNDAMENTAÇÃO

A nível mundial, o desenvolvimento e evolução tecnológica nas diversas áreas de intervenção em saúde contribuem para o prolongamento de situações incuráveis. Para Neves (2001), temos como consequência ao acréscimo da implementação de técnicas biomédicas o aumento da esperança média de vida das crianças. Este aumento eleva a prevalência de doenças crónicas na infância e adolescência, levando à necessidade de cuidados relacionados com a área afectiva e relacional, sendo o alívio do sofrimento e a consequente promoção da esperança uma responsabilidade do enfermeiro, pelo que este deve procurar estratégias de intervenção cada vez mais eficazes.

As definições de doença crónica não são de facto unânimes na sua generalidade, pois convergem para uma definição genérica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença crónica deverá estar presente pelo menos há um ano e deverá exigir um tratamento contínuo. “Considera-se que um adolescente tem doença crónica quando existe uma incapacidade permanente ou residual, uma alteração patológica não reversível ou uma situação que exija um longo período de supervisão, observação, prestação de cuidados e/ou reabilitação.” (Fonseca 1998, p.98)

Ser portador de uma doença grave, incapacitante ou de mau prognóstico, que requer tratamentos agressivos, desencadeia no adolescente/família, um sentido de reorientação trazendo novos rumos à sua vida. As situações de crise, especialmente as que implicam risco de vida, podem provocar alterações emocionais e comportamentais geradoras de stress. Compete ao EESIP, dentro das suas atribuições, promover estratégias de suporte a nível social, emocional, formativo e instrumental contribuindo assim, para o desenvolvimento de competências que permitam um bom processo adaptativo à situação de saúde de cada um, promovendo a esperança e a motivação, e diminuindo o sofrimento. Sendo o enfermeiro especialista aquele que apresenta “ (...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, (...)” (OE, 2007, p.17)

Ao longo do ciclo vital o ser humano é confrontado com transformações e desafios que emergem no dia-a-dia, o que obriga a sucessivas adaptações. A capacidade e o modo de resposta a essas transformações influenciam directamente o seu desenvolvimento, as suas relações com o meio e a sua saúde. A capacidade de adaptação a um processo de doença, depende de vários factores, tais como: apoio familiar e social, características individuais, acesso aos recursos de saúde, complexidade da doença e suporte da equipa de saúde (Anders e Lima, 2004).

Pessoas que contam com a protecção e os recursos do seu meio ambiente, as suas potencialidades, as suas capacidades e características positivas superam situações de

crise/sofrimento, saindo fortalecidas, demonstrando uma capacidade extraordinária de produzir saúde, Polleto (2006).

O desenvolvimento de competências relacionais por parte do enfermeiro de saúde infantil com a criança/adolescente e família que é hospitalizada, permite responder adequadamente às reacções esperadas em situações de crise, assim durante uma crise situacional o EESIP, promove mecanismos de adaptação e de controlo familiar.

O agir profissional dos enfermeiros, seja nos Cuidados de Saúde Primários seja nos Cuidados Diferenciados, deve constituir uma força impulsionadora do bem-estar e da esperança, pelo que é necessário identificar quais as intervenções que o enfermeiro deve adoptar como promotoras de esperança.

A esperança surge como um construto que aponta para um novo modo de compreender o desenvolvimento humano pela dimensão da saúde e não da doença. Prioriza as forças do ser humano para produzir saúde.

Constitui-se uma força inerente ao ser humano, assumindo-se como uma característica da personalidade humana positiva, causando impacto positivo no bem-estar físico, psicológico e espiritual, contribuindo para uma vivência saudável e digna. Assim, falar de esperança implica falar de saúde, de promoção da saúde e de uma qualidade de vida a que pessoa aspira.

Pires (2006) refere-se à esperança como virtude positiva essencial, ajuda a viver com as diversas situações do quotidiano, mas é em períodos agudos de stress e de adaptação às mudanças significativas que o ser humano apela à esperança, pois esta motiva-o, fortalece-o e capacita-o para lidar com as suas vivências. A forma como a esperança é vivenciada por cada pessoa torna-a única e dinâmica, com cariz multidimensional, onde uma dimensão alterada pode contribuir para todas as outras dimensões serem afectadas.

Para Snyder (2000), a esperança como uma das principais emoções positivas, influencia fortemente o indivíduo, no que respeita e empreender novos caminhos com vista a novos desafios. Assim, inclui o estabelecimento de metas, encontrar formas de as alcançar e a motivar-se para tal.

Estudos comprovam o potencial terapêutico da esperança, baseando e justificando esta posição na expectativa de cura (Barros de Oliveira, 2004; Groopman, 2004; Lazure, 1996). Este reconhecimento implica a presença de esperança em situações de doença crónica, incapacidade ou de mau prognóstico, em que de um lado, estão realidades de limitação e de dependência e, do outro, as energias e recursos que cada um descobre dentro de si (Pires, 2006).

Ainda para o mesmo autor (2006), se a esperança é essencial ao homem em situações extremas do quotidiano, se estão documentados os seus efeitos positivos na qualidade e mesmo na manutenção de vida, se é reconhecido o papel do profissional de saúde como promotor de esperança, a esperança enquanto construto, interessa a todos os profissionais de saúde, tornando-se o foco do planeamento dos cuidados.

Ao considerarmos a importância da esperança como uma característica humana positiva e como uma estratégia de coping poderosa na vida do adolescente/família, esta surge como uma

componente fundamental no agir profissional dos enfermeiros, podendo estes influenciar positiva ou negativamente a esperança dos seus utentes.

A indução e/ou reforço da esperança remete para a consciencialização por parte dos enfermeiros, que a esperança é importante e essencial no processo de restabelecimento da saúde. O exercício da profissão de enfermagem centrando-se nas respostas humanas nos processos de saúde-doença e de vida, exige do profissional uma relação com os indivíduos e famílias nos diferentes processos de transição das suas vidas. Assim, o EESIP pode assumir-se como um recurso importante e essencial ao contribuir para aumentar as potencialidades dos adolescentes/família ao enfrentarem uma doença crónica, incapacitante ou de mau prognóstico.

1.1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A enfermagem como disciplina é caracterizada por uma perspectiva que modela a forma como os enfermeiros tendem a ver e compreender os fenómenos, e onde podem desenvolver conhecimentos que sirvam para a sua prática. A necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos cuidados, tem motivado os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais que sirvam de quadro de referência e que os norteie na prestação de cuidados.

A utilização de um modelo comum para a prática dos cuidados de enfermagem é imprescindível para uma correcta comunicação entre todos os que integram a equipa de saúde, de modo a proporcionar segurança ao utente e família e favorecer a continuidade de cuidados. Para que isto aconteça é necessário que sejam os próprios enfermeiros a sentirem a necessidade de encontrar um modelo que responda às suas próprias convicções, crenças, valores e conhecimentos e que sirva também de ligação com os anseios dos utentes.

A necessidade que a enfermagem pediátrica tem sentido de descrever a natureza dos cuidados que presta, tem levado os enfermeiros pediátricos a utilizar modelos de enfermagem e a aprofundar conhecimentos sobre referenciais teóricos que orientem os cuidados de enfermagem, nomeadamente no que respeita ao adolescente portador de doença crónica e que favoreçam a sua adaptação às transformações e transições, a fim de estabelecer um modo de cuidar que considere a pessoa como sujeito do agir profissional.

Ao abordarmos o fenómeno adolescência/doença crónica faz sentido enquadrá-lo e analisá-lo sob o paradigma da transformação, que perspectiva os fenómenos como únicos, mas em interacção com tudo o que os rodeia. “Um paradigma é uma maneira de pensar, é uma nova visão do mundo que orienta para uma nova conceptualização da disciplina de forma a compreender os fenómenos de maneira diferente” (Carvalho, 2004, p.60).

Na sequência do paradigma da transformação, surge o conceito de “caring” ou cuidar. “(...) cuidar requer elevada consideração e reverencia pela pessoa e pela vida humana, valores não

paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha” (Watson, 2002, p. 55-65)

Os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar tal como a pessoa o percebe e define. Intervir significa “ser com” a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolhe.

Assim, o processo de cuidar de um adolescente/jovem é nada mais que uma interação na qual enfermeiro e adolescente participam, indo ao encontro de objetivos estabelecidos em comum. Como alvo dos cuidados o adolescente deve ser inserido no processo do cuidar.

Watson (1985) relaciona intimamente o processo do cuidar humano (human care) com um processo de interação entre seres humanos, sendo o cuidar humano a dimensão da prática profissional. É a esta relação interpessoal que a autora chama a essência dos cuidados de enfermagem,

A essência de Enfermagem deriva do Cuidar, enquanto actividade essencial na manutenção e perpetuação da espécie humana. A Enfermagem surge então da necessidade da profissionalização do Cuidar, de forma a assegurar a prestação de cuidados, fundamentados num conhecimento das ciências médicas e humanas, que permitam ao indivíduo a satisfação das suas necessidades e promoção da sua qualidade de vida.

Para Watson (1985), cuidar é um termo de enfermagem que representa os factores que os enfermeiros utilizam para prestar cuidados de saúde. Afirma que, ao responder aos outros como indivíduos únicos, a pessoa que cuida entende os sentimentos do outro e reconhece a sua singularidade.

Esta teoria dá grande ênfase à dimensão espiritual do indivíduo e à promoção de humanidade em nós e no outro, evidenciando a realização e consciencialização da relação transpessoal, e da sua potencialidade para melhorar a humanidade dos intervenientes na relação com o Universo. A relação transpessoal assenta no ser humano como um todo, nas suas vertentes psicológicas, biológicas, espiritual e social, e deve promover o crescimento das pessoas e a harmonia interior (mente, corpo e espírito) e exterior (universo, natureza e ambiente) das pessoas intervenientes (Enfermeiro e Utente).

Procura-se privilegiar os aspectos mais estruturantes de reflexão, para contribuir para o desenvolvimento de uma profissão que é simultaneamente uma arte, e um conhecimento profundo ligado à pessoa humana, aos seus valores fundamentais, às suas necessidades, ligado à prática quotidiana do “cuidar”. Cuidar em enfermagem, é um ponto de partida, uma atitude, um desejo de empenhamento, implicando sempre um relacionamento recíproco entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. O cuidar ultrapassa a noção de prestar cuidados a..., é dar atenção a..., é estar preocupado com..., é sentir-se responsável por..., é atender às necessidades de... Para isso, não basta boa vontade, é necessário todo um trabalho pessoal, através do desenvolvimento de capacidades específicas que serão concretizadas em atitudes, competências e habilidades.

2. DA CONTEXTUALIZAÇÃO À PRÁTICA

A reflexão que se segue pretende espelhar as interacções que resultaram das actividades de cuidar desenvolvidas durante o percurso de aprendizagem.

Pretende fazer uma exposição objectiva e estabelecer uma relação entre os saberes adquiridos anteriormente e os obtidos durante os estágios. Estes demonstraram uma forte coesão e interligação, quer pela articulação dos conteúdos quer pela sua aplicabilidade prática no contexto de trabalho e permitiram desenvolver o auto-conhecimento e a aquisição de competências necessárias para um desempenho profissional de qualidade, contribuindo para um crescimento tanto a nível profissional como pessoal. “ (...) Ao profissional não basta já ter o título, este necessita provar, na acção e em situação, a sua competência para intervir de forma adequada. É o próprio que, por via do modo como intervém, conquista a legitimidade para a sua acção (...)” (D’Espiney, 2008, p. 11)

Pela sua abrangência, todos os conteúdos se encontram interligados e interrelacionados entre si, apresentando uma forte simbiose com as outras Unidades Curriculares (UC) que compõem o Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A apresentação desta reflexão será estruturada por módulos, por parecer uma forma de organização de leitura mais acessível e perceptível. De referir, no entanto, que em todos os módulos de estágio efectuei primeiramente um reconhecimento do contexto específico da prestação de cuidados de enfermagem em cada local, com enfoque nos aspectos relacionados com a temática a desenvolver, no sentido de melhor adequar as intervenções à prática encontrada. Procurei desta forma conhecer a dinâmica funcional e organizacional da unidade prestadora de cuidados em questão tendo sido efectuadas reuniões formais e informais com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador, consultadas normas, protocolos e manuais existentes e efectuada uma observação dirigida e participada da prática de enfermagem.

Como objectivo geral, pretendi contribuir para a promoção dos processos adaptativos da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP, na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família. Este objectivo torna-se pertinente na medida em que considerando o objecto de estudo da enfermagem, espera-se dos enfermeiros intervenções de suporte competentes e eficazes em situações de crise/stress que afectem a unidade familiar, tanto em âmbito hospitalar como comunitário.

Como elemento de referência da equipa de cuidados, o EESIP deverá desempenhar um papel activo, na tentativa da promoção de processos adaptativos adequados a cada criança/jovem/família. Pretende-se que seja o garante, não só de um entendimento profundo da situação, como também saber dar uma resposta adequada às suas necessidades, ao longo das suas diferentes fases de desenvolvimento.

2.1 – MÓDULO I – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Segundo o Decreto-lei nº60/2003, de 1 de Abril, Artigo 2º 1a) os cuidados de Saúde Primários são um serviço público de prestação de cuidados de saúde essenciais ao indivíduo, família e comunidade, dotados de autonomia técnica e administrativa. Assentam sobre métodos e técnicas práticas, cientificamente válidas e socialmente aceites, mediante um custo que a comunidade e o país possam suportar; sendo acessível a todas as pessoas sem restrição de raça, sexo, cultura ou idade, num espírito de auto responsabilização e de auto determinação. Tem como particularidade a aproximação aos locais onde as pessoas vivem e trabalham, e é o primeiro elo de ligação do indivíduo, família e comunidade ao Serviço Nacional de Saúde (Declaração da Alma-Ata, 1978).

2.1.1 - Unidade W+ da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCM)

A passagem pela Unidade de Saúde Jovem (Unidade W +) da SCM (recursos da comunidade), no período compreendido entre 19 e 21/04/2010, está associada ao módulo I da UC Estágio.

A missão dos Serviços de Saúde da SCM de Lisboa consiste em prestar cuidados de saúde à população carenciada da cidade de Lisboa, quer na vertente preventiva, quer na vertente curativa e de reabilitação.

A Unidade W+ enquadra-se então num projecto social, educacional e de saúde da SCM vocacionado para dar um conjunto de respostas na área da saúde a jovens dos 12 aos 24 anos. Atende cerca de 3000 jovens, uns ligados aos diversos equipamentos da SCM e outros provenientes das áreas de intervenção da SCM.

Os objectivos desta permanência passaram por:

- Compreender a missão, natureza e atribuições da Unidade W+, assim como a sua estrutura, organização e dinâmica de funcionamento.
- Análise dos projectos e procedimentos desenvolvidos pelos EESIP na Unidade W+.
- Analisar e reflectir a prática de intervenção do EESIP.
- Conhecer a rede de parceiros com que a Unidade se articula.

Deste modo, tracei como principais actividades de aprendizagem:

- Consulta e análise de informação acerca da missão e atribuições da Unidade W+.
- Entrevista com os Enfermeiros da Unidade, focando aspectos como o circuito de atendimento do adolescente/jovem, a articulação com outros serviços da comunidade e recursos humanos e materiais existentes.
- Troca de experiências com diversos profissionais envolvidos no projecto “Ocupa-te”.
- Acompanhamento e observação participativa da intervenção do EESIP junto ao adolescente/jovem.
- Reunião de trabalho no Hospital de D. Estefânia no âmbito do protocolo estabelecido entre as duas instituições.

- Consulta de legislação sobre o atendimento em consulta ao adolescente/jovem menor de idade.
- Consulta de legislação sobre Interrupção Voluntária da Gravidez

Durante este percurso, pude acompanhar a EESIP na sua intervenção junto dos adolescentes/jovens que procuram a Unidade, pois só compreendendo os comportamentos e os estilos de vida dos adolescentes poderemos actuar com eficácia na educação para a saúde de modo a sermos promotores de uma escolha de vida saudável. Neste serviço reúne-se um grupo pluridisciplinar: enfermeiro, psicólogos, assistente social, ginecologista entre outros, procurando dar resposta aos objectivos propostos na génese da Unidade que segundo a EESIP, Maria João Alves abrangem diversas áreas de desenvolvimento do adolescente/jovem, tais como:

- Intervir em situações de disfuncionalidade ou marginalidade;
- Interromper ou eliminar ciclos de auto e hetero-destruição;
- Criar contextos terapêuticos e oportunidades de aquisição de competências pessoais e sociais;
- Proporcionar possibilidades de (re)integração social;
- Criar e fortalecer rede de suporte (formal e informal)
- Acompanhar e dar suporte à intervenção de forma continuada;
- Articular e encaminhar para os recursos existentes na comunidade;
- Sensibilizar e incentivar redes sociais inter-pares e familiares.
- Promover o desenvolvimento global a nível bio-psico-social;
- Criar contextos favoráveis a um desenvolvimento global saudável;
- Proporcionar experiências estruturantes de pertença, identificação, confiança e solidariedade, e o estabelecimento de relações significativas;
- Prevenir comportamentos de risco na esfera Bio-psico-social;
- Promover factores protectores e de resiliência.

Vários projectos (Anexo I) foram concebidos e aplicados para dar resposta à concretização destes objectivos, mas que com o actual contexto político/económico deixaram de ser implementados, quer por redução de recursos humanos quer por uma priorização de outras áreas.

Actualmente dos sete enfermeiros iniciais estão apenas três que incidem a sua acção maioritariamente nas consultas de planeamento familiar.

Alguns destes projectos não tiveram continuidade ou estão suspensos. O período de transição e mudança que se faz sentir a nível da reestruturação dos serviços afecta o desempenho e a motivação dos enfermeiros. A redução em recursos humanos nomeadamente na enfermagem leva a uma intervenção muito mais reduzida, estando sobretudo os enfermeiros a dar resposta à área do planeamento familiar e a apoiar o projecto "Ocup@-te".

Este projecto com a duração de 5 meses surge pela necessidade de encontrar respostas que possam ajudar a desenvolver competências sócio-afectivas e cognitivas numa população jovem com problemática afectivo-emocional e do comportamento, carenciada onde todos os recursos educacionais e sociais se esgotaram. Pretende-se assegurar uma intervenção especializada que possibilite e potencialize a modificação de comportamentos de modo a atingir diversas áreas de desenvolvimento envolvendo profissionais em várias áreas de intervenção. Neste projecto é competência do EESIP desenvolver programas modulares, em sessões semanais onde esteja patente o investimento nos comportamentos geradores de saúde e bem-estar.

Para além deste projecto formativo o EESIP é chamado a intervir em programas de formação noutros equipamentos da SCM nomeadamente no Centro Multicultural de Formação, dinamizando a educação para a saúde dirigida a adolescentes e jovens sendo as temáticas mais pretendidas relacionadas com comportamentos sexuais e consumo de substâncias nocivas.

A consulta de enfermagem na Unidade W+, como actividade autónoma com base em metodologia científica, pretende uma avaliação global da saúde do adolescente/jovem, formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, procurando dar resposta imediata às necessidades dos jovens que ali se dirigem. Os enfermeiros focalizam a sua atenção no encaminhamento dos jovens de modo a dar resposta às necessidades sentidas por estes, independentemente de juízos de valor. De acordo com a DGS (1992), faz parte da consulta de enfermagem o acolhimento, levantamento de ocorrências, avaliação do crescimento e desenvolvimento, promoção de cuidados antecipatórios e intervenção face ao risco. Ao contemplar estas etapas, o enfermeiro consegue definir estratégias de aconselhamento e orientar ensinamentos de modo a promover a qualidade dos cuidados.

A consulta de enfermagem é o local privilegiado de intervenção através de ensino individualizado e dirigido, de modo a estabelecer planos de saúde integrados com a vontade do jovem de modo a promover a adesão a comportamentos de vida saudáveis.

Muitos jovens procuram espontaneamente a Unidade W+ como local onde sentem total disponibilidade no atendimento sem moralismos ou paternalismo.

A prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da gravidez precoce priorizam qualquer outro projecto de promoção da saúde e estilos de vida saudáveis. Actualmente a falta de médico de Obstetrícia e Ginecologia é sentida de uma forma significativa pois muitos dos jovens são portadores de IST (candidíase; tricomonas; gonorreia; HPV; ...) e o reenaminhamento para o médico de família por vezes não tem a melhor adesão, devido ao receio da quebra de sigilo e ao reconhecimento por parte de pessoas conhecidas da zona de residência. Procura-se a articulação com outros equipamentos da SCM quando se prevê a não adesão ao Centro de Saúde. Por outro lado verifica-se um número elevado de adolescentes grávidas (Anexo II) e um aumento da procura de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). (Anexo III).

A OMS (2002/2004) aponta como principais problemas de saúde específicos da adolescência a gravidez indesejada, as IST, o consumo de álcool, tabaco e drogas, os acidentes rodoviários e os hábitos alimentares.

Portugal é o segundo país da Europa com maior número de gravidez na adolescência, apenas suplantado pelo Reino Unido. Em 2005, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), nasceram 5 519 crianças, concebidas por mães com idades entre os 12 e os 19 anos.

A incidência das IST continua a aumentar em Portugal, com 15% de jovens infectados com o vírus VIH com menos de 25 anos, e 8,8 % dos jovens com menos de 15 anos que têm relações sexuais sem preservativo (INE, 2005)

O estudo sobre “Comportamentos sexuais nos adolescentes: promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA” (Dias, 2009) evidencia que os comportamentos sexuais precoces aumentam a vulnerabilidade ao nível da saúde sexual e que com a idade aumenta também a probabilidade do envolvimento em mais comportamentos de risco.

Uma das competências do EESIP mais necessárias prende-se com o despiste de necessidade de intervenção nas diversas tarefas de desenvolvimento do adolescente/jovem e encaminhamento para equipamentos que possam dar resposta e maximizar os ganhos em saúde para o jovem/futuro adulto.

De acordo com a alínea d) do artigo 84º do Código Deontológico, o enfermeiro assume o dever de “informar sobre os recursos que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter” (Decreto-lei nº 104/98). Para isso é importante que o enfermeiro tenha conhecimento dos recursos na comunidade e formas de acesso.

A procura de uma intervenção transdisciplinar está presente na filosofia de cuidados da Unidade e compete ao enfermeiro otimizar esta articulação.

A Unidade W+ articula-se com os diversos centros de saúde e centros de atendimento a adolescentes/jovens. Na articulação com as unidades hospitalares, Hospital D. Estefânia, Hospital Sta. Maria, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, verifica-se uma crescente optimização na rapidez em que a marcação de consultas de especialidade é efectuada entre as próprias instituições.

Durante a passagem pela unidade W+ pude acompanhar a EESIP a uma reunião de avaliação de situações de jovens referenciados por esta à consulta de adolescentes do Hospital de D. Estefânia, onde se procurou encontrar respostas para as necessidades de saúde de vários jovens.

Considero que apesar da curta permanência neste equipamento da SCM de Lisboa, os objectivos inicialmente traçados foram plenamente atingidos, sendo responsabilidade do enfermeiro desenvolver competências no entendimento das diferentes áreas de desenvolvimento do adolescente/jovem, e identificar as repercussões negativas que alguns comportamentos padrões de conduta têm sobre elas, de modo a desenvolver uma intervenção eficaz.

2.1.2 – Direcção-Geral de Saúde (DGS)

A segunda parte do módulo I da UC Estágio decorreu na Direcção-Geral de Saúde (DGS) no período compreendido entre 26 de Abril a 16 de Junho de 2010, integrando a Unidade de Apoio às Emergências de Saúde Pública (UESP).

A escolha do local de estágio prende-se a um interesse profissional e pessoal, de compreender a visão e o funcionamento de um órgão normativo, no que concerne à promoção da saúde e prevenção da doença do adolescente/jovem.¹

Fizeram parte dos objectivos:

- Conhecer a dinâmica organizacional e os projectos que contribuem para a excelência dos cuidados prestados ao jovem/família.
- Compreender as atribuições do Assessor Governamental de Enfermagem em Portugal.
- Elaborar um projecto para a consulta de enfermagem do adolescente/jovem que sirva de referencial para os Centros de Saúde.

Assim para dar resposta aos objectivos, e tendo presente que o enfermeiro confronta-se simultaneamente com a complexidade psicossocial do adolescente/jovem e a necessidade de efectuar promoção de saúde e prevenção dos comportamentos de risco, as actividades desenvolvidas na DGS passaram por:

- Consulta e análise de documentos que expressam a dinâmica de funcionamento da DGS.
- Identificar funções do Assessor Governamental de Enfermagem em Portugal, através de consulta de documentos e entrevista com o próprio.
- Consulta do Programa de Saúde Infantil e Juvenil.
- Consulta das actuais políticas para a promoção da saúde na adolescência em Portugal.
- Definição da estrutura do projecto sobre a consulta de enfermagem ao adolescente/jovem.
- Revisão da literatura acerca do desenvolvimento do adolescente/jovem.
- Visita ao Centro de Saúde de Oeiras.
- Visita ao Centro de Saúde de Santo António dos Cavaleiros.
- Entrevista com a enfermeira responsável da consulta de adolescentes do Hospital de D. Estefânia.
- Entrevista com a enfermeira responsável sobre o projecto “Atreve-te!!!” da Unidade de Saúde Familiar, do Centro de Saúde de Queluz.
- Elaboração de um referencial de intervenção na consulta de enfermagem ao adolescente/jovem.
- Elaboração de um formulário-tipo que sirva de apoio aos registos de enfermagem.

¹ A OMS, de acordo com a documentação mais relevante produzida, considera **população juvenil** o conjunto dos indivíduos de idade compreendida entre os **10 e os 24 anos** e atribui as designações de **adolescentes** e de **jovens** aos indivíduos que têm entre **10 e 19 anos** e entre **15 e 24 anos**, respectivamente. No presente documento, adopta-se a designação genérica de “jovens” sempre que não esteja em causa qualquer especificidade que justifique menção expressa ao grupo dos “adolescentes”.

- Elaboração de uma ficha de indicadores de avaliação que oriente e valide as intervenções de enfermagem nos ganhos para a saúde, adquiridos pelos adolescentes/jovens.

A DGS como órgão normativo do Ministério da Saúde, tem por missão “regulamentar, orientar e coordenar as actividades de promoção da saúde, prevenção da doença e definição das condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde” (decreto Regulamentar nº 66/2007).

Através da publicação do Decreto- Lei n.º 234/2008, de 2 de Dezembro, foram alteradas e republicadas as seguintes atribuições:

- Emitir orientações e desenvolver programas específicos em matéria de promoção e protecção da saúde e prevenção e controlo da doença;
- Emitir orientações e avaliar a prestação de cuidados de saúde nas redes hospitalar, de centros de saúde e unidades de saúde familiares e de cuidados continuados;
- Elaborar e difundir normas de boas práticas e orientações para o desenvolvimento da excelência na prestação de cuidados de saúde;
- Promover o desenvolvimento, implementação, coordenação e avaliação de instrumentos, actividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional;
- Coordenar e assegurar a vigilância epidemiológica a nível nacional e no quadro da organização internacional nesse domínio, bem como dos sistemas de alerta e resposta apropriada;
- Elaborar e divulgar estatísticas de saúde e promover o seu aperfeiçoamento contínuo.

No desenvolvimento da sua missão a DGS prossegue ainda as seguintes atribuições, a nível nacional, para além das que lhe sejam conferidas por legislação própria:

- Apoiar o director-geral da Saúde no exercício das suas competências de autoridade de saúde nacional, nos termos previstos na lei;
- Acompanhar o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS), em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P.;
- Dirigir o sistema de emergências de saúde pública e coordenar a actividade de todos os demais serviços do Ministério da Saúde com intervenção nessa área em situações de emergência de saúde pública.

A DGS exerce as suas atribuições em articulação e cooperação com os demais serviços e organismos do Ministério da Saúde e, em especial, com as Administrações Regionais de Saúde, I.P.

Assim e no âmbito da definição do seu planeamento estratégico interno, a DGS, definiu quatro objectivos estratégicos que orientaram a actividade desenvolvida durante o ano de 2009:

1. Promover a saúde no ciclo de vida e em ambientes específicos.
2. Desenvolver abordagens de prevenção e controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis.
3. Melhorar o acesso e a adequação de prestação de cuidados de saúde.
4. Planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde.

De acordo com estas linhas de orientação estratégica, cada unidade orgânica programou os objectivos a alcançar e os recursos necessários para a respectiva execução, contratualizados entre a Direcção e os responsáveis de cada unidade orgânica, tendo existido a preocupação de os focalizar e agregar de acordo com os objectivos estratégicos e em consonância com a missão e as atribuições da DGS.

É neste contexto, que surge o Plano Estratégico Nacional de Enfermagem 2009-2012, (Anexo IV) sobre a orientação e coordenação do Chief Nursing Officer, contribuindo assim para o desenvolvimento, implementação e avaliação das políticas de saúde, no que concerne às estratégias e objectivos definidos para a enfermagem.

De realçar a importância para a enfermagem como profissão, da nomeação do Chief Nursing Officer (despacho nº 19816/2007), podendo assim concorrer para influenciar as políticas de saúde governamentais, de modo a reflectirem a realidade da prestação dos cuidados de saúde à população. Também a contribuição efectiva a nível internacional é de primordial importância na abordagem das questões de enfermagem e na definição da política de saúde, nomeadamente na Organização Mundial de Saúde.

Ao integrar a Unidade de Apoio às Emergências de Saúde Pública (UESP) e procurando estar em sintonia com o Plano Estratégico Nacional de Enfermagem 2009-2012 e com os seus princípios orientadores, desenvolvi um referencial (Anexo V) que pretende caracterizar o papel e o tipo de prestação de cuidados de enfermagem no que concerne à promoção da saúde e prevenção da doença ao jovem/adolescente, na consulta de enfermagem, de modo a produzir orientações com o objectivo de sistematizar e estruturar a intervenção dos profissionais de enfermagem.

Este referencial, tendo por base de intervenção os programas do Plano Nacional de Saúde visa promover a prestação de cuidados de enfermagem segundo orientações técnicas, numa perspectiva de eficiência e de eficácia que se traduzem em ganhos a médio e longo prazo para a saúde.

É competência do enfermeiro especialista conceber programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2009), assim como participar na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.

A manutenção e a promoção da saúde da criança/jovem e família são uma exigência para a qualidade dos serviços e cuidados prestados, devendo ser integrada na família como forma basilar de promoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2004). Assim deve ser efectuada por e com as pessoas, conforme Declaração de Jacarta, (1997) e deverá aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (Carta de Ottawa, 1986).

Este é um desafio exigido aos governos e à sociedade (Declaração México, 2000), mas também aos enfermeiros em particular aos EESIP, que como elementos de referência na equipa de cuidados de saúde desempenha um papel activo, na tentativa de promover boas práticas, visto que ao trabalhar na e com a comunidade, preocupa-se em proteger e promover a saúde das populações.

O valor atribuído à saúde na sociedade actual reveste-se de enorme importância não só como um direito humano fundamental, mas também como um sólido investimento social, conforme expressam as recomendações da Conferência Internacional de Adelaide (1998). Pretende-se que a obtenção de ganhos em saúde de forma continuada, não se traduza apenas no processo de saúde actual mas que se reflecta nas gerações vindouras.

Promover a saúde e a escolha de estilos de vida saudáveis é estrategicamente mais importante para um país do que apostar em cuidados de Saúde Secundários ou Terciários.

Falar em prevenção é falar num processo activo de implementação de iniciativas tendentes a modificar e a melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos fomentando competências pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde e bem-estar.

A actuação em prevenção compreende desde a informação e sensibilização, a espaços especializados de atendimento individual e familiar, à articulação com outras estruturas e serviços na análise e encaminhamento de situações de risco.

Segundo Patrício (2002), no âmbito da prevenção é importante promover atitudes, individuais e sociais, que eduquem a capacidade de realizar escolhas e tomar opções. Para Patrício (2006), saber escolher e escolher bem, é uma atitude de prevenção do mal-estar e do sofrimento. Por outro lado, ao saber escolher estamos mais preparados para crescer de forma harmoniosa, sabendo gerir e saborear a vida.

Sendo a adolescência considerada uma etapa do desenvolvimento com características particulares e tarefas bem definidas, na procura de identidade e de novas experiências, dando progressiva relevância à socialização no grupo de pares, é sem dúvida uma faixa etária de risco...

Porque é difícil definir com exactidão esta etapa da vida, a OMS (1985) considera o adolescente como todo o indivíduo entre os 10 e os 19 anos indica um processo dinâmico de transição entre a infância e o estado adulto, muitas vezes associado a mudanças de atitude e comportamentos incompreensíveis com alterações marcantes a nível físico, psicológico e social. Mais ainda, considera-se também que é nesta fase de desenvolvimento que os jovens, através de momentos de maturação diversos e variáveis de indivíduo para indivíduo, constroem a sua identidade, as suas referências e, também, o seu projecto de vida.

Tratando-se de uma fase de transição, a adolescência pode acarretar situações de sofrimento não só para o jovem, mas também para os seus pais e outros adultos que com ele interagem e resultar em problemas futuros, merecendo, por isso, a atenção dos EESIP. Assim é necessária a compreensão dos comportamentos e dos estilos de vida dos adolescentes para podermos actuar com eficácia na educação para a saúde de modo a promovermos a adopção de comportamentos de vida saudáveis.

Tendo em conta a complexidade desta etapa do desenvolvimento e a vulnerabilidade a que os adolescentes estão sujeitos pela necessidade de caminhar para a autonomia e construir a sua identidade, torna-se fundamental que o enfermeiro intervenha no sentido de antecipar futuros problemas, promover estilos de vida saudáveis e prevenir a doença, de forma a contribuir para o desenvolvimento harmonioso do adolescente/família.

Os comportamentos de risco determinam custos elevados para a saúde, directos e indirectos, pois afectam a qualidade e a esperança de vida da geração presente e futura. A promoção para a saúde e o incentivo à adopção de estilos de vida saudáveis é uma responsabilidade social devendo ser analisada como tal, integrando vários níveis e sectores da sociedade numa acção global. Assim compete aos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde mobilizar competências de modo a participar activamente na acção preventiva.

Surgiu assim a necessidade de clarificar a intervenção do enfermeiro através da implementação de um referencial de actuação, que defina um conjunto de intervenções com vista a destacar a importância da adopção de estilos de vida saudáveis promotores de saúde, contribuindo assim para reduzir a prevalência de factores de risco e aumento de ganhos em saúde, visando simultaneamente o desenvolvimento individual do adolescente/jovem e do grupo comunitário onde se insere, através da vivência efectiva de princípios e práticas promotoras de saúde.

Para a elaboração deste referencial de complementaridade ao Programa-tipo de actuação da Saúde Infantil e Juvenil, para além da revisão da literatura associada, realizei várias visitas a Centros de Saúde com consultas de atendimento ao adolescente/jovem de modo a identificar as áreas prioritárias de intervenção, os projectos existentes, parâmetros de boas práticas e dificuldades mais sentidas.

A anexar ao referencial de intervenção de enfermagem na abordagem ao adolescente/jovem, elaborei uma ficha com os indicadores de avaliação (pág.32 do Anexo V) que oriente e valide as intervenções de enfermagem nos ganhos para a saúde, adquiridos pelos adolescentes/jovens.

Nas várias visitas e entrevistas informais realizadas, verifiquei a necessidade de uma maior uniformização dos registos de modo a permitir a melhor continuidade do programa de actuação, tendo para isso elaborado um formulário-tipo (pág.36 do Anexo V) que sirva de apoio aos registos de enfermagem e que acompanhe o adolescente/jovem.

Para dar resposta às orientações constantes do referencial compete a cada centro de atendimento de adolescentes/jovens desenvolver programas e modelos de intervenção adaptados que a realidade social e cultural local impõem, considerando o ambiente onde os jovens vivem/estudam/trabalham.

Para o desenvolvimento e a implementação de programas de intervenção efectivos, oportunos e direccionados para os adolescentes, a investigação no âmbito dos seus conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais é essencial. (United Nations, 2005).

Nesta oferta de cuidados antecipatórios, deve o enfermeiro preocupar-se com acções de educação/promoção para a saúde que visem a capacitação do adolescente/jovem a participar na gestão da sua própria saúde valorizando a sua autonomia e responsabilidade.

Nesse sentido, o ambiente educativo a criar terá que ter necessariamente em conta desafios tais como: olhar para o adolescente na sua necessidade de desenvolvimento situado no cruzamento das linhas da consolidação da identidade e da capacidade de inter-relação; catalisar o processo de descoberta de si próprio como pessoa única, valiosa, digna; possibilitar o contacto, pessoal e estável, com figuras significativas, bem como o confronto com valores,

atitudes e ideais que poderão dar sentido e objectivos à sua vida. Esse ambiente educativo deverá proporcionar ao adolescente a possibilidade do encontro consigo mesmo, num contexto simultaneamente protegido e aberto, que lhe dê todo o tempo necessário para se ir consolidando como pessoa, sem ter que esconder ou recalcar, ou converter em agressividade descontrolada, as suas fragilidades, dúvidas e descobertas (Sampaio, 2002); (Hopkins, Tayner & Raymond, 2004); (Guimarães *et al*, 2007).

Actualmente, educação para a saúde não significa simplesmente modificações nos hábitos e comportamentos geradores de doença, mas visa sobretudo a implicação do adolescente numa maior responsabilização nas opções que dizem respeito à saúde e ao bem-estar, quer em termos individuais quer colectivos, apoiando-se cada vez mais na promoção de atitudes positivas do que na agitação do espectro da doença. A educação para a saúde é um câmbio/troca de intenções, destinado a melhorar a saúde individual e colectiva. Tem como intenção, facilitar a adopção voluntária de comportamentos e das responsabilidades, dos técnicos e da população, através de aprendizagens complementares que melhorem o estado de saúde do indivíduo e /ou colectividade.

Tal como afirma Ferreira *et al* (2006), este papel facilitador deve ser assumido pelo enfermeiro que deve consciencializar-se do seu poder para conseguir mudanças de conduta que sejam saudáveis. Ao desenvolver a educação para a saúde, o enfermeiro, vai ajudar o indivíduo/população, na mudança de comportamentos através de tomadas de decisão. A educação para a saúde pressupõe uma educação para a vida.

Há que acreditar que é possível educar hoje adolescentes que venham a ser jovens e adultos livres, mais responsáveis; autónomos, mais solidários; conhecedores de si mesmos, dos seus limites, das suas capacidades e potencialidades, e decididos a utilizá-las como construtores empenhados de uma sociedade mais humana.

É imprescindível que o desenvolvimento da saúde comunitária se processe a partir do desenvolvimento da saúde de cada pessoa. São as pessoas, que ao adquirirem mais saúde, vão tornar a comunidade mais saudável. Ao assumir um papel activo no seu processo de saúde, através da adopção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, é imprescindível que o jovem, através de um melhor conhecimento de si próprio, dos seus valores, dos seus comportamentos, das suas relações com os outros, dos factores que influenciam a saúde, escolha e assuma as suas opções de vida, responsabilizando-se pela sua saúde.

Não há como minimizar a grandeza do problema, se não estivermos conscientes que a acção preventiva requer um reconhecimento teórico, prático e multidisciplinar do desenvolvimento do adolescente, assim como é necessário compreender as componentes sociais, económicas e administrativas em que o mesmo está envolvido.

As necessidades de saúde dos adolescentes revestem-se de características particulares, que são reflexo do processo de crescimento e de desenvolvimento. E tal como vem descrito nos princípios orientadores da DGS “Da parte dos serviços e dos profissionais, para além de se promover a satisfação de necessidades como a alimentação equilibrada, a vacinação adequada ou a actividade física regular, há que atribuir o relevo devido a outros requisitos de

saúde cuja vertente psicossocial é de particular importância nestas idades” (Prazeres, 1998, p.15).

Este percurso num órgão normativo, contribuiu para desenvolver e aperfeiçoar competências de análise e planeamento numa perspectiva de “medir” os ganhos efectivos em saúde, assim como a aquisição de uma nova visão sobre os cuidados de enfermagem como intervenções autónomas. O aprofundamento de conhecimentos na área de especialização através do conhecimento de um novo contexto de intervenção, mostrou ser uma mais-valia para o desenvolvimento profissional.

Também as visitas realizadas a alguns centros de saúde, com consultas e projectos na área do adolescente/jovem, na procura de uma adequação teórica às necessidades práticas, contribuíram para o desenvolvimento profissional e análise/reflexão crítica, possibilitando o contacto com diversas realidades e perspectivas diferentes de abordagem a este tipo de utentes.

2.2 – MÓDULO III – CUIDADOS DIFERENCIADOS

O Módulo III do Estágio decorreu em duas fases: a primeira direccionada para a prestação de cuidados em unidades de neonatologia, foi realizada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do CHLC/EPE, HDE, de 27 de Setembro a 22 de Outubro de 2010.

A segunda fase, vocacionada para a prestação de cuidados à criança/família em situação de urgência/emergência, foi realizada no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do CHLC/EPE, HDE, e decorreu entre 25 de Outubro e 19 de Novembro de 2010.

Os factores determinantes, que influenciaram a escolha da instituição hospitalar, tanto para o módulo II como para o módulo III, deveu-se ao facto de aí exercer funções e considerar que este hospital apresenta um cariz fortemente pediátrico. O HDE presta apoio directo aos hospitais e centros de saúde da sua área, além de ser uma unidade de saúde de referência para o sul de Portugal, regiões Autónomas e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

Indissociavelmente ligado ao prestígio da Pediatria em Portugal, tem como missão (Conselho de Administração, 2005):

- Prestar cuidados de saúde globais, diferenciados e de excelência à criança, ao adolescente e à mulher, assumindo-se como um hospital de referência para a zona sul e ilhas;
- Desenvolver a sua acção no primado do respeito pela dignidade da pessoa humana;
- Criar oportunidades, incentivando e dinamizando áreas de cuidados altamente qualificados;
- Promover e desenvolver com a comunidade a integração dos vários níveis de saúde;
- Garantir o elevado nível na formação pré e pós graduada, promover a investigação e desenvolver formas de colaboração com instituições de reconhecido mérito científico.

2.2.1 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

A UCIN existe desde 1983, e integra o departamento de Urgência/Emergência do HDE juntamente com o Serviço de Urgência Pediátrica e a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Tem como objectivo prestar assistência adequada e rápida aos recém-nascidos (RN) com necessidade de cuidados diferenciados e até aos 28 dias de vida. Com a criação desta Unidade, deu-se uma melhoria na assistência aos recém-nascidos com malformações congénitas, pré-termos ou com outras patologias médico-cirúrgicas, e paralelamente um aumento da sua sobrevivência e viabilidade.

A prestação de cuidados ao RN/Família é individualizada, segundo o método de trabalho de Enfermeiro responsável e aplicando a metodologia científica adoptada no HDE, baseada no modelo de Nancy Roper.

Durante a passagem pela UCIN, pude acompanhar o EESIP na sua intervenção junto do RN/família, colaborar na prestação dos cuidados e desenvolver um projecto integrado que contribuiu para a excelência dos cuidados, permitindo-me um desenvolvimento pessoal e maturação profissional no sentido de desenvolver competências especializadas nesta área.

Na UCIN existem dois quartos de cuidados intermédios, com uma capacidade máxima para sete recém-nascidos, e uma unidade de cuidados intensivos com capacidade para oito recém-nascidos com necessidades de suporte ventilatório invasivo (convencional, alta-frequência, óxido nítrico).

O internamento de um RN numa UCIN provoca na família um emaranhado de sentimentos, emoções e vivências, complexas e assustadoras. O afastamento da criança/pais imediatamente após o parto, vai privar a díade do primeiro contacto e interromper o processo de vinculação ou afeiçoamento entre os mesmos. Os pais sofrem um choque emocional intenso. Segundo Barros (2006); Heermann, Wilson, & Wilhelm (2005) sentimentos de medo, ansiedade, depressão ou irritabilidade que frequentemente os pais evidenciam, estão relacionados com a preocupação com a sobrevivência do bebé, o desenvolvimento futuro ou a sua falta de competência para os cuidados. As características e necessidades específicas destas famílias, tornam-nas num grupo particular, cujo acompanhamento por parte dos EESIP merece especial atenção. Será que os enfermeiros das UCIN têm uma percepção clara da forma como estas famílias fazem todo este percurso? Que tipo de relacionamento estabelecem? Terão preparação para o fazer?

Nas UCIN em que o modelo biomédico ainda tem forte expressão, em que o pensamento é mais centrado nos parâmetros fisiológicos e os campos de acção da medicina e da enfermagem têm as suas fronteiras mal delimitadas, devem os enfermeiros orientar a sua prática segundo um modelo que se insere num paradigma, que para além da manutenção da vida, defende como valor fundamental a qualidade de vida da criança, que depende também e muito do estabelecimento de uma relação significativa e forte com a sua família.

O processo de cuidar de pessoas com histórias de vida e necessidades diferentes e únicas, em situações de especial complexidade, neste caso concreto de recém-nascidos e suas famílias, exige ao EESIP a capacidade de se adaptar às constantes mudanças, à mobilização de recursos, abordagens e terapias, com o objectivo de alcançar a optimização e a excelência do cuidar do RN/Família, na UCIN.

Neste contexto, traçaram-se como principais objectivos:

- Desenvolver competências pessoais e relacionais nos cuidados de enfermagem especializados ao RN/família.
- Promover estratégias de suporte emocional aos pais face à manutenção e promoção da esperança.
- Promover a intervenção em Esperança, através de um guia orientador para a prática de enfermagem que forneça suporte teórico e bibliografia.
- Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao RN/família no âmbito das minhas atribuições.
- Analisar e reflectir a prática do EESIP junto ao RN/Família internados na UCIN.

Após o início do estágio, a entrevista com a Enfermeira orientadora e o contacto com os projectos existentes na UCIN, pareceu-me pertinente reformular algumas actividades inicialmente propostas de modo a atingir o objectivo de estágio: Promover estratégias de suporte emocional aos pais face à manutenção e promoção da esperança. *“Como procurar estratégias de Esperança?”*

Neste sentido selecionei algumas actividades de intervenção de modo a facultar apoio psicológico aos pais e a promover estratégias promotoras de esperança, procurando colmatar algumas lacunas no apoio emocional aos pais, aquando da admissão na UCIN.

Estas actividades englobam: apoio emocional em contexto de grupo; apoio emocional em contexto individual; apoio formativo aos profissionais de enfermagem; e têm por base alguns Princípios de Intervenção em Esperança:

- A esperança pressupõe o respeito pelos objectivos, metas e planos a curto, médio e longo prazo traçados pelos pais no cuidar dos seus filhos (Pais-Ribeiro,2007).
- Todos os pais têm direito a cuidados espirituais, que envolvam o apoio emocional e a reabilitação social de modo a evitarem o isolamento e a angústia espiritual.
- O desenvolvimento de estratégias promotoras de esperança requer o estabelecimento de uma escuta activa de modo a que os pais expressem os seus sentimentos e dúvidas (Herth,2001).

Apoio emocional em contexto de grupo

(referente teórico: Abordagem sistémica)

“O Grupo oferece um contexto não só de ajuda a si próprio, mas de igual modo o ajudar reciprocamente a enfrentar e superar as crises da vida ...” (Pangrazzi, 2003)

Assim, a dinâmica de grupos faz emergir os processos nos grupos. Guerra (2005) definiu o termo, dinâmica de grupos, como o estudo dos indivíduos em interação em pequenos grupos. Ao falar em dinâmica de grupos fala-se em técnicas de dinâmica, que são instrumentos que ajudam a alcançar os objectivos, adaptadas de forma flexível às necessidades do grupo. Para Guerra (2005) a técnica é um instrumento que é utilizado em função das necessidades do grupo. Para tal a selecção deve ter em atenção os seguintes aspectos: objectivos; tamanho do grupo; a atmosfera; normas do grupo; estágio de desenvolvimento.

Assim, as actividades realizadas tiveram em atenção os pais presentes tendo sido importante a existência de uma prévia relação e aliança terapêutica.

Uma das intervenções passou por dinamizar um encontro, que se pretende semanal, com pais de RN internados na UCIN. (Anexo VI) com o objectivo de promover o apoio mútuo e interajuda entre os pais; estimular a expressão de sentimentos; promover a comunicação entre pais e a equipa de saúde; promover a auto-confiança, a auto-estima; facilitar o estabelecimento de relações de suporte positivas; facilitar a utilização de recursos emocionais de modo a poderem utilizar estratégias de coping.

O EESIP como moderador ou líder do grupo tem igualmente um papel importante devendo ser capaz de reduzir os obstáculos de comunicação, ensinar a dar e receber *feedback*, ajudar a clarificar e a definir objectivos de grupo, ajudar a avaliar o que é realizado e estimular a coesão do grupo (Guerra, 2005).

A promoção de grupos de ajuda pode contribuir para apoiar as famílias na resolução de problemas psicossociais, constituindo uma área de intervenção do EESIP.

Esta actividade mostrou-se muito enriquecedora na partilha, dada a semelhança de experiências e angústias entre os pais. A adesão ao “*Encontro de Partilha*” superou as expectativas iniciais, comprovando a necessidade de apoio que estas famílias carecem.

O tempo e cuidados técnicos que os enfermeiros disponibilizam ao RN, assim como a atenção e serenidade concedida a estes, são percebidos pelos pais como intervenções promotoras de esperança, contribuindo assim para o bem-estar de ambos. Também referido por estes, a importância deste tipo de intervenção para o seu equilíbrio emocional e para uma vivência menos dolorosa do percurso a percorrer.

Segundo Pereira (2004), um dos aspectos considerados relevantes pelos pais para a manutenção da esperança, refere-se à comunicação estabelecida na sua relação com o enfermeiro, sendo que, para tal, os profissionais necessitavam de equilibrar a verdade com a esperança. Considerando o processo de comunicar e a transmissão de informação como uma tarefa difícil e complexa, Pereira (2004) num dos seus estudos confirmou que esta reduz a incerteza e constitui uma ajuda inegável quer no processo da tomada de decisão, quer no envolvimento no processo de tratar e cuidar.

Outra actividade realizada foi a elaboração de um folheto (versão em português e inglês) contendo estratégias promotoras de Esperança, como complemento das sessões de grupo que pode também ser facultado em contexto individual, (Anexo VII) e de um poster (Anexo

VIII) direccionado aos pais, a colocar na sala de entrada da UCIN, de modo a reforçar a dimensão afectiva da esperança, utilizando: imagens e frases promotoras de esperança; reforços positivos; estratégias promotoras de esperança (terapia pelas palavras)

Apoio emocional em contexto individual

(referente teórico: Intervenção em crise)

“A esperança é valorizada como necessária, numa situação vivencial de stress/*coping* e adaptação em contexto de incerteza do filho...incerteza inerente ao futuro.” Magão (2000)

Este tipo de intervenção passa pelo estabelecimento de uma relação empática e de confiança junto aos pais/cuidadores, de modo a estabelecer uma aliança terapêutica que contribua para o fortalecimento e equilíbrio emocional e os ajude a ultrapassar a situação de crise. Implica trabalhar a percepção que estes têm da situação de saúde do filho e ajudar a identificar estratégias de “*coping*”, assim como forças e recursos internos e externos ao núcleo familiar, Wright (2005). Importa ainda a compreensão das significações de esperança dos pais; promover a expressão de sentimentos e emoções; estimular a verbalização de como e porquê a esperança é significativa.

Durante a permanência na UCIN, focalizei a minha intervenção no acompanhamento e apoio aos pais dos RN, desenvolvendo competências relacionais, de comunicação e de escuta activa, tendo presente que esperança envolve uma atitude positiva, activa, construtiva. “(...)a dor era lavada com lágrimas, e a coragem reconstituída no abraço que nos fazia partilhar a humanidade” (Antunes, 2008, p.151).

A necessidade de uma intervenção no sentido de ajudar, quer o RN quer os seus pais, a encontrarem-se consigo mesmos e uns com os outros deve ser uma prioridade de enfermagem, assim, o enfermeiro, cuidador mais directo e próximo do bebé, é o elemento da equipa que se encontra mais preparado e posicionado para agir como promotor de esperança num processo de aproximação e interacção pais/bebé, implicando também a existência de uma profunda relação enfermeiro/família.

Apoiar emocionalmente os pais e valorizar o seu papel de cuidadores, revela-se crucial no desenvolvimento neurocomportamental dos RN, pois um ambiente psicossocial adequado contribui para a diminuição dos riscos que envolvem um grande pré-termo, na perspectiva do “developmental care”.

“A abertura ao outro; o conhecimento das suas potencialidades/limitações e a criação de um ambiente de apoio são sinónimos da plenitude desta intervenção.” CHAREPE (2008, p.183).

A elaboração de um diploma de alta (Anexo IX), a entregar na altura da alta ou transferência de serviço, pretende dar significado à dimensão afectiva da esperança: centra-se nas emoções; atribuí sentido perante vivências de doença e sofrimento.

Apoio formativo aos profissionais de enfermagem

Paralelamente ao trabalho desenvolvido junto dos pais durante a minha permanência na Unidade, pareceu-me pertinente e da maior relevância trabalhar com os colegas o tema

Esperança como uma área de intervenção da prática de enfermagem, que contribui de modo significativo para o aumento dos ganhos em saúde. Deparei-me com a interrogação por parte dos colegas, “O que é isso da Esperança?”; “Qual a sua importância?”. Na tentativa de dar resposta, formação, incentivos e motivar à prática de uma intervenção que é feita empiricamente, elaborei um “Kit da Esperança” para os enfermeiros, contendo orientações para a prática (Anexo X), como dar suporte positivo e aplicar estratégias promotoras de Esperança às famílias dos RN internados na UCIN.

Também a intervenção em contexto de grupo, que se pretende de forma continuada para uma maior eficácia, contribuiu quer para um maior apoio social/cultural aos pais, quer como incentivo para uma prática de intervenção de enfermagem que não tem sido norma nesta unidade. Pretende-se dar continuidade à intervenção em grupo semanal ou quinzenalmente, sob a coordenação de um EESIP e com o apoio da psicóloga do serviço. Algumas dificuldades na intervenção em contexto de grupo identificadas pelos profissionais de enfermagem, refere-se à falta de espaço físico, à rotatividade dos pais e à insegurança sobre os temas a abordar. Dificuldades estas facilmente ultrapassáveis, com o investimento por parte dos enfermeiros, em desenvolver competências e habilidades no que concerne à condução e dinâmica de grupos.

Durante o percurso do meu estágio na UCIN do Hospital de Dona Estefânia, muito aprendi com estes profissionais e estas famílias. Senti que se no início, toda a atenção e interesse são voltados para a prática, posteriormente, os aspectos relacionais, indissociavelmente ligados aos cuidados, representam proporções maiores, para toda a equipa multidisciplinar.

Trabalhar com a família, leva a que os enfermeiros desenvolvam competências de comunicação, de ensino e de trabalho de grupo, muito presente nesta Unidade. A acção de enfermagem é educação contínua, discussão e reflexão e comunicação permanente sobre cada situação.

As necessidades específicas destes bebés e os cuidados especiais inerentes a elas, provocam nos pais, sentimentos de ansiedade e angústia, que se reflectem tanto no relacionamento entre ambos, como no modo como os cuidados são prestados. A promoção da Esperança deve iniciar-se no momento da admissão do bebé na unidade contribuindo assim para a emergência de sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do bebé, no momento e posteriormente em casa.

A equipa de enfermagem desta UCIN, muitas vezes sem ter disso uma percepção consciente, tem nas suas mãos uma parte muito importante e significativa da vida de muitas famílias. Gestos comuns como acariciar um bebé, muitas vezes, só podem ser feitos com a “autorização” do enfermeiro!

Os bons cuidados não se podem resumir a mera execução de técnicas, porque se assim for, como podemos nós ajudar de forma global todas as famílias que na UCIN cruzam as nossas vidas?

2.2.2 – Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

O Serviço de Urgência Pediátrica do HDE presta assistência a crianças/adolescentes com idade inferior a 18 anos (excepto na área da pedopsiquiatria que só atende utentes com idade inferior a 16 anos) e propõe-se dar resposta às situações urgentes e emergentes (intoxicação ou suspeita, traumatismo, convulsões, perda súbita de consciência, crianças transportadas pelo INEM, e outras emergências) funcionando das 0 às 24 horas. Para além das situações de emergência, recebe igualmente as situações de crianças enviadas pelo médico do Centro de Saúde, médico privado ou de subsistema de saúde, médico do Atendimento Complementar dos Centros de Saúde, ou da Saúde 24 – Pediatria.

A admissão da criança ao serviço usualmente faz-se acompanhar pelos pais ou representante legal, constituindo esta díade o utente pediátrico. No caso dos adolescentes/jovens, nem sempre o acompanhamento ao SUP é feito pelos pais ou representante legal, mas sim por um dos amigos com quem mantenham afinidade.

Os cuidados de enfermagem são prestados de forma individualizada, tendo por base o modelo teórico de Nancy Roper, sendo o método de trabalho por enfermeiro responsável.

Importa reflectir a responsabilidade profissional do EESIP, enquanto membro de uma equipa multidisciplinar, no processo de tomada de decisão. Assim tracei como principais objectivos: desenvolver competências e habilidades na prestação de cuidados de enfermagem ao utente pediátrico, nas diferentes valências de atendimento e em situação de urgência/emergência; desenvolver conhecimentos e competências promotoras da auto-determinação do adolescente menor, com enfoque nos processos de autonomia e tomada de decisão.

Ao longo desta permanência no SUP, pude acompanhar o EESIP orientador na prestação de cuidados, nas diversas valências de atendimento que o serviço oferece. A estrutura física do SUP, divide-se essencialmente em duas partes; a urgência de pediatria médica (UPM) e a urgência de pediatria cirúrgica (UPC), as quais dão resposta a inúmeras solicitações tanto do exterior como a nível interno.

A triagem definida, segundo a norma de procedimento de triagem de utentes no SUP do HDE, como a “avaliação da situação clínica do utente à chegada ao SUP, no sentido de determinar a sua prioridade de atendimento/encaminhamento”, é uma das áreas de grande complexidade em que é necessário revelar a perícia em matéria de tomada de decisão e identificar as necessidades de cuidados a prestar à criança/adolescente/família. O EESIP será o mais habilitado segundo a OE (2007,p17).

Num serviço de urgência/emergência a capacidade de observação, destreza manual, rapidez, antecipação, entre outras, são fundamentais para antecipar situações susceptíveis de acontecer, ou de agravar o estado de uma criança. Como afirma Benner (2001,p.112) “A enfermeira perita trabalha com os olhos no futuro”.

Ainda a mesma autora (2001,p.140) afirma que “(...) capazes de separar os problemas, estabelecer rapidamente as prioridades e delegar no pessoal disponível. Elas sabem como agir face a situações imprevisíveis e ajustar a sua estratégia em consequência”.

Saber gerir o stress também é uma competência, na nossa opinião, do enfermeiro especialista pois “as enfermeiras devem ser capazes de gerir e de prever as crises” (Benner, 2001,p.143).

A admissão de uma criança/adolescente na urgência, ocorre num clima de angústia e urgência, podendo estes sentimentos serem atenuados pela forma como o enfermeiro realiza o acolhimento e cuida a criança/família, reforçando a importância do estabelecimento da relação de ajuda, respeito e empatia, fundamentais para a diminuição da sua ansiedade, para a sua integração no hospital e serviço, e para o envolvimento desta díade na prestação de cuidados e resolução de problemas, contribuindo assim para a prevenção de comportamentos desadequados e tornando-se um suporte efectivo para a família em crise.

Apesar da rapidez necessária nas intervenções efectuadas, a disponibilidade para escutar, para estar com a criança e a família, foi uma constante na prestação de cuidados assim como a preocupação em envolver os pais e a própria criança quando possível. Segundo Fernandes (1988, p.125), este envolvimento é benéfico para os pais pois “torna-os participantes e co-responsáveis no processo de tratamento, reforça o sentimento de serem capazes e úteis ao seu filho diminuindo a sensação de impotência perante a doença”.

Foi também possível observar que a intervenção da EESIP é muitas vezes solicitada pelos colegas e passa por uma orientação na identificação de necessidades de maior complexidade de modo a estabelecer a prioridade de atendimento médico, prevenindo assim possíveis complicações para a criança. Pretende-se que estas intervenções levem à satisfação do utente e à excelência dos cuidados prestados o que vai de encontro ao referido pela OE (2001).

O EESIP, coordenador da equipa tem um papel primordial, pois é a ele que cabe a responsabilidade de distribuir cada enfermeiro pelo seu posto de trabalho, adequando cada um à função exigida, actuando de uma forma concisa e objectiva em todas as situações que possam ocorrer. Sempre que uma das valências necessita de mais outro elemento, é o enfermeiro coordenador que dá colaboração ou caso não seja possível, nomeia outro colega para esse local e ele substitui esse colega no seu lugar, como por exemplo nos períodos de refeições. Os postos de trabalho localizam-se na triagem, Unidade de Internamento de Curta Duração, sala de tratamentos, cirurgia sendo que um destes elementos também fica de elemento destacado da equipa de reanimação dando apoio a qualquer serviço de internamento onde ocorra uma situação de Paragem Cardio-Respiratória.

A colaboração e envolvência nos cuidados de enfermagem à criança/adolescente e família que recorre ao SUP, permitiu-me contacto com uma nova realidade, com uma especificidade muito própria e com um elevado nível de exigência, quer para a criança/adolescente e família, quer para os profissionais que ali trabalham.

No decorrer do estágio constatei que o SUP é eleito pela população como unidade de saúde privilegiada para acompanhamento dos seus filhos. “As profissões existem para satisfazer as necessidades de serviços humanos sentidas pelas pessoas, pelas sociedades, nomeadamente a necessidade de cuidar e ser cuidado. Os profissionais de saúde (...) oferecem à população: cuidados de saúde” (Vieira 2007, p.127)

É o local onde se presta uma assistência médica descontínua e concreta ficando a cargo dos cuidados de saúde primários e do médico assistente, o seguimento regular da criança saudável. Devido ao facto de muitos utentes não possuírem médico de família, assim como não existir pediatra no Centro de Saúde da sua área de residência, recorrem directamente a esta unidade. Também a actual situação de precariedade laboral que muitos pais vivem, faz com que estes recorram ao SUP, mesmo que o motivo da sua procura não se enquadre nas situações de saúde urgentes nem emergentes, situações estas responsáveis pelo congestionamento do Serviço Urgência Pediátrica. Esta situação provoca atrasos no atendimento, originando situações de risco acrescido para os doentes com situações clínicas mais graves. Dificulta a coordenação dos cuidados prestados, exerce forte pressão psíquica e emocional sobre os enfermeiros, levando a constantes conflitos. Aqui o EESIP é um elemento de referência e suporte para uma boa gestão dos conflitos.

Considero por isso que, esta situação deveria ser invertida, fazendo-se uma verdadeira aposta na prevenção primária, de forma a deixar os serviços de urgência mais libertos para as situações verdadeiramente urgentes / emergentes. Em minha opinião, tal contribuiria para um melhor aproveitamento dos recursos humanos e técnicos existentes.

Das diversas valências em que prestei cuidados enquanto futuro EESIP, a triagem foi aquela que me despertou maior interesse e motivação, pela dinâmica e tomada de decisão rápida que é necessária, mas também pela boa comunicação e empatia que é fundamental estabelecer com a criança/adolescente e família.

“Tomada de Decisão”. O termo decisão é uma das palavras mais pronunciadas e ouvidas e a sua correcta aplicação, a mais ambicionada. No dia-a-dia, praticamente em todos os instantes, as pessoas necessitam de tomar decisões. Este é um procedimento abrangente que se inicia com a percepção da necessidade de uma mudança e tem o seu término com a escolha de um curso de acção. O acto de decidir é algo presente e constante na vida pessoal, profissional e social de cada pessoa. Tomar decisões implica a escolha entre diversas hipóteses possíveis em cada momento, aquela que segundo a minha opinião parece a mais adequada para dar uma resposta de resolução ao problema identificado, de forma à concretização dos objectivos traçados de um modo eficiente e eficaz. É um processo complexo, em que a mente percorre várias etapas e utiliza raciocínios que não se inserem somente numa perspectiva de racionalidade, uma vez que os sentimentos, emoções e intuição também têm influência neste processo.

A necessidade de decidir obriga o “tomador de decisão” a ser criativo, original e racional, valendo-se para a sua análise, da sua experiência passada, e do conhecimento da situação presente. A tomada de decisão em enfermagem é essencial em todas as suas áreas. Actualmente, ao EESIP cabe-lhe um papel activo e mais interveniente em tudo o que se relaciona com o processo terapêutico do utente. Tendo como base a actual complexidade e dinâmica, devido aos constantes avanços científicos e tecnológicos na área da saúde e pelos dilemas éticos e morais que lhes são constantemente colocados, entre outros, é requerido ao EESIP que seja capaz de tomar decisões cada vez mais complexas, de forma autónoma.

Ao EESIP, compete avaliar e identificar as competências do adolescente menor segundo o seu grau de maturidade e decidir sobre o poder de decisão e autonomia que este tem sobre as suas escolhas de saúde.

Encontra-se disposto no artigo 8º alínea 1 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Dec-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro) que “...os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

Éthos, palavra grega que significa ética: forma própria de habitar. Ética faz o discurso do bem. Constituiu um leque de conhecimentos e saberes subjacentes aos cuidados de Enfermagem, pois cada um de nós desenvolve o seu quadro conceptual ético e moral, princípios éticos e a responsabilidade pela visibilidade dos cuidados nas questões e dilemas éticos. Segundo Renaud (1997, p.42): “ A vida é precisamente ética, não somente porque sou feito de modo tal que devo agir para realizar a minha existência, mas porque nesta existência se trata da totalidade do mundo que se deve realizar e salvar em mim”.

Considerando que os cuidados de enfermagem estão relacionados intrinsecamente com os princípios éticos e com a noção de autonomia e que esta não é estática (conquista-se e perde-se), o agir do profissional de enfermagem em pediatria, passa pela resolução da questão de saber quem tem legitimidade para autorizar a submissão da criança/adolescente menor de idade à intervenção terapêutica.

Múltiplas são as intervenções terapêuticas e não terapêuticas a que um adolescente pode ser sujeito, mas todas implicam um comportamento que afecta o corpo do indivíduo. Uma vez que a disponibilidade do corpo, a integridade física, constitui um “direito pessoalíssimo” o profissional de saúde, por regra² necessita do consentimento antes de agir. É este consentimento que torna lícita a intervenção. Legalmente, os adolescentes estão em fase de conquista de autonomia, sendo a sua capacidade decisória reduzida, sobre muitos aspectos relativos à sua saúde. Assim, será que um adolescente menor tem capacidade para consentir ou recusar intervenções sem interferência dos seus representantes legais?

Para dar resposta a esta questão realizei duas sessões de formação subordinadas ao tema “Implicações ético-legais no atendimento ao adolescente menor” (Anexo XI), de modo a abranger o maior número de formandos a participar na formação.

A participação por parte dos profissionais de enfermagem, assim como dos quatro alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem em estágio no SUP (22 formandos no total das duas sessões) revelou-se bastante positiva, atendendo à pertinência do tema e dos conteúdos a apresentar. A avaliação da sessão de formação através de partilha informal de opiniões e da análise dos resultados do questionário (Anexo XI), permitiu constatar a grande importância dada por todos os formandos à necessidade de ocasiões formativas que fomentem a partilha e discussão de casos.

² Excepções em caso de urgência, ou quando o indivíduo se encontra incapacitado de falar ou de comunicar.

Esta formação foi complementada por um documento teórico de apoio (Anexo XII), que serve de ponto de partida para um dos grupos de trabalho do SUP, abrindo novas perspectivas de trabalho e promovendo a continuidade.

Como formadora, uma área à qual o EESIP deve dar especial realce, contribuí para assegurar o desenvolvimento das competências necessárias à mobilização dos saberes e saber-fazer, como meio essencial para operar a mudança e alcançar o aperfeiçoamento pessoal e profissional.

Este percurso pelo SUP, permitiu-me desenvolver competências de observação sistematizada, capacidade de avaliação e estabelecimento de prioridades, gestão de conflitos, comunicação assertiva e relacionamento interpessoal que considerei fundamentais para a prestação de cuidados neste local de estágio, diferentes do meu contexto de trabalho. As competências relacionais, humanas, culturais e de gestão (de cuidados e de equipas) são diariamente testadas e avaliadas através do sucesso/insucesso pela complexidade de situações que implica turno a turno e dia a dia.

2.3 – MÓDULO II – PEDIATRIA MÉDICA - UNIDADE DE ADOLESCENTES

O Módulo II do Estágio, a ser desenvolvido em Unidades de Saúde prestadoras de cuidados a crianças/famílias em situações de doença aguda e/ou crónica, foi efectuado na Unidade de Adolescentes do CHLC/ EPE, HDE e decorreu no período compreendido entre 22 de Novembro de 2010 e 28 de Janeiro de 2011 num total de 180 horas. A escolha do local enquadrava-se num gosto pessoal e numa área onde pretendi desenvolver competências específicas de intervenção: “O Adolescente/Família portador de doença crónica: a promoção da esperança e a dignificação dos processos de luto”.

Durante o meu percurso profissional no Hospital de D. Estefânia (HDE) nomeadamente na Unidade de Adolescentes e no serviço de Pedopsiquiatria, e ainda na Unidade Terapêutica-Educativa da Casa Pia de Lisboa, participei em projectos ligados a jovens em situação de doença e risco, deparando-me com a necessidade de promover suporte a nível emocional aos jovens/famílias com doença prolongada, pois seja em que estágio de desenvolvimento o nosso utente se encontre, dois conceitos se entrecruzam: o sofrimento e a esperança.

Tracei como principais objectivos:

Distinguir o papel do EESIP no apoio ao adolescente/família com doença crónica; identificar as implicações éticas no cuidado de enfermagem especializada ao adolescente/família com doença crónica; desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem face à manutenção e promoção da esperança.

Como actividades a desenvolver de modo a atingir os objectivos traçados e a promover uma adequada adaptação a situações de crise, quer dos utentes quer dos profissionais, propus-me efectuar:

Observação directa da dinâmica de funcionamento do serviço; identificar os factores que influenciam os estilos de vida do adolescente/família no contínuo saúde-doença; avaliar impacto que a situação de saúde-doença provoca no adolescente/família; promover a consciência e o respeito em relação às necessidades espirituais do adolescente/família; prestar cuidados diferenciados seguros e de qualidade, baseados na prática avançada da enfermagem, em situação complexa de saúde; participação activa nos grupos terapêuticos de apoio aos adolescentes; realização de sessão de formação sobre “Promoção da Esperança” ao adolescente/família portador de doença crónica, doença prolongada e/ou de mau prognóstico; elaborar suporte teórico com material que forneça estratégias promotoras de esperança; consulta da bibliografia reunida sobre as componentes ético-legais, interligar componentes ético-legais nos cuidados ao adolescente e família; realizar sessão de formação de forma a sensibilizar os profissionais para os valores éticos/legais face ao adolescente/família; fornecer suporte teórico sobre autonomia e tomada de decisão do adolescente/família; contribuir para a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; reflectir na sensibilização para a importância do enfermeiro de referência.

Ao reflectir que:

“Os adolescentes são marcados como um grupo saudável: já ultrapassaram as doenças graves da infância e ainda não sofrem dos problemas ligados ao envelhecimento, sendo que a patologia específica deste grupo é escassa.” (Prazeres, 2003, p.7) e ao analisarmos os dados em Saúde dos Jovens em Portugal publicados pela DGS, (2005) verificamos que as principais causas de mortalidade e morbidade na adolescência são causas externas. Prazeres (2005, p.25) refere que os acidentes são a 1ª causa de morte na adolescência, seguidos dos “tumores malignos” e em 3º lugar as doenças do sistema nervoso.

Pode-se então afirmar que neste período a doença crónica toma mais impacto e significado que a doença aguda, já que contrariamente a esta pode implicar directamente com o processo de desenvolvimento do adolescente.

Crianças e adolescentes que algumas décadas atrás não teriam sobrevivido, atingem agora a idade adulta. Os avanços tecnológicos e clínicos no tratamento de doenças crónicas têm contribuído para um número crescente de adolescentes com necessidades de saúde especiais, o que lança novos desafios aos profissionais de saúde e à qualidade de cuidados necessários (Prazeres, 2006).

É fundamental compreender a percepção que cada adolescente tem relativamente à sua doença, mas também, compreender de que forma a doença interfere no seu processo de desenvolvimento e na resolução das tarefas essenciais da adolescência.

Porque a adolescência é considerada uma das fases mais saudáveis na vida do ser humano, a necessidade de hospitalização de um adolescente é frequentemente encarada com perplexidade e medo. O cuidar o adolescente reveste-se de particularidades que emergem do seu percurso de vida em plena evolução.

Algumas das doenças crónicas acompanham o adolescente ao longo da sua vida, enquanto outras têm um prognóstico reservado a curto ou a médio prazo; algumas têm uma sintomatologia constante, enquanto outras podem permitir períodos mais ou menos longos de ausência total de sintomas;

algumas implicam pequenas alterações na vida quotidiana, enquanto outras impõem grandes limitações na funcionalidade do jovem e exigem a adesão a tratamentos extremamente perturbadores e incapacitantes, assim como a reinternamentos sucessivos em unidades hospitalares.

Os períodos de agudizações da doença poderão criar alguns obstáculos ao nível do desenvolvimento cognitivo e intelectual, porque o priva da formação escolar e das experiências próprias do contexto académico. Nesta fase, o adolescente começa a questionar sobre o seu futuro sentimental, sexual, familiar, profissional e como esse futuro seria se ele não estivesse doente, o que pode diminuir a sua auto-estima e conduzir a sentimentos de fracasso e impotência (Barros, 2003).

Se considerarmos que os adolescentes constituem um grupo que se insere numa faixa etária com necessidades específicas de saúde, entende-se a filosofia da Unidade de Adolescentes do HDE, que se baseia na oferta de cuidados de modo a permitir uma atenção abrangente do ponto de vista físico, psíquico, social e espiritual, constituindo um espaço de internamento para jovens dos 10 aos 18 anos, independentemente do tipo de patologia (médico/cirúrgica). Integra uma vertente ambulatoria que inclui a consulta de Adolescentes, a consulta de doenças do Comportamento Alimentar e o Hospital de Dia, para os utentes que necessitam de cuidados médicos ou de enfermagem regulares sem necessidade de internamento.

O modo de actuação da equipa de profissionais, baseia-se no trabalho interdisciplinar permitindo otimizar os cuidados prestados ao adolescente/família, nomeadamente portadores de doença crónica. A prestação de cuidados de enfermagem ao adolescente/família é individualizada, aplicando a metodologia científica baseada no modelo de Nancy Roper, sendo o método de trabalho o de enfermeiro responsável.

A doença crónica, a hospitalização representam um factor de stress e crise importante para o jovem e para a família. O adolescente e o sistema familiar sofrem uma ruptura do seu equilíbrio e da sua dinâmica funcional, que pode ter repercussões a nível bio-psico-social, cultural e espiritual. Ideia reforçada por Vara (1996, p.14), quando refere que “o diagnóstico de uma doença grave e, possivelmente, fatal na criança representa um dos acontecimentos mais dramáticos que uma família pode sofrer, envolvendo-a numa crise emocional que afecta profundamente os seus elementos”.

Assim, as suas consequências vão depender da forma como o adolescente e a família, com a ajuda dos profissionais de saúde, vão ser capazes de compreender, interpretar, avaliar e confrontar a situação de doença e as experiências de sofrimento e limitação física que dela decorrem (Barros, 2003).

Perante uma situação de crise como é a doença, adolescente e família vêm-se confrontados com o surgimento de múltiplas necessidades, que requerem um constante processo de ajustamento à sua nova condição de vida, agravado pelo internamento do jovem, e conseqüente alteração do seu estilo de vida e afastamento dos que lhe são próximos e importantes para o seu desenvolvimento. Como nos é dito por Marçal (2006, p.35), “a doença e a hospitalização constituem-se como factores geradores de enorme stress e sofrimento (...)”.

Esta é realmente uma experiência potencialmente traumatizante provocando muitas vezes, sentimentos de medo, mágoa, ressentimento, revolta e insegurança, que podem ser

impeditivos de um raciocínio objectivo e coerente gerador de comportamentos ambivalentes como a agressividade e a apatia.

O adolescente/família são únicos, a viver uma situação única; além de que estes são produto de uma sociedade rica em valores, crenças e muitos (pré)conceitos, que influência não só o seu comportamento como também o comportamento dos enfermeiros que os acolhem e acompanham ao longo de todo o seu internamento.

Por outro lado, quando os internamentos são recorrentes por situações de agudização da doença crónica, é exigido ao adolescente/família um constante reajustamento da sua condição de vida, sendo de extrema importância o acolhimento no serviço e o seu acompanhamento, tendo sempre como guias orientadoras as necessidades do adolescente/família.

Não podemos esquecer que em todos estes internamentos, quer seja uma primeira vez, quer sejam recorrentes, o receio da morte do jovem está patente, embora nem sempre de forma consciente, os pais lutam constantemente contra o medo de perder o seu filho.

Para Loureiro (2001, p.45) "... a vida pode ser encarada como uma série de perdas e ganhos que são experiências emocionais únicas e individuais para cada ser humano".

Várias são as situações e os acontecimentos que podem originar sentimento de perda, tendo como base os "valores e prioridades aprendidos dentro da esfera de influência da pessoa, incluindo a família da pessoa, amigos, sociedade e ambiente cultural", (Potter e Perry, 2004, p.516).

Segundo os mesmos autores, a perda pode englobar não só a perda de um objecto, como de um ambiente conhecido, a perda de uma pessoa significativa, a perda de algo relacionado com a própria pessoa ou até mesmo a perda da vida.

Tanto a doença como a morte constituem momentos dramáticos para o adolescente/família, afectando-os não só a nível dos afectos e das fantasias como também a nível do equilíbrio das relações interpessoais, das representações de si próprios e dos outros, interferindo com o seu pensamento objectivo, com a sua auto-imagem e com a sua segurança e autonomia.

Ao pensarmos na família como "... o lugar de construção do ser e da realização da sua personalidade, o local onde o homem reflecte sobre a experiência vivida e se reconstrói a si próprio", Machete (1995, p.25), esta funciona como um sistema de suporte para os elementos que a constituem. Logo numa situação de crise intensa toda a sua estrutura é abalada, pois esta atinge não só o jovem, mas também todos os elementos da sua família.

Para a maioria dos pais, um filho torna-se na materialização de um sonho, num projecto de futuro, cuja doença incapacitante ou morte interrompe abruptamente, destruindo a esperança. Por outro lado, ao se sentirem responsáveis pelo seu desenvolvimento e crescimento, perante a morte de um filho os pais sentem como nos diz, Bolander (1998, p.1856) "... desamparo e culpa, por não terem sido capazes de proteger o seu filho".

O sofrimento e a angústia vividos desde o diagnóstico de uma doença de mau prognóstico, fazem-nos confrontar com sentimentos de angústia, revolta, tristeza, impotência; fazem-nos não saber o que fazer ou o que dizer e ter vontade de fugir..., o que justifica a pertinência da necessidade de uma reflexão cuidada sobre os cuidados prestados à criança/adolescente, o

apoio à família durante a doença, morte e luto, assim como à forma como os enfermeiros vivenciam estas situações e a forma como conduzem a sua intervenção.

Para Bowlby (1993, p. 4). “A perda de uma pessoa amada é uma das experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer. É penosa não só para quem a experimenta, como também para quem a observa, ainda que pelo simples facto de sermos tão impotentes para ajudar”. Como tal é imperativo que se repense a vivência da perda/morte e do luto, de modo a que toda a equipa de enfermagem desenvolva competências técnicas, emocionais e relacionais com o intuito de ajudar estes pais/família a vivenciar e a ultrapassar estas experiências de perda profunda e dolorosa.

É na Unidade de Cuidados onde o adolescente/família se encontra, seja esta o Centro de Saúde ou o Hospital, particularmente neste caso, no Serviço de Internamento de Adolescentes, “que os profissionais têm necessidade de serenidade e de disponibilidade para acompanhar o sofrimento ...”, (Hesbeen, 2000, p.6), pois estes não são imunes à perda e ao sofrimento do adolescente/família, conforme refere Mercadier (2004, p.140), “testemunhar a morte de um doente é algo que afecta todos os prestadores de cuidados. O mais frequente é sentirem tristeza; mas a juventude do doente altera o modo como a situação é apreendida, transformando-a de entristecedora em revoltante”.

Assim, numa época em que facilmente a alta tecnologia e os avanços científicos, põem em causa a qualidade de vida, o cuidar centrado na pessoa e no seu respeito e dignidade, torna-se um processo que exige do profissional de enfermagem uma constante reflexão sobre a sua actuação assente em princípios morais e éticos, individuais e profissionais. Como é salientado por Frias (2003, p.62), “ todo este processo requer um investimento contínuo, isto é, uma tomada de consciência permanente do modo como cuidamos e do modo como nos sentimos”.

Tendo presente que, o enfermeiro é também uma pessoa, com uma história de vida, inserido num contexto sócio-cultural, a forma como cada profissional lida com as situações de crise perda/morte de quem cuida, é influenciada pelos seus sentimentos e vivências; sendo imperativo que o enfermeiro conheça e identifique os sentimentos e atitudes que tem perante a perda/morte, especialmente quando se trata de uma criança/jovem, onde o sofrimento, a angústia e a revolta é intensificado, pelo sentimento de interrupção prematura da vida.

O enfermeiro não é indiferente ao sofrimento, à perda e ao luto. Todos nós necessitamos de tomar consciência disso e permitir a nós próprios a oportunidade de sofrer quando necessário, para manter o “ eu” saudável e ser capaz de prestar cuidados eficazes aos utentes.

Durante o processo de cuidar, o enfermeiro consciente dos seus sentimentos e da sua necessidade de partilhar e falar sobre as suas experiências, em relação ao cuidar na morte deve como refere Bolander (1998), procurar ajuda sempre que necessário. Como nos diz Thompson e Ashwill (1996,p.57), “algumas vezes teremos que nos distanciar, carinhosamente dos pacientes e suas famílias para nos revitalizar. Necessitamos descobrir maneiras construtivas (...) para auxiliar na manutenção de nosso equilíbrio”.

O enfermeiro é aquele que mais directa e imediatamente sofre e sente quando algum utente morre. Perante esta realidade, constata que o saber-saber e o saber-fazer são insuficientes.

Fica com o saber que não é ensinado, que se adquire com a experiência do vivido no dia-a-dia, fruto de uma maturidade adquirida no decurso da vida profissional, concluindo que nem sempre é fácil conseguir o equilíbrio desejável entre as exigências profissionais, técnicas, comunicação e a sensibilidade humana. Facto reforçado por Diogo (2006, p.113) quando nos diz que, “a noção de experiência é utilizada na linguagem corrente para referir o que a pessoa guarda dentro de si mediante aquilo que viveu em determinadas situações” e segundo a mesma autora (2006, p.114) “a experiência emocional do enfermeiro caracteriza-se pelo reconhecimento das suas próprias emoções e sentimentos no seu cuidar, pelo conjunto de emoções e sentimentos vividos e pelo misto de emoções e sentimentos que muitas vezes invadem o enfermeiro”. Podemos assim afirmar que todas as vivências do enfermeiro lhe dão experiência, quer a nível emocional, quer a nível humano.

É de realçar a necessidade da evolução do enfermeiro como pessoa e como profissional, ao nível do conhecimento e reflexão das suas capacidades, sendo a auto-formação e a formação em equipa de vital importância no desenvolvimento de competências que visam a optimização dos cuidados prestados às famílias em processo de doença prolongada/luto.

Assim o enfermeiro deve ter a capacidade de se adaptar às constantes mudanças que lhe são impostas, tendo sempre presente que esta adaptação implica a sua própria mudança, quer como pessoa, quer como profissional. Esta é favorecida se for direccionada às necessidades dos profissionais e serviços, contribuindo para o desenvolvimento dos mesmos, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem, pois como nos é dito por Vara (1996, p.34), “ só se progride eticamente quando à afirmação de se ser se junta a vontade que o outro seja e se realize também”.

Como reflectido a doença, a hospitalização e a morte implicam sofrimento para o adolescente e família, pelo que, é importante que o EESIP esteja atento e promova a esperança.

Inerente à vida humana, a esperança, ou a falta dela, aparece associada às várias dimensões da existência, na esfera pessoal, profissional, familiar e social. O seu grau de intensidade, e a importância que assume na hierarquia de prioridades, varia ao longo da vida: projectamos a esperança em objectivos a curto, médio e longo prazo. De acordo com Juntunen e Wettersten (2006), a esperança é um dos principais constructos da psicologia positiva, embora outras dimensões como optimismo e auto-eficácia procurem explicar o comportamento positivo. Para Snyder *et al* (1996) a teoria da esperança é mais orientada para o futuro integrando o estabelecimento de metas, uma vez que, por definição, esperança significa ter a capacidade para definir objectivos, encontrar formas de os alcançar, e motivar-se para tal. Assim, esta capacidade apresenta duas variáveis - quando se acredita ser capaz de alcançar determinados objectivos; – quando se é capaz de formular planos eficazes para os alcançar. Neste sentido, o estabelecimento de objectivos realistas com a pessoa doente, constitui uma das formas de restaurar e manter a esperança. Twycross (2001).

Compete então, ao EESIP estabelecer com o adolescente/família objectivos comuns promovendo a autonomia e o auto controlo sobre si próprio. O EESIP deve proporcionar

oportunidades na tomada de decisão, como fomentar uma participação activa, quer a nível dos cuidados, quer ao nível de objectivos de vida futuros.

O facto de o enfermeiro acreditar na resolução dos problemas e ter esperança no futuro, é essencial para que o adolescente e família também o percepcionem de forma positiva. "...a esperança conduz a aceitar o limite e o fim da vida, sem sucumbir e sem lhe retirar o valor..." (Azevedo, 2009). Desta forma, o enfermeiro contribui para o desenvolvimento de competências que permitam ultrapassar os difíceis obstáculos que vão encontrar, promove a esperança e a motivação, e diminui o sofrimento.

Autoras como Bolander (1998) e Whaley e Wong (1989), fazem referência à manutenção da esperança como um forte mecanismo de apoio que se vai adaptando à evolução da doença mas que permite à família continuar a caminhar e a apoiar a criança/jovem. Como nos diz Rodrigues (2004, p.12), "precisamos de abrir a janela da nossa alma, deixar entrar o sol, o caminho dos que nos cercam, para que o nosso sofrimento não fique calcinado dentro de nós e para deixarmos crescer uma flor que se chama ESPERANÇA. (...) A ESPERANÇA que se cultiva dia a dia, faz renascer em nós tudo aquilo que de bom existe no nosso ser".

Magão e Leal (2002, p.325) consideram que a esperança protege contra o desespero, preserva ou restaura o significado da vida, e fornece uma motivação geral para a pessoa continuar a viver. A esperança é imprescindível à resiliência, que pode ser definida como a capacidade que permite o sujeito, grupo ou comunidade, prevenir, minimizar ou ultrapassar os efeitos perturbadores das adversidades.

Na avaliação de um adolescente é fundamental avaliar a sua capacidade de resiliência e os seus factores inerentes, considerando que a resiliência não é um atributo fixo, mas uma característica que evolui ao longo do tempo e pode ser influenciada por práticas de intervenção.

Para Mendonça *et al* (2008) entende-se por resiliência o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que permitem enfrentar a adversidade. Para estes autores a resiliência é um processo dinâmico entre o sujeito e o meio que o rodeia, daí a importância da sua avaliação para a promoção de factores protectores e conseqüentemente a prevenção de factores de risco, assim como para a adaptação a novas etapas do ciclo de vida.

É importante realçar que cada indivíduo organiza os mecanismos de apoio de que dispõe de acordo com os factores internos e externos que influenciam o seu modo de vida, tais como sócio-económicos, culturais, religiosos, experiências anteriores de perda e a forma como é vivida a doença/morte, tal como nos é referido por Gameiro (1999, p.58), os mecanismos de coping/apoio são organizados "tendo em conta as crenças e valores fundamentais, as vivências críticas anteriores, as atribuições causais e as expectativas de resolução".

A forma como cada família enfrenta a doença/morte de uma criança depende muito da sua capacidade de manter a unidade familiar uma vez que a "... sua maior força reside no apoio que cada membro proporciona aos outros", Whaley e Wong (1989, p.398). Para as mesmas autoras o promover a comunicação entre os vários membros da família e o fortalecimento das relações interpessoais desta, podem funcionar como mecanismos de apoio de excelência.

Mas não é só de dor e sofrimento por morte de uma criança que a família vive situações de luto. Ao longo de todo o seu ciclo de vida esta é confrontada com várias situações de perda ou de mudança de estilo e padrões de vida, que resultam em situações de crise. É perante estas situações e sem a capacidade de se adaptar positivamente a elas que resulta a necessidade da família sofrer uma reorganização a vários níveis, para fazer o luto de quem ou do que perdeu, sendo importante para a sua resolução, que sejam valorizados todos os seus mecanismos de *coping*.

As reacções de cada membro da família assim como os seus mecanismos de apoio são variáveis de acordo com a sua individualidade, no entanto para Whaley e Wong (1989), a capacidade e possibilidade de verbalização e reflexão sobre os seus sentimentos, a percepção da realidade através de informação verdadeira permitindo o estabelecimento de metas realistas podem ser outra fonte de força de adaptação a esta situação de crise.

Também, durante o processo de adaptação a uma situação de crise ou perda, “a crença religiosa da família pode ser uma fonte de força e apoio, assim como os vizinhos e amigos...”, como nos referem Thompson e Ashwill (1996, p.57), sendo importante o papel do enfermeiro na ajuda da reorganização e reintegração social da família na sociedade novamente como membros úteis e activos.

A ajuda e o apoio emocional são outros dos mecanismos que a família pode ter para ultrapassar esta situação, que podem encontrar nos técnicos de saúde inicialmente, na restante família, na entidade patronal e também noutros pais que estejam a passar pela mesma situação, através dos grupos de entreaajuda, como é o caso da instituição “A Nossa Âncora”, como nos é dito por Emília (2001,p.31), “a participação nos grupos de entreaajuda é, porventura, a maneira mais eficaz de fazermos com menor sofrimento a caminhada do luto dos nossos filhos”.

Assim, numa situação de stress, como doença incapacitante/prolongada/com mau prognóstico, a forma como o adolescente/família reagem depende de vários factores, sendo que a melhor ajuda, passa pelo respeito do sofrimento, compreensão das reacções mas principalmente pelo olhar o outro tal qual ele é e respeitando as suas crenças e valores. Como nos diz Vara (1996, p.39), “a melhor ajuda que se pode oferecer ao outro é aquela que lhe permite extrair dele próprio os recursos de que dispõe...”.

Segundo Loureiro (2001, p.47-48), o enfermeiro “ao prestar apoio ao doente e sua família, e ao encorajar o uso das suas competências, (...) pode melhorar significativamente a qualidade da vida, quer do doente quer da família”.

Ao prestar cuidados de enfermagem a estes jovens e família, considero que esses cuidados implicam necessariamente a relação com o outro e a comunicação que se estabelece é fundamental e determinante para a boa prática dos cuidados.

Para Phaneuf (2005), a relação de ajuda consiste numa troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão, apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma situação difícil. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la e aderir à mudança e à evolução pessoal

e conseqüente autonomização. Assim, relação de ajuda profissional ocorre num contexto profissional, onde a comunicação toma forma particular de uma relação.

A comunicação é uma competência imprescindível na relação profissional com o utente, adquirindo algumas especificidades. Implica disponibilidade e atenção recíproca, assim como uma capacidade efectiva para se conseguir uma codificação e descodificação exacta da mensagem, de modo a conseguir-se o impacto pretendido. Saber escutar de forma atenta, global e constante, é muito mais importante do que falar. É necessário saber descodificar o que o adolescente/família quer dizer no contexto do seu sofrimento, da sua ansiedade, na sua inibição ou agressividade, com a maior objectividade possível, criando um ambiente de confiança e disponibilidade efectiva.

Ao falar-se de adolescência e conviver com o adolescente, pretendemos escutar o que ele nos tem a expressar acerca dos seus problemas. Assim para além das competências de EESIP, o enfermeiro especialista nesta área deve ser capaz de: observar e analisar criticamente as situações de forma sintética e eficaz, utilizando uma linguagem técnica e científica específica desta área; conhecer o desenvolvimento psicoafectivo do adolescente; realizar uma análise comportamental para melhor interpretar as necessidades de cuidados manifestadas pelos adolescentes/jovens; adaptar os cuidados aos adolescentes e às suas características sendo necessária criatividade e adaptabilidade; estabelecer uma relação terapêutica com o jovem tendo em conta aspectos como a idade, tipo de interacção com pares, transferências e contra-transferências da figura parental (limites e regras) bem como aspectos da sua patologia; ser capaz de compreender e interpretar a dinâmica familiar e as suas disfunções.

Para Canavarro (1999), quando se interage com jovens, a relação terapêutica é muito particular e rapidamente se coloca num plano de metacomunicação, isto é, existem transferências e contra-transferências que o enfermeiro especialista deve ter em conta. É importante transmitir limites e regras de forma a criar um ambiente seguro, ser assertivo e criar empatia. As estratégias de comunicação são diferentes do adulto. Para Canavarro (1999), a própria inexperiência do adolescente, permiti-lhe intuir a sinceridade de um contacto, o que não acontece com os adultos. Assim, é importante que a relação seja natural, franca e de um bom nível de empatia.

Uma relação humanizada em que o adolescente/jovem tem conhecimento da sua real situação de saúde, além de dissipar os medos e as suas fantasias, reforça a sua esperança, cooperação e confiança. O apoio emocional subjacente a este tipo de relação entre adolescente e enfermeiro, revela-se fundamental na promoção da esperança e conseqüente adesão a planos terapêuticos.

A família, como o centro da actividade do adolescente/jovem, é indiscutivelmente uma força indispensável na adaptação do jovem à sua situação de saúde, podendo exercer no jovem uma influência positiva, pelo que o EESIP deve ter presente que os pais têm necessidades específicas quando confrontados com estas situações de crise, devendo estar atento e promover não só a expressão de sentimentos como também de preocupações e dificuldades.

O enfermeiro, devido à natureza da sua intervenção “com e para” as pessoas, deve procurar fazer uma aproximação que permita uma relação terapêutica e de ajuda.

Há atitudes de enfermagem que facilitam a comunicação terapêutica eficaz, são elas : o estar atento, ser disponível, a aceitação e respeito incondicional pela pessoa, a empatia, a objectividade, a protecção, a autenticidade, a franqueza, a proximidade ou distanciamento profissional, a validação das intervenções.

Podemos assim considerar que os enfermeiros encontram-se, inevitavelmente, numa posição que pode influenciar positiva ou negativamente a esperança pelo que, esta deve ser uma componente imprescindível do seu agir profissional. Segundo Lazure (1996), a ausência de esperança nos profissionais de saúde influencia a esperança dos doentes e familiares.

No contexto dos cuidados de saúde, a esperança parece assumir um papel fundamental ao permitir que a pessoa disponha da sua energia de modo a esperar restabelecer a sua saúde sendo que, o enfermeiro é visto como um agente impulsionador do bem-estar em geral e da esperança em particular (Polleti, 1980).

No sentido de facilitar a aprendizagem sobre a importância da promoção da esperança como intervenção de enfermagem, realizei uma sessão de formação (Anexo XIII), onde os formandos consideraram a temática da maior relevância e uma mais-valia para a equipa. Paralelamente facultei um documento teórico de apoio (Anexo XIV), como suporte e guião formativo. Nesta ocasião formativa, incidi também no tema sobre a dignificação dos processos de luto por ter identificado sentimentos de medo e insegurança nos enfermeiros ao depararem-se com situações de perda.

Outra das necessidades de formação identificada e por mim proposta e aceite pela equipa multidisciplinar prende-se com a intervenção dos profissionais de saúde no que concerne à promoção da autonomia e à tomada de decisão do adolescente no seu processo saúde-doença. Assim realizei dois momentos formativos (Anexo XV) com a temática anteriormente trabalhada no SUP, facultando igualmente o suporte teórico e orientador (Anexo XII). A aceitação, o interesse manifestado e a importância atribuída a estas ocasiões formativas revelaram-se bastante enriquecedoras para os profissionais permitindo uma partilha e esclarecimento de conceitos, contribuindo também para aquisição de novos conhecimentos.

A presença de alunos quer da especialidade de SIP quer da licenciatura, permitiu-me actuar como formadora informal, assumindo por vezes o papel de supervisor clínico, área em que me sinto bastante competente e que se torna para a minha prática profissional um factor muito motivador. Outros momentos enriquecedores de formação não formal, como as reuniões de passagem de turno, serviram para identificar situações onde se interviu em esperança e quais as estratégias adoptadas.

Ao procurar influenciar o grupo na prossecução de um objectivo comum, desenvolvi competências de liderança. Apercebi-me no entanto, do quanto é importante a acção motivadora da enfermeira chefe como impulsionadora da formação e do “olhar” sobre novas práticas.

A permanência nesta Unidade proporcionou-me: identificar as dificuldades e as necessidades vividas na adolescência, realçando aspectos que necessitam de intervenção, objectivando a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes ao longo do seu percurso de internamento.

O acompanhamento da actuação da Enfermeira orientadora nas mais diversas situações de gestão de conflitos, de organização e dinâmica do sector, em termos de gestão de recursos humanos de enfermagem e dos próprios cuidados (procedendo-se à gestão da equipa mediante as necessidades de adolescente/família), promovendo-se a comunicação e o espírito de trabalho em equipa (de enfermagem e multidisciplinar) e a qualidade dos cuidados prestados), contribuiu para desenvolver competências pessoais e profissionais no âmbito da Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria; aprofundamento de conhecimentos na área de especialização e manutenção de forma contínua do processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional. A colaboração em todas estas actividades / cuidados permitiu a partilha de opiniões e experiências, assim como desenvolver competências a nível relacional, de observação e espírito crítico.

Ao longo deste percurso saliento o carácter flexível e autónomo que foi proporcionado pela enfermeira orientadora do estágio, o que o tornou muito mais rico, uma vez que foi organizado de acordo com as expectativas e necessidades pessoais. O acolhimento e acompanhamento por parte de todos os profissionais deste campo de estágio permitiram a concretização de momentos de aprendizagem a nível pessoal e maturação profissional de grande valor, no sentido de desenvolver competências especializadas nesta área.

Procurei dar resposta à necessidade de desenvolver competências na prestação de cuidados especializados, dando especial ênfase e com investimento pessoal na educação para a saúde para todos os intervenientes e adequada aos mesmos, e acreditando que assim poderemos obter ganhos efectivos em saúde.

3. CONCLUSÃO

O processo de aprendizagem que culmina com a elaboração deste relatório potenciou a consolidação de conhecimentos, ideias e procedimentos permitindo -me aprofundar conteúdos e práticas fundamentais para a minha actuação, articular saberes em múltiplas vertentes e adquirir atributos que considero como fundamentais para alcançar a excelência dos cuidados enquanto futura enfermeira especialista

Ao prestar cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Infantil e Pediatria, conforme descrito no REPE (1996), na definição de enfermeiro especialista foi possível desenvolver competências técnicas e humanas gerindo e interpretando de forma adequada, a informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada.

A formação é essencial quer como crescimento pessoal quer profissional, para mim é imprescindível pois só através dela posso processar novos saberes e novos comportamentos. É o gosto de aprender, a curiosidade de saber, o incentivo de descobrir, e conhecer para a existência, a necessidade vital de ser, de se transformar ao longo da vida, mobilizando vontades, sonhos, projectos, num processo contínuo e crescente de realização e reinvenção pessoal.

Considero que a análise reflexiva daquilo que se acredita ou se pratica é fulcral num processo de aprendizagem. A reflexão na acção representa o saber fazer e a reflexão sobre a acção representa o saber compreender. São dois processos de pensamento distintos que não acontecem ao mesmo tempo, mas que se complementam na qualidade do saber reflectir.

A realização deste trabalho confrontou-me com a minha prática diária, levando-me a pensar sobre a complexidade do cuidar. Desenvolvi e mobilizei recursos de forma a desenvolver competências ao nível das relações interpessoais, da motivação, da formação, da investigação, da gestão conduzindo-me a mudanças de comportamentos e atitudes, promovendo a visão holística do cuidar, como ente que é corpo mas também é espírito, um ser em relação com os outros e o meio.

Considero que as actividades realizadas permitiram-me visionar a realidade numa outra vertente, adquirir e melhorar competências vastas o que, sem dúvida, contribuiu para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Ao longo do relatório pude referir de forma reflexiva e conclusiva questões complexas relacionadas com a problemática do adolescente e família portador de doença crónica, da promoção de estilos de vida saudável e prevenção de doença, bem como o relacionamento terapêutico e as actividades promotoras de uma intervenção em esperança, assim como pude abordar questões relacionadas com a dinâmica de grupos em contextos terapêuticos bem como a relação de ajuda e a intervenção na família.

Para concluir, no culminar desta etapa considero ter alcançado de forma satisfatória os objectivos apresentados, transpondo dessa forma mais um degrau na grande escalada dos conhecimentos que envolvem os cuidados ao indivíduo/família, com o intuito de melhorar o

meu desempenho profissional e conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados ao indivíduo/família.

Quero ter a humildade de dizer que tenho a certeza que evolui como pessoa e que me tornei mais conhecedora das vertentes que se coadunam com esta área de especialização. Como sei que o conhecimento não é estanque, venham mais saberes!

A vida é uma aventura, não sabemos o amanhã, mas sabemos quais os nossos objectivos, ambições e como lutar para alcançá-los. Por vezes não é fácil, surgem obstáculos, mas temos que os contornar e seguir em frente, tornando-nos mais fortes e buscando sempre o sentido da vida. Cada um de nós tem determinados comportamentos, que remete para valores, atitudes, percepções e experiências, que vão modelando a nossa maneira de ser e estar no mundo. O conhecimento de nós próprios, das nossas qualidades e defeitos; dos nossos direitos e deveres; das nossas facilidades e dificuldades; dos nossos sentimentos e emoções, permitem o nosso desenvolvimento pessoal.

Ao longo da minha vida profissional tenho tido o privilégio de conhecer muitas pessoas e de aprender muito com todas elas. Tenho aprendido a ouvir, a escutar, a sorrir, a chorar, a ensinar, a aprender, a confessar, a ser confidente, e tantas outras coisas...

Ao concluir este relatório considero que os meus objectivos e os propostos pela equipa pedagógica foram atingidos. Senti alguma dificuldade na redacção e síntese do mesmo, pois a capacidade de transpor para o papel o resultado de reflexões/vivências, continua a ser uma das minhas necessidades formativas, mas não posso deixar de reconhecer que é extremamente reconfortante chegar ao final de mais um desafio com a sensação de dever cumprido, mantendo-me no entanto, na procura de novos projectos.

Actualmente continuo a apostar na formação, quer como formanda quer como formadora, com o objectivo de formar para mudar e inovar.

“ Na vida tem cada um a sua fábrica, estes ficam aqui a levantar paredes, nós vamos a tecer vimes, arames e ferros e também a recolher vontades, para que com tudo junto nos levantemos, que os homens são anjos nascidos sem asas, é o que há de mais bonito, nascer sem asas e fazê-las crescer, isso mesmo fizemos com o cérebro, se a ele fizemos a elas faremos”. (Saramago mc: 137)

Sublimemente simbolizado o poder de cada um se levantar, na vontade de fazer, de crescer, de desenvolver, acreditando na possibilidade de ganhar asas na força de desejar poder querer voar.

4. SUGESTÕES

Como forma de intervir na promoção e manutenção da esperança considero importante deixar algumas sugestões para os enfermeiros.

- Constituição de um grupo multidisciplinar dinamizador da Esperança.
- Elaboração de um guia de boas práticas sobre Intervenção em Esperança para o HDE;
- Integrar na formação em serviço temáticas relacionadas com a esperança e suas significações.

Saliento ainda o facto de ser necessário adequar cada vez mais as equipas de saúde para o cuidar do adolescente, procurando formação na área de forma a uma maior aproximação com a tão desejada excelência dos padrões de qualidade.

5. BIBLIOGRAFIA

ANDERS, J.; LIMA, R. – *Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ISSN: 0104 1169. Vol 12, Nº6. (2004). p. 866-874.

ANTUNES, Nuno Lobo – *Sinto Muito*. 5ª ed. Lisboa. Verso da Kapa, 2008. ISBN 978-972-8974-68-:

AZEVEDO, D. Carlos - *Que lugar para a Esperança na saúde?*. 2º Seminário Nacional de Espiritualidade no Hospital. Consultado a 30/11/2010, disponível em: <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=71449>

BARROS DE OLIVEIRA, J. H. – *Psicologia Positiva*. Porto: Edições ASA, 2004. 192 p. ISBN: 978-972-413-60-28.

BARROS, Luísa – *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-081-2.

BARROS, L. - *A Unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção de desenvolvimento*. In M. C. Canavarro (coord.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra, 2006: Quarteto. p.297-316. ISBN 972-8535-77-5.

BENNER, Patrícia – *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto, 2001. 294p. ISBN 972-8535-97-X.

BOLANDER, V. B. SORENSEN e LUCKMANN, *Enfermagem Fundamental: Uma Abordagem Psicofisiológica*. 1ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1998. p.1856-1857. ISBN 972-966-10-6-5.

BOWLBY, John - *Psicologia e Pedagogia – Perda, Tristeza e Depressão*. In Trilogia Apego e Perda São Paulo: Martins Fontes. Ed., Lda. (1993). Vol.III. p.4.

CANAVARRO, Luís – *Adolescentes: Pragmáticas da Abordagem Psicoterapêutica*. 1ªed. Coimbra: Quarteto Editora, 1999. 113p. ISBN 972-8538-14-7.

CARVALHO, António – *Avaliação da Aprendizagem em Ensino clínico no Curso da Licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget, 2004. 416 p. ISBN 972-771-757-6

CHAREPE, Zaida. - *(Re) Construir a Esperança nos Pais de Crianças com Doença Crónica*. Implementação de um projecto orientador de boa prática. *Servir*, ISSN 0871-2379. Vol.56. Nº5. (Novembro/Dezembro 2008). p.180-183.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2, Adelaide, 1988 – *Recomendações da Conferência de Adelaide sobre políticas favoráveis à saúde*. Austrália [Adelaide], 1988.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, Ottawa, 1986 – *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Canadá (Ottawa): OMS, 1986.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 4, Jacarta, 1997 – *Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde*. República da Indonésia (Jacarta), 1997.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 5, México, 2000 – *Promoção da Saúde: Rumo a uma maior equidade*. Declaração Ministerial do México para a promoção da saúde. Cidade do México, 2000.

D'ESPINEY, Luísa – *Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos*. Revista de Ciências da Educação. Lisboa. ISSN 1646-4990. Nº 6. Maio/Agosto.(2008). p.7-20.

DIAS, S. - *Comportamentos sexuais nos adolescentes: promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA*. 1ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2009. ISBN 978-972-31-1292-4.

DIOGO, Paula - *A Vida Emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. 1ª ed. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda. 2006. p.113-114. p.222. ISBN 972-8485-70-0.

EMÍLIA, Maria - *Grupos de entreajuda. A Amarra* – Boletim Informativo de A Nossa Âncora (2001). 16. p.2-32.

FERNANDES, A. M. – *A equipa de Enfermagem face à criança hospitalizada*. Revista de Saúde Infantil. Coimbra, (1998). p.117-128.

FERREIRA, A. [et al]. – *Responsabilidades do enfermeiro como agente de mudança*. Revista Sinais Vitais. ISSN: 0872-0844. Nº68. (Set.2006).p.19-22.

FONSECA, Helena – *O adolescente com doença crónica. Nascer e crescer*. Porto. ISSN 0872-0754. vol.7, nº2 (Junho 1998), p.98-100.

FRIAS, C. F. C. - *A aprendizagem do Cuidar e a morte. Um desígnio do enfermeiro em formação*. Lisboa: Lusociência, 2003. p.29. ISBN 972-8383-50-9.

GAMEIRO, A. - *Novos Horizontes da Viuvez. Crise, Acompanhamento, Psicologia, Novo Projecto e Pastoral*. Lisboa: Edições Paulistas. (1988). p.34.

GUERRA, Marina, LIMA, Lúcia – *Intervenção Psicológica em grupos em contextos da saúde*. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. 288p. ISBN 972-796-161-4.

GUIMARÃES, M.; [et al] (2007) – *Adolescência na Escola: O desafio do Desenvolvimento Integral*. Revista Interações. ISSN 1646-2335. Vol 3, nº5 (2007).p.82-109.

HAMELIN, K.; SAYDAK, M.; BRAMADAT, I. – *Intevewing Mothers of High-Risk Infants. What are their support needs?* The Canadian Nurse. ISSN 0008-4581. Vol.93. Nº6. (Junho1997). p.35-38

HEERMANN, J. A., WILSON, M. E. & WILHELM, P. A. - *Mothers in the NICU: Outsider to Partner*. Pediatric Nursing. (2005).Nº31.p.176-181.

HERTH, Kaye – *Development and implementation of a hope intervention program*. ONF. 28:6. (2001). p. 1009-1017.

HESBEEN, Walter – *Qualidade em enfermagem – pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Paris: Masson, (1998). ISBN 972-8383-20.

HESBEEN, Walter - *Cuidar no hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures, Lusociência, 2000. p.6. ISBN 972-8245-22.

HOPKINS, C. D. ; [et al] – *Risk avoidance versus risk reduction: a framework and segmentation profile for understanding adolescent sexual activity*. Health Marketing Quarterly. ISSN 1545-0864. Vol 21, nº3 (2004).p.79-106.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE. (2009). ISBN 978-972-673-845-8. Disponível em: <http://www.ine.pt>. Acedido a 30/04/2010.

JUNTUNEN, C. L.; WETTERSTEN, K. B. - *Work hope: Development and initial validation of a measure*. Journal of Counseling Psychology. (2006). 51 (1). p. 94-106.

LAZURE, Héléne - *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, (1994). ISBN 972-95399-5-2

LOUREIRO, Chotika Yampram - *Cuidados de Enfermagem a doentes em fase terminal*. Sinais Vitais, ISSN 0872-8844. Vol 36. (2001). p.45-50.

MACHETE, Rui - *A política europeia da família numa sociedade em mudança*. In Gomes-Pedro [et al.]. *Bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (1995). p.25.

MAGÃO, Maria Teresa; LEAL, Isabel – *A promoção da esperança nos pais de crianças com cancro*. In DIAS, Maria do Rosário; DURÁ, Estrella – *Territórios da psicologia oncológica*. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. p.321-344. ISBN 972-796-018-9.

MARÇAL, Teresa. - *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*. Instituto de Apoio à Criança. Lisboa: Fundação Glaxo Smith Kline das Ciências de Saúde. (2006). p.35

MATOS, Margarida [et al.] – *A saúde dos adolescentes portugueses. Estudo nacional da rede Europeia HBSC/OMS(1998)*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/Programa de Educação para Todos- Saúde, 2000. 114p.

MATOS MG, e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH, 2003

MENDONÇA, V.; NEVES, J.; GUIMARÃES, T.; CARVALHO, F.; FONSECA; ROCHA, F. – *Afinal o que é a resiliência?*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Lisboa. Nº16. (Mai-Jun-Jul-Ago. 2008). p. 10-12.

MERCADIER, Catherine - *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. (2004). p.140. ISBN 972-8383-82-7.

NEVES, Cristina – *A criança com doença crónica e seus pais*. Revista Nursing, ISSN 0871-6196. Nº 153. Março (2001). p.18-22.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Conselho de Enfermagem. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Setembro (2002).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. (2003).

ORDEM ENFERMEIROS – *Código deontológico de enfermeiro: dos comentários à análise dos dados*. Lisboa: Ordem Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Retirado em 15 de Maio, 2010, de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPPraticas.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Desenvolvimento Profissional – Individualização das especialidades em Enfermagem*. Lisboa. ISSN 1646-2629. Suplemento da Revista N.º 26 (Junho 2007), p.9-20.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento de Lisboa – *As metas de saúde para todos*. Copenhaga: OMS, 1985.227p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - *Rapport sur la Santé dans le Monde: Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève: OMS, 2002.

PACHECO, Susana - *A morte no ciclo vital: perspectiva da enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. ISSN1646-2629 Nº20. Janeiro. (2006), p.31-34.

PANGRAZZI, Arnado – *Los Grupos de Mutua Ayuda en el Duelo*. 1ªed. Bogotá, Colômbia: San Pablo, 2003. 134p. ISBN 958-692-457-2.

PATRÍCIO, Luis – *Droga para que se saiba*. 1ªed. Lisboa: Livraria Figueirinhas, 2002

PATRÍCIO, Luis – *Droga aprender para prevenir*. 1ªed. Lisboa: Dias Patrício Psiquiatria e Medicina. Lda Editora, 2006.

PEREIRA, M. – *A verdade e a esperança na comunicação de más notícias em saúde – opiniões e perspectivas*. Enfermagem Oncológica. ISSN 0873-5689. Nº 7. (2004). p.34-39.

PHANEUF, Margot – *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. 1ªed. Loures: Lusociência, 2005. 633p. ISBN 972-8383-83-3.

PINTO, C.; PAIS_RIBEIRO,J. – *Sobrevivente de cancro: uma outra realidade*. Texto & Contexto de Enfermagem. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol.16. nº1. (Jan/Mar 2007). p.142-148.

PIRES, A. – *O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem*. Loures: Lusociência. (2006). ISBN 972-8930-10-0.

POLLETI, R. - *O conceito de esperança nos cuidados de enfermagem*. Revista Servir. ISSN 0871-2379. Vol. 29, nº 3, (1980). p. 124-128.

POLETTO M. & KOLLER S. H.- *Resiliência: uma Perspectiva Conceitual e Histórica*. Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Protecção. (2006). Ed. Casa do Psicólogo. São Paulo.p.19-44.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde – *Intervenções de Enfermagem*. (1992).p.19.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação*. Orientações Técnicas 12. Lisboa, DGS. (2002).

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. *Saúde na Comunidade: Guia Orientador para Elaboração de Indicadores*. Lisboa: DGS. (2003)

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*.Vol II: Orientações Genéricas. Lisboa. DGS (2004). ISBN 972-675-110-1

POTTER, A. P. & PERRY, A. G. - *Fundamentos de Enfermagem*. 5ªed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan SA. (2004). p.516.

PRAZERES, V.– *Saúde dos Adolescentes: Princípios Orientadores*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. 1998.

PRAZERES, V. – *Saúde juvenil no masculino. Género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 2003. 67p. ISBN 972-675-086-5..

PRAZERES, V. – *Bases do programa nacional de saúde dos jovens*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2005. 34p.

PRAZERES, V. – *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2006.

RENAUD, Michel – *A Decisão Ética, Hoje – Brotéria*. Lisboa, vol. 144, (1997). p. 39 –57.

SNYDER, C.; SYMPSON, S.; YBASCO, F.; BORDERS, T.; BABYAK, M. & HIGGINS, R. - *Development and validation of the state hope scale*. Journal of Personality and Social Psychology, (1996). 70. p.321-335.

SAMPAIO, D. - *Voices e Ruídos: diálogos com adolescentes*. Lisboa: Editora Caminho. (2002). ISBN: 972-21-0832-8

SARAMAGO, José – *Memorial do Convento*. Editorial Caminho. Outubro, 1982. 357p. ISBN 972-21-0026-2.

THOMPSON, E. D. & ASHWILL, J. W. - *Uma Introdução à Enfermagem Pediátrica*. 6ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.57. ISBN 85-7307-159-1.

TWYXCROSS, Robert - *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores, (2001). ISBN 972-796-001-4.

UNITED NATIONS (2005) – *Youth at The United Nations: World Youth Report*. Acedido em 20/06/2010. Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/wyr05.htm>

VARA, Lília. R. A. - *Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria*. Revista Portuguesa de Enfermagem. ISSN 0873-1586. Ano 1. Nº1. (3º trimestre 1996). p. 5-52.

VIEIRA, Margarida – *Ser Enfermeiro. Da compaixão à Proficiência*. 1ª Ed., Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2007. p.127. ISBN 972-54-0146-8.

WATSON, Jean – *Ciência Humana e Cuidar - uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. 182p. ISBN 972-8383-33-9.

WHALEY; WONG, Donna L. – *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. (1989). 910 p. ISBN 85-226-0329-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) - *Young People's Health in Context*. Copenhagen: WHO, 2004.

WRIGHT, Lorraine. – *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. 1ªed.Coimbra. Ariadne Editora, 2005. 127p. ISBN 972-8838-19-0.

REFERÊNCIAS LEGAIS

DECRETO REGULAMENTAR nº 66/2007, de 29 de Maio D.R. I Série, nº 103 (29/05/2007) 3504-3505 (Orgânica da Direcção-Geral da Saúde)

DECRETO LEI nº 234/2008, de 2 de Dezembro D.R. I Série, nº 233 (02/12/2008) 8600-8608 (Alteração ao Decreto Regulamentar nº 66/2007)

DESPACHO nº 19816/2007, de 31 de Agosto D.R. 2ª Série, nº 168 (31/08/2007) 25252 (Nomeação do Chief Nursing Officer)

DECRETO-LEI Nº 161/1996. D.R. I Série – A. (1996-09-04) 5587-5596 Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI nº60/2003, de 1 de Abril D.R. I Série – A. Nº 77 (01/04/2003) 2118-2127 (Prestação de Cuidados de Saúde Primários)

DECRETO REGULAMENTAR nº 123/2011 de 18 de Fevereiro D.R. 2ª Série, nº 35 (18/02/2011) 8653-8655 (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem).

ANEXOS

ANEXO I

Projectos Unidade W+

PROYECTOS UNIDADE W+



01-04-2010

PROJECTOS:

MASSAGENS DOS BEBÉS

Sabias que as massagens para bebés são muito importantes para que eles se sintam bem? Por exemplo, ajudam a aliviar as cólicas, a fazer com que tenham um sono mais tranquilo... e além disso fazem com que pais e bebé se fiquem a conhecer melhor. Acredita que é um momento mágico!!! Então por que é que tu não apareces mais o teu bebé e vens aprender connosco como é que lhe podes dar estas massagens maravilhosas? Foi a pensar nisso que criámos às segundas-feiras de manhã um grupo para pais e mães que querem aprender esta técnica.

É claro que também aqui podes trocar experiências, dúvidas e conhecimentos com os outros pais.

GRUPO DE EXPRESSÃO CRIATIVA

E se desejas um espaço onde as palavras não são tão precisas e onde interessa mais usar a imaginação e a criatividade, participa no Grupo de Expressão Criativa, todas as sextas-feiras, das 18:30 às 20:00.

Cores, Sons, Emoções, Estados de espírito...

À tua disposição terás lápis, tintas, pasta de modelar, missangas e muitos outros materiais que te permitem criar, transformar e exprimir aquilo que sentes, ao som da música que tu escolheres trazer.

Poderás criar ao teu próprio ritmo, sem pressa nem crítica.

GRUPO DE JOVENS

Dizem-te que és tímido ou que falas demais?

Engoles o que sentes ou disparas em todas as direcções?

Sentes que ninguém te compreende e te aceita como és?

Pois é...Sabes que mais?? Afinal... Não és o único e não precisas de estar sozinho!

Somos um grupo do qual podes fazer parte e que funciona à segunda-feira de quinze em quinze dias, das 19h às 20h.

Ah! E não te esqueças... Mais vale bem acompanhado do que sozinho

OS BONS REBELDES

Dizem-te que tens um feitio especial? Sentes dificuldades em cumprir regras? Adoras transgredir?

Então deves ser um rebelde... e de certeza que és um BOM REBELDE!

Então se tens mais de 13 anos, rapaz ou rapariga e gostavas de ter um grupo para partilhar as tuas ideias?

Junta-te a nós todas as sextas-feiras das 14h30 às 16h00.

CLIQUE SOLIDÁRIO

Gostas de computadores? Sabes pouco e queres aprender mais? Já sabes muito mas não tens computador? Cá temos computadores à tua disposição, para fazer pesquisas ou comunicar com os amigos.

Aqui podes saber mais sobre *Word*, *Internet*, ter o teu e-mail... E ainda podes conseguir um diploma do curso de competências básicas de informática

SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Gostavas de pensar, encontrar respostas, trocar ideias com outros jovens sobre assuntos que te preocupam relacionados com o teu “estar bem” contigo, com os outros e com a vida? Aqui tens essa possibilidade. Não te vamos dar receitas ou “conselhos” mas vamos pensar contigo e responder a algumas questões que te interessem.

Podes sugerir ou escolher um tema que te interesse:

Álcool; Auto-estima; Anorexia; Abuso; Actividade física; Alimentação Saudável; Autocuidado; Bulimia; Feminino-Masculino; Drogas; Depressão; Emoções; Consumos; Não Engravidar; Obesidade; O bom e o mau; Relações interpessoais; Riscos de gravidez; Suicídio; Tabaco; O viver com os outros; O viver com estilo; Riscos.

ANEXO II

Gravidez na Adolescência

PRÁTICA
REFLEXIVA

Gravidez na Adolescência



Maria Clara Oliveira

Abril de 2010

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Nos últimos anos, a gestação em idade precoce tem sido objecto de grande preocupação. O fenómeno da gravidez na adolescência não é recente na história da humanidade, embora actualmente tenha maior visibilidade, uma vez que nas sociedades industriais é considerado um grave problema social, muitas vezes associado a condições de vida precárias, baixa escolaridade, desemprego e pobreza.

Os impulsos que levam os adolescentes a um início precoce da vida sexual são muitos e complexos. Podem ser a procura de identidade, a afirmação da masculinidade ou feminilidade, ou a compensação de carências afectivas. A forma como o indivíduo interage com o *mundo* e com os outros na partilha sexual, fundamenta-se nos valores e regras sócio culturais (BOBAK, et al 1999).

A sociedade actual valoriza uma nova concepção de felicidade baseada no poder, no dinheiro, no consumo e no prazer imediato, relegando para segundo plano os valores tradicionais que contribuíam para a formação da personalidade dos jovens. O tempo dedicado à família é cada vez menor fomentando um défice afectivo nos jovens que é muitas vezes colmatado pela invasão de filmes, publicidades, vídeos, clips que estimulam condutas e comportamentos que privilegiam o erotismo, o culto do corpo, a busca do prazer físico e o sexo como mercadoria de consumo, induzindo valores e uma imagem da sexualidade que não correspondem à realidade.

O “sexo pelo sexo” não é de modo algum satisfatório em termos psicológicos e afectivos. Mas o adolescente na sua descoberta da sexualidade e no auge dos seus impulsos vê-se envolvido em relações sexuais não programadas, onde lideram as emoções e os sentimentos em prol da razão. LEAL (2000) salienta que a distância existente entre as possibilidades fisiológicas e a responsabilização social é de tal modo acentuada que, embora se reconheça nos adolescentes uma sexualidade organizada, no primado da genitalidade, desconfia-se das suas capacidades críticas e do uso adequado da sua sexualidade na relação partilhada com os outros.

A descoberta da gravidez constitui um choque emocional para a adolescente que acumula uma sobrecarga psíquica prejudicial para o seu desenvolvimento que requer equilíbrio, harmonia e saúde. CORREIA (2000) salienta que a adolescente perante a gravidez vê-se compelida a tomar uma decisão entre diferentes opções: interromper a gravidez; prosseguir a gravidez e dar o bebé para adopção ou prosseguir a gravidez e ficar com o bebé. Qualquer das escolhas é extremamente difícil, requer reflexão, uma tarefa adulta para a qual a adolescente nem sempre está preparada, e implica sentir e sofrer emoções contraditórias.

BRAZELTON (2003) refere que os profissionais de saúde têm o dever de aceitar a gravidez da adolescente e devem conduzir esta grávida procurando apoiá-la nas suas decisões, ajudá-la no seu processo de maternidade e encaminhá-la para oportunidades futuras.

Nos últimos anos, segundo CORREIA (1999), o número de relações sexuais nos adolescentes tem vindo a aumentar. Há uma procura cada vez maior de excitação e prazer imediato. O carinho e a ternura são frequentemente confundidos e substituídos pelo prazer instintivo. O *abandono*, entenda-se, falta de carinho e atenção dos pais e educadores, podem levar à diminuição da auto-estima e ao conseqüente preenchimento dessa lacuna com soluções fantasiosas e amores fáceis.

A gravidez na adolescência é um duplo esforço de adaptação interna e uma dupla movimentação de duas realidades que convergem num único momento: Estar grávida e Ser adolescente. Este é um tema que me interessa por considerar que a gravidez na adolescência necessita de um acompanhamento mais vincutivo, uma vez que muitas adolescentes se encontram desamparadas pela família e pela sociedade.

A gravidez na adolescência não constitui somente um problema pessoal é também um grave problema social e de saúde pública, que se traduz em: interrupção (in)voluntária da gravidez, gravidez com consultas pré-natais tardias ou inexistentes, risco acrescido de pré-eclampsia e de doenças sexualmente transmissíveis e parto pré-termo.

Muitas das adolescentes/jovens que engravidam provêm de famílias problemáticas: famílias numerosas com fracos recursos económicos (onde muitas vezes impera o alcoolismo e a toxicoddependência); famílias monoparentais (em que muitas vezes a mãe já foi “mãe adolescente”). Para a grande maioria das jovens a gravidez leva ao abandono dos estudos e à falta de formação profissional que leva à perpetuação da pobreza e de outros comportamentos de risco.

Apesar de todo o investimento que tem vindo a ser feito nos programas de educação sexual e na sensibilização da família para esta problemática, a gravidez continua a fazer parte da vida de muitos adolescentes, constituindo não só um problema de ordem materno-fetal, mas sobretudo de ordem psicossocial para a jovem mãe, filho e família.

Para muitas jovens que recorrem à consulta, a maternidade é encarada como um projecto de vida, algo de diferente, pois tudo o que as rodeia é percebido como “muito mau”. O engravidar na adolescência é o passaporte para o mundo dos adultos, para a maioridade, para um projecto de vida e amor incondicional de um filho.

Muitas das adolescentes são filhas e irmãs de mães adolescentes, o engravidar é o cumprimento do modelo familiar e o perpetuar de um ciclo.

ANEXO III

Interrupção (in)Voluntária da
Gravidez na Adolescência

PRÁTICA
REFLEXIVA

Interrupção (in)voluntária da
Gravidez na Adolescência



Maria Clara Oliveira

Abril de 2010

INTERRUPÇÃO (IN)VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Com a alteração do Código Penal prevista na Lei nº16/2007 de 17 de Abril que exclui ilicitude nos casos de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), por opção da mulher desde que praticado nas primeiras 10 semanas de gestação, verifica-se um aumento de procura de interrupção da gravidez na Unidade W+. Em 45 dias 31 jovens algumas das quais já recorrentes, foram encaminhadas para a Maternidade Alfredo da Costa após consulta de acompanhamento.

O facto do elevado número não significa que estes momentos não sejam vividos com um sentimento de grande culpabilidade, o que leva muitas vezes a uma nova gravidez como efeito reparador, o que por sua vez conduz a uma nova IVG. Normalmente as adolescentes/jovens chegam ao serviço e pedem para falar com um enfermeiro. Surgem normalmente com o desejo expresso de realizar um teste de gravidez, muitas vezes só para confirmar o que o corpo lhes diz ou outro teste já feito em casa. Mas muitas vezes a ambivalência interna é exacerbada pela pressão externa e são incapazes de afirmar se vão ou não prosseguir com a gravidez.

Ao reflectir sobre esta temática não posso deixar de me interrogar sobre o valor da vida. Considerada como valor em si mesmo, está consagrada em importantes diplomas, desde a Declaração Universal dos Direitos do Homem até à nossa Constituição, passando pela Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia.”

Quando começa a vida Humana?

“... desde a singamia, de vida humana, já que “garantidas as necessárias condições, e se vencidos os escolhos que se opõem à sua implementação e crescimento intra-uterino, o embrião não pode deixar de dar origem a um representante da espécie humana, e nunca desembocará num individuo de qualquer outra espécie...”, (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1997).

“O parlamento Europeu, na sequência de audições públicas levadas a cabo pela Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos, elaborou um extenso relatório no qual afirma, sem hesitações, que “a vida humana começa com a fecundação e desenvolve-se sem saltos de qualidade, numa continuidade permanente até à morte”. Neste sentido, equaciona-se uma linha do início ao fim da vida.”, (in comentários ao artigo 82º- Dos direitos à vida e à qualidade de vida, do Código Deontológico do Enfermeiro, 2003).

É um facto que o desenvolvimento embrionário é progressivo, temporalmente crescente em complexidade. Apesar do seu desenvolvimento ser gradual, o embrião manifestar-se-á sempre como um ser humano, pelo que não me faz sentido dizer que o início é marcado pela formação deste, ou daquele sistema, penso que estas divisões são artificiais, talvez por essa razão gerem tantas discussões.

“A vida humana nesta instância, é então definida como ser – no mundo (espiritual-mental-físico), que é contínuo no tempo e no espaço.”, (Watson, 2002).

Numa perspectiva ética a colocação de prazos para a realização do aborto não faz sentido, porque este conduz sempre ao eliminar de vida humana.

Em 1997 o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) disse acerca das propostas para a alteração da antiga lei do aborto: “É de rejeitar, limiar e frontalmente, a exclusão de ilicitude para o chamado aborto a pedido. A vida humana, mesmo incipiente, é um bem e a grávida não pode dispor livremente desse bem, que não é seu, já que o novo ser vivo necessita de protecção e sustento para continuar a sua evolução de ser irrepetível, portador de dignidade própria de membro da família humana. Admitir o contrário, invocando razões de carácter sociológico ou económico, é rebaixar a dignidade humana (conceito orientador e chave da Constituição da República Portuguesa) através de argumentação baseada em critérios de interesse particular.” (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1997). A opção que a lei introduz dá poder à mulher para decidir sobre o futuro da sua gravidez, neste âmbito de decisão para acção faz lembrar o **empowerment**. Empowerment é ter o poder de decidir sobre si, sobre a sua vida, ou dar o poder a alguém que decida por si. Neste caso é dado o poder paternal absoluto sobre o filho que irá nascer, sobre outra pessoa. Este facto provoca em mim conflito, penso que o empowerment neste caso não se aplica pois é retirado todo o poder ao ser humano que já existe e não lhe é permitido nascer. Optar é sempre rejeitar algo. A mulher grávida está seguramente em grande conflito interior e sofrimento, excepto aquelas que tenham grave perturbação psíquica ou debilidade.

Na verdade esta lei dá a acessibilidade a todas as mulheres, independentemente da sua situação económica, de interromper a gravidez com cuidados prestados por técnicos de saúde. Aos técnicos de saúde cabe também optar se querem ou não participar no acto, podendo invocar a objecção de consciência, como previsto no artigo 92º do Código Deontológico do Enfermeiro.

O facto de ter um parecer diferente relativamente ao aborto não me impede de colaborar nas consultas e cuidar destas adolescentes, como não me impede de cuidar de outras pessoas noutros momentos em que não partilhemos a mesma visão ética das situações.

Intrínseco ao cuidado está a compaixão. Segundo uma ética moral é uma virtude essencial. Compaixão é estar com o outro no seu sofrimento.

É fundamental saber receber o outro. Tudo aquilo que vivenciámos antes e como vemos o mundo vai estar presente naquele momento, quer consciente, quer inconscientemente. É importante que o enfermeiro tenha presente que os mecanismos de transferência e contra-transferência são uma constante nesta relação, bem como os mecanismos de defesa. Estes últimos são fáceis de identificar ao se saber da notícia de uma gravidez. É imperativo ver o expresso e o latente.

É muitas vezes aqui que as intervenções dos diferentes técnicos colidem. Atender ao latente é ir para além das aparências, é deixar os pré-conceitos é ir verdadeiramente ao encontro do outro, é sair da superficialidade.

Trabalhar nesta área e especialmente com menores levanta problemas frequentemente com os pais.

O Regulamento das consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento a Jovens previsto na Portaria nº 52/85, de 26 de Janeiro, dispõe que “terão acesso, sem quaisquer

restrições, aos centros de atendimento para jovens e, no caso de estes ainda não existirem, às consultas de planeamento familiar todos os jovens em idade fértil, sendo os adolescentes considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.”

A Lei nº 3/84 de 24 de Março estabelece que “os funcionários dos centros de consulta sobre planeamento familiar e dos centros de atendimento de jovens ficam sujeitos à obrigação de sigilo profissional sobre o objecto, e o resultado das consultas em que tiverem intervenção e, em geral, sobre actos ou factos de que tenham tido conhecimento no exercício dessas funções ou por causa delas”.

Sabemos que a confidencialidade é essencial ao estabelecimento de uma relação de confiança com o outro, independentemente da idade deste. O respeitar da mesma e da própria lei é geradora de conflito com alguns pais e/ou tutores dos menores. Estas situações são trabalhadas com especial cuidado com a adolescente/família.

A nova lei da IVG dispõe que “No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, respectiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral. “

Em todo este processo a intervenção do EESIP é centrada na ajuda à tomada de decisão, no encaminhamento da adolescente assegurando o suporte que a sua decisão envolve, sendo um garante de segurança, sigilo e confidencialidade.

Estas mudanças relativas à moral social fazem-me reflectir acerca do sentido das coisas, do futuro e de como caminhamos para uma sociedade cada vez mais paradoxal!

Aprova-se uma lei que permite o eliminar da vida, mas não se faz um investimento para que as gravidezes indesejadas diminuam significativamente ou desapareçam, ou ainda de verdadeiro apoio à maternidade. Numa altura em que o papel social do pai é mais activo e se fala cada vez mais na sexualidade masculina, é como se ele não existisse durante o processo de IVG.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1997).

Lei nº 3/1984, 24 de Março. (Educação Sexual e Planeamento Familiar)

Lei nº 16/2007, 17 de Abril (Alteração do Código Penal)

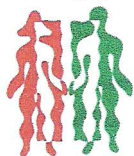
ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*.

WATSON, Jean – *Ciência Humana e Cuidar - uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.

ANEXO IV

Plano Estratégico de
Enfermagem 2009-2012

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

PROPOSTA
PLANO ESTRATÉGICO DE ENFERMAGEM
2009-2012

Chief Nursing Officer
Sérgio Gomes

Fevereiro / 2009

Índice

1	MISSÃO	3
2	VISÃO	3
3	OBJECTIVOS	3
4	PRINCÍPIOS ORIENTADORES.....	4
5	RAZÕES PARA UM PLANO NACIONAL DE ENFERMAGEM.....	5
6	EIXOS ESTRUTURANTES.....	5
	6.1 CONCRETIZAÇÃO DOS EIXOS ESTRUTURANTES	6
	6.2 OPERACIONALIZAÇÃO DOS EIXOS ESTRUTURANTES	8
	6.2.1 Eixo 1 – INVESTIGAÇÃO.....	8
	6.2.2 Eixo 2 – PRIMAZIA DOS CUIDADOS	9
	6.2.3 Eixo 3 – PROXIMIDADE	10
	6.2.4 Eixo 4 – INFORMAÇÃO EM REDE	11
	6.2.5 Eixo 5 – APRENDIZAGEM PROFISSIONAL.....	12
	6.2.6 Eixo 6 – GESTÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....	13
7	MICROSITE DO CNO - CONTEÚDOS.....	14

“OS ENFERMEIROS COM OS CIDADÃOS”

1 MISSÃO

A Enfermagem portuguesa contribui para a promoção da saúde e a qualidade de vida dos portugueses através da prestação de cuidados de saúde acessíveis, de proximidade, em tempo oportuno. Centra a praxis numa abordagem humanista, nas necessidades dos cidadãos e nas mais recentes evidências científicas, comprometendo-se na dinamização da investigação e no desenvolvimento científico.

2 VISÃO

Os enfermeiros são referência de qualidade técnica e científica na prestação de cuidados de saúde, motivados e proactivos, nas respostas às necessidades dos cidadãos. Empenham-se em oferecer cuidados de enfermagem de excelência num ambiente de respeito, atenção e envolvimento, garantindo o acesso da população a cuidados de saúde, em especial, de cuidados de enfermagem, em tempo oportuno e de forma sustentável. Contribuem positivamente para a boa gestão do SNS.

3 OBJECTIVOS

O desenvolvimento e organização da missão e visão estratégica pautam-se pelos seguintes objectivos:

- Mobilizar os profissionais de enfermagem em torno de um pensamento estratégico, visando a prestação de um serviço de excelência;
- Aperfeiçoar o desempenho dos enfermeiros centrado na humanização e nas necessidades dos cidadãos, respeitando os princípios éticos para proteger a saúde, a segurança e os direitos dos cidadãos e dos profissionais;
- Fomentar a educação contínua no sentido do crescimento profissional, da competência e do pensamento crítico;
- Concretizar a realização dos cuidados de enfermagem em tempo oportuno, garantindo a segurança nos procedimentos;
- Identificar e avaliar com o cidadão medidas susceptíveis de promoção da saúde e prevenção de riscos associados à saúde do próprio, da família e/ou da comunidade;
- Estimular e motivar o cidadão, a família e a comunidade a adoptarem estilos de vida saudável;
- Participar de forma mais proactiva na execução dos programas nacionais de saúde;
- Sustentar os cuidados de enfermagem no estado da arte do conhecimento em Enfermagem

4 PRINCÍPIOS ORIENTADORES

No quadro de desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde importa desenvolver metodologias que se revelem ajustadas à caracterização das efectivas actividades de enfermagem segundo as necessidades dos cidadãos.

O contributo dos enfermeiros para consolidar ganhos em saúde conduz-nos à necessidade em caracterizar o seu papel e o tipo de prestação de cuidados ao nível da promoção da saúde, prevenção da doença e nos cuidados assistenciais.

A resposta atempada às necessidades dos utentes, em matéria de saúde, coloca a tónica numa caracterização sistemática das acções significativas dos enfermeiros utilizando uma atitude proactiva e de compromisso. Importa, pois, dinamizar uma abordagem integradora centrada no cidadão, realizada em contexto multidisciplinar e orientada para os resultados.

Também se revela essencial encontrar processos/resultados que promovam a satisfação dos enfermeiros, reforçando as suas expectativas e desenvolvendo uma liderança forte que contribua para o seu desenvolvimento, pessoal e profissional.

Veicula-se, assim, uma concepção virada para:

- Articulação com outros profissionais da saúde;
- Orientação para soluções;
- Decisão centrada na evidência clínica;
- Clarificação da missão e papel dos enfermeiros nos cuidados de saúde;
- Desenvolvimento das competências profissionais.

Considerando que o cidadão é o centro da nossa atenção, traçamos um perfil de orientações, de uma concepção a reforçar e a desenvolver nas políticas de enfermagem a nível nacional.

- **Centralidade no cidadão** – Organizar a prestação dos cuidados de enfermagem segundo as suas necessidades (objectivas e/ou subjectivas) e a oportunidade em criar saber e capacitação em saúde no cidadão;
- **Orientação para os resultados** – Medir os resultados para analisar o desempenho dos enfermeiros e os ganhos em saúde;
- **Liderança** – Detalhe na metodologia perspectivando objectivos exequíveis que, de forma congruente e com confiança, conduza de forma decidida à execução das políticas de saúde, particularmente do Plano Nacional de Saúde;
- **Gestão** – Processo contínuo de actividades planeadas, baseado no acompanhamento dos desempenhos e no estabelecimento de metas explícitas na melhoria efectiva da qualidade dos cuidados prestados;
- **Aprendizagem** – Utilização de inovação e criatividade, de forma integrada, nas actividades e planos de intervenção organizacional;
- **Desenvolvimento de parcerias** – Concretização de procedimentos que assegurem uma efectiva ligação entre os diversos actores, promovendo novas sinergias ou o seu aperfeiçoamento;
- **Responsabilidade profissional** – Garantia de colaboração dos enfermeiros em todas as circunstâncias, segundo um padrão de conduta que dignifique a profissão, participando de forma responsável nas decisões sobre a assistência em saúde e a qualidade no serviço prestado.

5 RAZÕES PARA UM PLANO NACIONAL DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros:

- a) agem com rigor científico, co-responsabilizando-se pelo acesso do cidadão a cuidados de saúde, em tempo útil, garantindo a assistência em saúde a que tem direito.
- b) no exercício das suas intervenções, orientam-se por parâmetros de boas práticas, de eficiência, de eficácia, de custo-efectividade e de ganhos em saúde;
- c) efectuam a avaliação contínua dos processos segundo as evidências técnico-científicas actuais, no menor espaço de tempo e ao menor custo;
- d) actuam segundo uma prática cada vez mais orientada por critérios não apenas científicos mas também marcadamente humanistas;
- e) na realização das intervenções, utilizam competências várias que asseguram os cuidados em saúde ao cidadão, em todas as suas dimensões;
- f) utilizam suportes de informação para sistematizar os dados e o registo dos cuidados de enfermagem prestados.

6 EIXOS ESTRUTURANTES

- 1) INVESTIGAÇÃO
 - a) Prática centrada na evidência
- 2) PRIMAZIA DOS CUIDADOS
 - a) Envolvimento nos programas do Plano Nacional de Saúde
 - b) Empoderamento do cidadão
 - c) Procedimentos de enfermagem e a sua segurança – processos de melhoria contínua
- 3) PROXIMIDADE
 - a) Acessibilidade
 - b) Metodologia de trabalho
 - c) Personalização de cuidados
- 4) INFORMAÇÃO EM REDE
 - a) Gestão da informação - Sistemas de informação
 - b) Indicadores de desempenho da actividade
- 5) APRENDIZAGEM PROFISSIONAL
 - a) Formação em enfermagem
 - b) Tomada de decisão e gestão do risco
- 6) GESTÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM
 - a) Organização dos cuidados de enfermagem
 - b) Implementação de estratégias que promovam as boas práticas nos CE
 - c) Avaliação do custo das intervenções de enfermagem

6.1 CONCRETIZAÇÃO DOS EIXOS ESTRUTURANTES

Eixo 1 – INVESTIGAÇÃO

Visão para 2012	Objectivo estratégico
Os enfermeiros constroem e desenvolvem a prática centrada na evidência, sustentada no conhecimento produzido.	1) Desenvolver a investigação em rede, a nível nacional, produzindo conhecimento científico e técnico de boas práticas.

Eixo 2 - PRIMAZIA DOS CUIDADOS

Visão para 2012	Objectivos estratégicos
Os enfermeiros harmonizam a sua intervenção na saúde de acordo com os programas do Plano Nacional de Saúde. Promovem o empoderamento do cidadão e melhoram a adaptação das suas intervenções às novas mudanças, maximizando os resultados.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aperfeiçoar a apropriação e a participação nos Programas Nacionais de Saúde 2) Dinamizar processos que estimulem o cidadão a tomar as decisões mais adequadas segundo escolha informada sobre a sua saúde. 3) Promover a prestação de cuidados de enfermagem segundo orientações técnicas clínicas numa perspectiva de melhoria contínua.

Eixo 3 – PROXIMIDADE

Visão para 2012	Objectivo estratégico
Os enfermeiros promovem o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, de forma sustentada. Organizam e sistematizam a prestação de cuidados segundo uma metodologia de trabalho centrada na proximidade e na personalização dos cuidados.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desenvolver estratégias que contribuam, no quadro das políticas de saúde, para a efectivação do direito à protecção da saúde dos cidadãos. 2) Desenvolver a continuidade de cuidados e a optimização dos recursos, actuando como modelo de referência.

Eixo 4 - INFORMAÇÃO EM REDE

Visão para 2012	Objectivo estratégico
Os enfermeiros partilham e tornam comum, através de sistemas de informação, os contributos do seu desempenho para os ganhos em saúde da população. Utilizam, de forma sistemática, a identificação, o registo e a monitorização das intervenções segundo indicadores de desempenho da actividade.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Consolidar formas inovadoras de organização e gestão dos cuidados de enfermagem orientadas para identificação das necessidades e avaliação do impacto dos mesmos. 2) Desenvolver painel de indicadores, de âmbito nacional, que contribua para a monitorização do desempenho assistencial dos enfermeiros.

Eixo 5 - APRENDIZAGEM PROFISSIONAL

Visão para 2012	Objectivo estratégico
Os enfermeiros realizam formação para aperfeiçoamento profissional orientada para novas metodologias facilitadoras da tomada de decisão, particularmente na prestação de cuidados e participam activamente na formação de profissionais.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desenvolver acções de formação contínua, promotoras da replicação de boas práticas em enfermagem que dinamizem projectos inovadores. 2) Desenvolver boas práticas na articulação com as instituições de Ensino de Enfermagem, no âmbito da formação inicial e especializada de enfermeiros

Eixo 6 - GESTÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

Visão para 2012	Objectivo estratégico
Os enfermeiros demonstram capacidade para trabalhar com e através das pessoas e grupos, para realizar os objectivos inerentes às políticas de saúde.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Organizar processo de melhoria efectiva da qualidade dos cuidados de enfermagem. 2) Criar/manter um efectivo sistema de classificação de utentes que permita determinar necessidades de horas em cuidados de enfermagem. 3) Organizar os cuidados de enfermagem segundo metodologia centrada na proximidade e na personalização dos cuidados de enfermagem. 4) Definir mecanismos que contribuam para o conhecimento dos custos dos recursos utilizados na prestação dos cuidados.

6.2 OPERACIONALIZAÇÃO DOS EIXOS ESTRUTURANTES

6.2.1 Eixo 1 – INVESTIGAÇÃO

Visão para 2012: Os enfermeiros constroem e desenvolvem a prática centrada na evidência, sustentada no conhecimento produzido.

Objectivo estratégico	Ações	Responsável	Indicadores	Metas	Planeamento
1. Desenvolver investigação em rede, a nível nacional, produzindo conhecimento científico e técnico de boas práticas.	1.1. Criar equipas/grupos de trabalho, com os serviços prestadores, o INSA e unidades nacionais de investigação em enfermagem para realizar investigação com relevo para os cuidados de enfermagem.	CE-CNO*	- nº de equipas/grupos de trabalho	- 3 equipas/grupos de trabalho	1º trimestre 2009
	1.2. Protocolo de articulação entre DGS, INSA e Escolas Superiores de Enfermagem – Unidades de Investigação e OE	CE-CNO + INSA + ESE + OE	- nº de investigadores	-Estabelecimento de protocolo de articulação entre DGS, INSA, ESE- Unid. Investigação e OE.	1º trimestre 2009
	1.3. Identificar temas e estratégias (regulamento e calendarização).	CE-CNO + INSA + ESE + OE	- Aprovação do plano de actividades - Regulamento de acesso à investigação	Janeiro de cada ano Aprovação em Abril 2009	1º trimestre 2009
	1.4. Definir e publicitar, anualmente, 1 ou 2 temas de investigação nacional e respectivos critérios de procedimento.	CE-CNO	- nº de serviços auto-propostos por cada investigação	Incremento de 20% por ano	2009 - 2012

* Comissão Executiva do Chief Nursing Officer

6.2.2 Eixo 2 – PRIMAZIA DOS CUIDADOS

Visão para 2012: Os enfermeiros harmonizam a sua intervenção na saúde de acordo com os programas do Plano Nacional de Saúde. Promovem o empoderamento do cidadão e melhoram a adaptação das suas intervenções às novas mudanças, maximizando os resultados.

Objectivo estratégico	Acções	Responsável	Indicadores	Metas	Planeamento
1. Aperfeiçoar a apropriação e a participação nos Programas Nacionais de Saúde.	1.1. Formação de grupos de trabalho que elaborem a planificação dos programas nacionais de saúde	CE-CNO + GT	- nº de grupos de trabalho	- Março 2009	1º trimestre 2009
	1.2. Organização de <i>tableau de bord</i> das áreas específicas de intervenção da enfermagem	CE-CNO + GT	- nº de actividades - nº de participantes	- Março 2009	1º trimestre 2009
	1.3. Consolidação dos indicadores assistenciais dos enfermeiros nos programas nacionais a integrar no SAPE/CIPE	CE-CNO + G. parametrizador SAPE	- nº de actividades - nº de auditorias	- Junho 2009	
2. Dinamizar processos que estimulem o cidadão a tomar as decisões mais adequadas segundo escolha informada sobre a sua saúde.	2.1. Definição de parâmetros de intervenção dos enfermeiros no âmbito das consultas de enfermagem e da educação para a saúde em grupo. 2.2. Definir e desenvolver acções preventivas/educativas e curativas voltadas para a melhoria da qualidade de vida	CE-CNO + GT	- nº de grupos de trabalho - nº de actividades - nº de participantes	2 grupos 2 reuniões/cada grupo 2 enf. por área temática 50% dos procedimentos com utilidade	2009
3. Promover a prestação de cuidados de enfermagem segundo orientações técnicas clínicas numa perspectiva de melhoria contínua.	3.1. Criação e desenvolvimento da "Plataforma de gestão científica de orientações técnicas de enfermagem"	CE-CNO + GT	- nº grupos de trabalho - nº de reuniões com enf/ano - nº enf especialistas/peritos	5 grupos regionais 2 reuniões/cada grupo	2009 - 2012
	3.2. Definir sistema para identificação de boas práticas de cuidados de enfermagem.				
	3.3. Recolher tipo de escalas nos serviços prestadores 3.4. Definição dos instrumentos/escalas para identificar e caracterizar as necessidades dos utentes em matéria de cuidados de enfermagem.	CE-CNO + GT	- Aprovação e divulgação instrumentos/escalas mais adequados - % de caracterização dos instrumentos/escalas	- 2009 - 1º semestre 2009	2009 - 2012
	3.5. Dinamização de bolsa de enfermeiros especialistas/peritos em temáticas de Enfermagem para colaborarem em grupos de trabalho da DGS	CE-CNO	- nº grupos de trabalho - nº de reuniões com enf/ano - nº de enf. especialistas/peritos	5 grupos regionais 2 reuniões/cada grupo	2009 - 2012

6.2.3 Eixo 3 – PROXIMIDADE

Visão para 2012: Os enfermeiros promovem o acesso de todos os cidadãos a cuidados de saúde, de forma sustentada. Organizam e sistematizam a prestação de cuidados segundo uma metodologia de trabalho centrada na proximidade e na personalização dos cuidados.

Objectivo estratégico	Acções	Responsável	Indicadores	Metas	Planeamento
1. Desenvolver estratégias que contribuam, no quadro das políticas de saúde, para a efectivação do direito à protecção da saúde dos cidadãos	1.1. Acompanhamento da implementação e consolidação do Enfermeiro de Família	CE-CNO + MCSP	- % implementação	- Dezembro 2009	2009 - 2012
	1.2. Dinamização da articulação do Saúde 24 com as UCC para encaminhamento de situações de risco e/ou apoio domiciliário	CE-CNO + GT	- nº de UCC/ano - nº utentes encaminhados	- Dezembro 2009	2009 - 2012
2. Desenvolver a continuidade de cuidados e a optimização dos recursos, actuando como modelo de referência	2.1. Dinamização de grupos de trabalho para:	CE-CNO + GT	- nº de serviços com SCD	2009	2009 - 2012
	2.1.1. SCD/E – definir HCN/E para o tipo de cuidados nos serviços que não são abrangidos pelo SCD				
	2.1.2. Desenvolver sistema de classificação para caracterização das HCN nos CS				
3. Favorecer novos contextos na formação escolar	3.1. Propor abordagens que melhor respondam às necessidades de saúde das populações: Tabaco, Obesidade, Alcoolismo	CE-CNO + DGS	- nº de propostas/ano	2009	2009 - 2012

6.2.4 Eixo 4 – INFORMAÇÃO EM REDE

Visão para 2012: Os enfermeiros partilham e tornam comum, através de sistemas de informação, os contributos do seu desempenho para os ganhos em saúde da população. Utilizam, de forma sistemática, a identificação, o registo e a monitorização das intervenções segundo indicadores de desempenho da actividade

Objectivo estratégico	Ações	Responsável	Indicadores	Metas	Planeamento
1. Consolidar formas inovadoras de organização e gestão dos cuidados de enfermagem orientadas para identificação das necessidades e avaliação do impacto dos mesmos.	1.1. Definição de protocolos/critérios promotores de inovação na gestão de cuidados de enfermagem	CE-CNO	- nº de protocolos - % de implementação	- Dezembro 2009	2009 - 2012
	1.2. Optimização de formas inovadoras de organização e gestão dos cuidados de enfermagem	CE-CNO	- nº de processo inovadores avaliados	- Dezembro 2009	2009 - 2012
2. Desenvolver painel de indicadores, de âmbito nacional, que contribua para a monitorização do desempenho assistencial dos enfermeiros.	2.1. Definição da informação necessária para a avaliação do contributo dos enfermeiros nos programas nacionais de saúde	CE-CNO + GT	- Aprovação de um painel de indicadores do desempenho dos enfermeiros	- 1º trimestre 2009	2009 - 2012
	2.2. Caracterização da informação necessária para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.				
	2.3. Definição do perfil de indicadores assistenciais de enfermagem, úteis aos diferentes níveis da tomada de decisão e governação em saúde	CE-CNO + GT	- nº de actividades com indicadores específicos	2009	2009 - 2012

6.2.5 Eixo 5 – APRENDIZAGEM PROFISSIONAL

Visão para 2012: Os enfermeiros realizam formação para aperfeiçoamento profissional orientada para novas metodologias facilitadoras da tomada de decisão, particularmente na prestação de cuidados.

Objectivo estratégico	Ações	Responsável	Indicadores	Metas	Planeamento
3. Desenvolver acções de formação contínua, promotoras da replicação de boas práticas em enfermagem que dinamizem projectos inovadores.	1.1. Definição de linhas de formação prioritárias	CE-CNO + GT + ARS	- Aprovação do plano - nº de actividades - % implementação	- Junho 2009	2009 - 2012
	1.2. Organização de formação para qualificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros.			- Dezembro 2009	
2. Desenvolver boas práticas na articulação com as instituições de Ensino de Enfermagem, no âmbito da formação inicial e especializada de enfermeiros	1.3. Organização de actividades formativas que orientem a conduta das equipas	CE-CNO + GT + OE + ARS	- <i>Workshops</i> por ARS com gestores - aprovação de programas inovadores	- 1 em cada ARS	2009 - 2012
	1.4. Promoção de espaços de análise e reflexão crítica que desenvolvam novas metodologias e novas competências profissionais			- 1 por ano	
	2.1. Construir guias de boas práticas da articulação entre instituições de saúde e instituições de ensino, para o ensino clínico de enfermagem	CE-CNO + GT		- 1 por ano	2009 - 2012

6.2.6 Eixo 6 – GESTÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

Visão para 2012: Os enfermeiros demonstram capacidade para trabalhar com e através das pessoas e grupos, para realizar os objectivos inerentes às políticas de saúde.

Objectivo estratégico	Acções	Responsável	Indicadores	Metas	Planeamento
1. Organizar processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem	1.1. Definição de metas explícitas para consolidar a qualidade dos cuidados de enfermagem 1.2. Desenvolver painel de indicadores de qualidade	CE-CNO + GT DGS + ARS	- % implementação por serviço - % implementação	- Junho 2009 - Dezembro 2009	2009 - 2012
2. Criar/manter um efectivo sistema de classificação de utentes que permita determinar necessidades de horas em cuidados de enfermagem	2.1. Promoção e divulgação do SCD/E junto dos serviços prestadores 2.2. Promover o desenvolvimento de um modelo a utilizar nos cuidados de saúde primários	CE-CNO + ARS	- % implementação - Aprovação de modelo para os CSP	2009 2010	2009 - 2012
3. Organizar os cuidados de enfermagem segundo metodologia centrada na proximidade e na personalização dos cuidados de enfermagem	3.1. Desenvolvimento de processos facilitadores da qualidade dos ensinamentos clínicos 3.2. Promover a implementação metodologias de proximidade e de personalização de cuidados, nomeadamente o enfermeiro de família	CE-CNO + ARS	- % implementação	2009	2009 - 2012
4. Definir mecanismos que contribuam para o conhecimento dos custos dos recursos utilizados na prestação dos cuidados	4.1. Definição de matriz que permita caracterizar o custo dos recursos na prestação de cuidados 4.2. Propor actividades/áreas de intervenção de enfermagem para efeitos de contratualização.	CE-CNO + GT + ARS	- Aprovação de matriz relativa ao custo dos recursos na prestação de cuidados - nº de actividades propostas/ano	Junho 2010	2009 - 2012

7 Microsite do CNO - conteúdos

1. Linhas de investigação da prática de Enfermagem
 - a. Enfermagem baseada na evidência
2. Plataforma de gestão científica de orientações técnicas de enfermagem
 - a. Orientações técnicas de boas práticas
3. Gestão em enfermagem
4. Indicadores de desempenho dos enfermeiros
 - a. SAPE/CIPE
5. Escalas de avaliação/caracterização dos cuidados de enfermagem (validadas pelos enfermeiros)
6. O pulsar da enfermagem
 - a. Boas práticas (nome do projecto e contactos)
7. Biblioteca
 - a. Legislação
 - b. Bolsa de trabalhos científicos na área de enfermagem
 - c. PNS
 - i. Programas nacionais

O *Chief Nursing Officer*

Sérgio Gomes

ANEXO V

Referencial para a Consulta do
Adolescente/Jovem

2010

Consulta de Enfermagem

Atendimento ao Adolescente/Jovem

Referencial de intervenção de enfermagem na abordagem ao adolescente/jovem de modo a comprometê-lo na promoção da saúde e escolha de estilos de vida saudáveis.



A adolescência é “um período de vida caracterizado por sucessivos renascimentos, por uma predisposição de abertura ao outro, no que ele encerra em si de novo, de transposição de fronteiras, num suceder de descobertas e desilusões”.

Pereira e Freitas (2002, p.19)

“Continuamos sem lembrar que crescer é, antes de mais, a aquisição gradual da capacidade de decidirmos, em cada momento, o destino dos nossos passos gerindo, da melhor forma possível, as interdependências que vamos criando com os outros e com as instituições que nos controlam.”

Prazeres (2002, p.11)

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	4
II. ENQUADRAMENTO.....	6
III. A CONSULTA DE ENFERMAGEM DO ADOLESCENTE	9
1. Considerações gerais	9
1.1 Recomendações:	9
1.2 O que é a consulta de enfermagem do adolescente/jovem?.....	9
1.3 Periodicidade e Duração	9
2. Actividades a desenvolver	10
2.1 Consulta de Enfermagem 1ª vez.....	10
2.2 Consultas de seguimento	10
2.3 Consultas não programadas.....	11
2.4 Atendimento telefónico (no âmbito da Saúde 24).....	11
3. Consultas de Seguimento.....	12
IV. ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS	22
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS.....	28
ANEXO I - INDICADORES DE AVALIAÇÃO	30
ANEXO II - FORMULÁRIO-TIPO.....	34
ANEXO III - ESCALA DE TANNER.....	40

I. INTRODUÇÃO

O valor atribuído à saúde na sociedade actual reveste-se de enorme importância não só como um direito humano fundamental, mas também como um sólido investimento social, conforme expressam as recomendações da Conferência Internacional de Adelaide (1998). Pretende-se que a obtenção de ganhos em saúde de forma continuada, não se traduza apenas no processo de saúde actual mas que se reflita nas gerações vindouras.

Promover a saúde e a escolha de estilos de vida saudáveis é estrategicamente mais importante para um país do que apostar em cuidados de Saúde Secundários ou Terciários.

As principais causas de morbidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde. Estas causas incluem acidentes, depressão, violência, adição, infecções sexualmente transmissíveis e gravidez. (HOCKENBERRY, 2006).

Os comportamentos de risco determinam custos elevados para a saúde, directos e indirectos, pois afectam a qualidade e a esperança de vida da geração presente e futura. A promoção para a saúde e o incentivo à adopção de estilos de vida saudáveis é uma responsabilidade social devendo ser analisada como tal, integrando vários níveis e sectores da sociedade numa acção global. Assim, compete aos enfermeiros enquanto profissionais de saúde, mobilizar saberes de modo a participar activamente na acção preventiva, assumindo um papel preponderante no incentivo da vigilância de saúde, na vivência da sexualidade saudável e segura, assim como no diagnóstico dos factores de risco. Pelo que, a conduta do enfermeiro deve ser de agente educador, facilitador na aquisição de competências e como prestador de cuidados, desenvolvendo conhecimentos, competências e atitudes nas diferentes áreas de desenvolvimento do adolescente/jovem, identificando as repercussões negativas que alguns comportamentos, padrões de conduta têm sobre eles, de modo a desenvolver uma intervenção eficaz.

Justifica-se assim, a implementação de um referencial de actuação de enfermagem através de um conjunto de intervenções com vista a destacar a importância da adopção de estilos de vida saudáveis promotores de saúde, contribuindo assim para reduzir a prevalência de factores de risco e aumento de ganhos em saúde, visando simultaneamente o desenvolvimento individual do adolescente/jovem e do grupo comunitário onde se insere, através da vivência efectiva de princípios e práticas promotoras de saúde.

A principal finalidade deste referencial passa por, definir procedimentos de enfermagem na abordagem ao adolescente/jovem de modo a comprometê-lo na promoção da saúde e escolha de estilos de vida saudáveis.

Os seus objectivos propõem:

- Identificar as competências e intervenções do enfermeiro no que concerne à promoção da saúde e prevenção da doença do adolescente/jovem.
- Contribuir para um elevado nível de saúde estimulando a responsabilidade do adolescente/jovem nas suas diferentes áreas de desenvolvimento, na aquisição de competências promotoras de saúde.
- Contribuir para a diminuição da morbilidade juvenil, incidindo sobre os problemas específicos deste estágio etário.
- Envolver os adolescentes/jovens em comportamentos adequados para que desenvolvam autonomia para o pleno exercício da cidadania.

Surge assim a necessidade de clarificar a intervenção do enfermeiro no que concerne à promoção da saúde e prevenção da doença nas diferentes tarefas de desenvolvimento associadas ao período da adolescência.

II. ENQUADRAMENTO

A adolescência é hoje considerada uma etapa do desenvolvimento com características particulares e tarefas bem definidas. Para a Associação Para o Planeamento da Família (1995,p. 1), a adolescência “*é o período de transição entre a infância e a condição de adulto. É um período de rápidas mudanças (no corpo, nas emoções, nas atitudes e valores, no intelecto, nas relações com os pais e com os colegas, na liberdade e responsabilidade).*”

Porque é difícil definir com exactidão esta etapa da vida, a OMS (1985) considera o adolescente como todo o indivíduo entre os 10 e os 19 anos. *

Segundo a OMS, a adolescência é um período biopsicossocial, em que o adolescente sofre modificações corporais, psicológicas e ambientais, que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta.

Para DIAS (2009) a adolescência é uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biofisiológico, psicológico e social, iniciando-se, portanto, várias alterações em simultâneo: o corpo modifica-se com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários (puberdade); o pensamento torna-se objecto de transformações quantitativas e qualitativas; a vida social evolui para o estabelecimento de relações mais fortes e elaboradas com o grupo de pares e “afastamento” da tutela dos pais; a relação consigo mesmo altera-se com a integração das diversas dimensões da personalidade; a identidade torna-se mais definida, em resultado das transformações sexuais, cognitivas e sociais.

A adolescência corresponde portanto, a um período de experimentação que é apropriado e socialmente adaptativo, assumindo o comportamento exploratório uma função importante no desenvolvimento do adolescente. O envolvimento do adolescente/jovem em actividades de risco é esperado, contudo alguns desses comportamentos envolvem riscos elevados, com implicações ao nível da saúde e bem-estar. “Actualmente, verifica-se que as ameaças para a saúde dos adolescentes são na sua maioria consequência de factores ambientais, sociais, psicológicos e comportamentais” (DIAS, 2009, pág.59).

Sendo considerada a adolescência como um processo dinâmico de transição entre a infância e o estado adulto, muitas vezes associado a mudanças de atitude e

* A OMS, de acordo com a documentação mais relevante produzida, considera **população juvenil** o conjunto dos indivíduos de idade compreendida entre os **10 e os 24 anos** e atribui as designações de **adolescentes** e de **jovens** aos indivíduos que têm entre **10 e 19 anos** e entre **15 e 24 anos**, respectivamente. No presente documento, adopta-se a designação genérica de “jovens” sempre que não esteja em causa qualquer especificidade que justifique menção expressa ao grupo dos “adolescentes”.

comportamentos incompreensíveis com alterações marcantes a nível físico, psicológico e social, justifica-se uma intervenção cuidada por parte dos enfermeiros. Assim, é necessária a compreensão dos comportamentos e dos estilos de vida dos adolescentes para podermos actuar com eficácia na educação para a saúde de modo a promovermos a adopção de comportamentos de vida saudáveis.

A educação para a saúde pode ser conceptualizada como toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagem planificadas, destinadas a facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis. A estratégia da educação para a saúde deve ser implementada segundo princípios relacionados com o público-alvo. Assente sobre um passado cultural, em todos os casos deve complementar os saberes, hábitos, costumes que caracterizam os grupos a educar. (GUIMARÃES et al, 2007).

Os cuidados de enfermagem, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003:5), tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do utente.

Compete pois ao enfermeiro mobilizar conhecimentos e competências que promovam cuidados de excelência. Desta forma, *“os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”* (CE da OE, 2002:10), demonstrando, assim, a autonomia do exercício profissional na tomada de decisão.

O conceito que os adolescentes têm de saúde e doença está dependente do seu grau de maturidade cognitiva, pelo que o enfermeiro necessita de compreender as crenças sobre a saúde dos seus utentes adolescentes, bem como os seus objectivos, esperanças, prioridades, interesses sobre a saúde, percepção da gravidade dos problemas, sentimentos de vulnerabilidade nos problemas de saúde e as percepções dos benefícios e barreiras no seu processo de desenvolvimento e na resolução das tarefas essenciais, para se proceder à acção.

Tendo em conta a complexidade desta etapa do desenvolvimento e a vulnerabilidade a que os adolescentes estão sujeitos pela necessidade de caminhar para a autonomia e construir a sua identidade, torna-se fundamental que o enfermeiro intervenha no sentido de antecipar futuros problemas, promover estilos de vida saudáveis e prevenir a doença, de forma a contribuir para o desenvolvimento harmonioso do adolescente/família.

Hoje em dia, é bem conhecido por todos, que a melhoria do estado de saúde da população se deve em grande parte, à intervenção a nível de estilos e hábitos de vida, tendo a enfermagem em atenção que existe uma grande variedade de factores individuais e ambientais que influenciam os estilos de vida a adoptar entendendo assim, que o planeamento de saúde deve expandir-se da sua área de actuação inicial (núcleo familiar) para a comunidade, considerando também como variáveis que influenciam a saúde, o ambiente e a realidade sócio-económica e cultural, assumindo-se como a grande profissão prestadora de cuidados que é, conquistando um espaço próprio nos órgãos decisórios, para aí poder actuar na defesa dos interesses do seu cliente.

Devido ao seu contacto próximo com a população e ao seu imenso conhecimento sobre a mesma, o enfermeiro é um agente de mudança na promoção da saúde e na prevenção da doença.

III. A CONSULTA DE ENFERMAGEM DO ADOLESCENTE

1. Considerações gerais

1.1 **Recomendações:**

- Enfermeiro de referência com formação especializada e real interesse na área, a quem os adolescentes/jovens recorrem quando necessitam. Desenvolve actividades junto destes de modo a preservar a saúde e qualidade de vida apoiado no respeito mútuo e no exercício da privacidade e confiança.
- Ambiente privado: sala de espera reservada, horário especial...
- As intervenções devem englobar o que o adolescente/jovem precisa integrando-o na transdisciplinaridade da promoção para a saúde.

1.2 **O que é a consulta de enfermagem do adolescente/jovem?**

É uma ocasião complementar de avaliação e formação feita com uma periodicidade regular a adolescentes/jovens que para além de promover a saúde e a prevenção da doença, visa o diagnóstico de enfermagem e a reabilitação de problemas de saúde.

1.3 **Periodicidade e Duração**

Para além das consultas previstas no Programa-tipo da Saúde Infantil e Juvenil os adolescentes/jovens devem ser avaliados e/ou acompanhados em consulta de enfermagem, tendo em atenção as necessidades individuais de cada um e o grau de compromisso/adesão a comportamentos geradores de uma vida saudável.

A duração da consulta não deve ultrapassar o tempo de atenção que o grau de maturidade do adolescente/jovem permite e deve dar resposta ao motivo que o levou à consulta.

As consultas de seguimento devem ser programadas com um intervalo médio de 3 semanas entre elas, procurando dar resposta às necessidades e interesses do adolescente/jovem, abordando temáticas identificadas pelos profissionais como prioritárias para o seu desenvolvimento harmonioso.

2. Actividades a desenvolver

2.1 Consulta de Enfermagem 1ª vez

Procura dar resposta ao motivo que leva o adolescente/jovem à consulta.

Nesta 1ª consulta pode surgir um certo constrangimento e barreiras na comunicação pelo que é fundamental privilegiar a confiança, o respeito e garantir a confidencialidade.

Independentemente do motivo que o levou à procura do serviço, compete ao enfermeiro identificar o padrão comportamental do adolescente/jovem, de modo a compromete-lo com a sua saúde e a se conseguir uma planificação conjunta de consultas de seguimento.

2.2 Consultas de seguimento (com um intervalo de 3 semanas)

Devem comprometer o adolescente/jovem no seu projecto de saúde, como agente do seu próprio desenvolvimento contratando com ele metas a atingir a curto e médio prazo.

No início de cada consulta validar a adesão e o nível de compromisso atingido, assumido na consulta anterior. (Anexo I).

- Visam a abordagem e o bem-estar global em todas as tarefas de desenvolvimento.
- Estimulam a responsabilidade do adolescente/jovem com a sua saúde.
- Identificam vulnerabilidades, comportamentos de risco, alterações físicas e/ou emocionais.
- Desenvolvem compromissos que permitem uma melhor adesão a comportamentos de vida saudáveis.
- Avaliam e redefinem planos de intervenção com o adolescente/jovem sempre que se justifique.

2.3 Consultas não programadas

Pelas características próprias desta etapa de desenvolvimento, devem os serviços ter uma organização flexível, de modo a permitir o fácil acesso à consulta, pois existe dificuldade em cumprir horários e respeitar a marcação prévia de consulta.

Sendo a consulta um momento privilegiado de interação com o adolescente/jovem deve o enfermeiro manter uma postura profissional de acessibilidade e tolerância.

2.4 Atendimento telefónico (no âmbito da Saúde 24)

- Esclarecimento de dúvidas colocadas pelos adolescentes/jovens e família.
- Orientação do modo de actuação.
- Triagem da necessidade de consulta ou encaminhamento hospitalar quando se justifique.

SEXUALIDADE (Área de avaliação/intervenção 1)		
FOCOS DE ATENÇÃO	INTERVENÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><u>Comportamentos sexuais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Início de relações sexuais, número de parceiros, contracepção • Gestações, interrupções da gravidez • Perceber com quem estabelece vínculos e como vive a afectividade • Infecções Sexualmente transmissíveis (IST); 	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir a importância de se tornar activamente envolvido em decisões pertinentes aos cuidados de sua saúde, como uso de preservativos e outros métodos para evitar gravidez não planeada, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, adesão a tratamentos, etc. - Informar sobre métodos contraceptivos e fornecer o escolhido pelo adolescente/jovem, se não houver contra-indicação. - Alertar sobre as consequências de uma gravidez não desejada. - Abordar temas relacionados com uma vivência saudável da sexualidade, práticas sexuais responsáveis e mais seguras. - Esclarecer sobre dúvidas, enfatizar a importância do afecto, do cuidado e do prazer nas relações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entende o processo reprodutivo. - Conhece os métodos contraceptivos. - Participa na tomada de decisão. - Usa correctamente o método escolhido. - Revela conhecimentos sobre prevenção de IST. - Reconhece factores de risco/factores protectores para uma prática sexual segura.

SEXUALIDADE (Área de avaliação/intervenção 1)		
FOCOS DE ATENÇÃO	INTERVENÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
	<ul style="list-style-type: none">- Promover uma vivência responsável da sexualidade.- Identificar e encaminhar perturbações e comportamentos sexuais de risco.- Encaminhar para exame ginecológico e rastreio de IST, os jovens com vida sexual activa.	<ul style="list-style-type: none">- Comparece às consultas de encaminhamento.

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Área de avaliação/intervenção 2)		
FOCOS DE ATENÇÃO	INTERVENÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><u>Hábitos Alimentares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nº refeições/dia • Tipo de alimentos • Influência do grupo <p><u>Índice de Massa Corporal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso • Estatura • Imagem corporal • Perímetro abdominal <p><u>Pressão arterial</u></p> <p><u>Actividade Física:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de actividade 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar os erros alimentares mais frequentes, o risco das dietas desequilibradas e a importância da nutrição para um crescimento harmonioso e prevenção de doenças da idade adulta (como osteoporose, diabetes, excesso de colesterol e hipertensão). - Estabelecer um plano com o adolescente de acordo com o seu grau de motivação, para a adesão a um plano alimentar saudável. - Identificar obstáculos à motivação. - Despiste de patologia relacionada com distúrbios alimentares. - Articular com outros técnicos sempre que se detectem sinais indicadores de patologia e/ou perturbações da imagem corporal. - Estimular a prática de exercício físico, reforçando os contributos para a prevenção de doenças e melhoria do bem-estar físico e emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos sobre uma alimentação saudável. - Revela motivação na adopção de hábitos alimentares equilibrados. - Comparece às consultas de encaminhamento. - Pratica actividade física regular.

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Área de avaliação/intervenção 2)		
FOCOS DE ATENÇÃO	INTERVENÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Frequência semanal • Hábitos de Sedentarismo <p><u>Saúde Oral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Padrão de higiene oral 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o adolescente/jovem a assumir a responsabilidade pelo seu programa de exercício físico. - Enfatizar a importância da higiene oral. - Promover a implementação de um plano de revisão anual. - Relacionar a importância de uma dieta equilibrada com a saúde oral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participa na tomada de decisão. - Mantém higiene oral adequada.

COMPORTAMENTOS DE RISCO (Área de avaliação/intervenção 3)		
FOCOS DE ATENÇÃO	INTERVENÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><u>Consumo de substâncias nocivas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco • Álcool • Drogas 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre os riscos de dependências. - O consumo de tabaco, álcool ou drogas ilícitas e anabolizantes deve ser abordado nas consultas para reflexão, encaminhamento. - Estar atento a alterações físicas ou de comportamento que façam suspeitar da existência de um problema de dependência. - Orientar para programas de desabitação de drogas quando há suspeita ou evidência de dependência. - Encaminhar para programas preventivos de violência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica risco de consumos e dependências. - Revela capacidade de crítica. - Demonstra assertividade nas suas intervenções. - Comparece às consultas de encaminhamento.
<p><u>Comportamentos anti-sociais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos delinquentes • Insucesso/abandono escolar • Violência/conduitas “bullying” • Dificuldade no controle dos impulsos 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar nível de tolerância à frustração. - Promover factores protectores: <ul style="list-style-type: none"> • aprendizagem de competências pessoais e sociais • desenvolver competências de resolução de problemas e aptidões de confronto • projectos de futuro 	<ul style="list-style-type: none"> - Revela facilidade no cumprimento de regras. - Demonstra comportamentos relacionais não violentos. - Evita situações conflituosas. - Revela capacidade de escuta.

COMPORTAMENTOS DE RISCO (Área de avaliação/intervenção 3)		
FOCOS DE ATENÇÃO	INTERVENÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><u>Depressão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolamento/rejeição • Baixa de auto-estima • Expressão de sentimentos de desvalorização • Risco de suicídio <p><u>Abuso e Negligência:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitimização • Maus tratos • Disfunção familiar <p><u>Acidentes:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Detecção atempada de crises depressivas. - Despistar alterações ao padrão de sono e repouso. - Proporcionar mecanismos de “coping” positivos. - Desenvolver programas para promover a auto-estima. - Encaminhar para outros técnicos, equipa multidisciplinar. - Colaborar com a saúde escolar. - Aconselhamento sobre factores de protecção para atitudes de violência e/ou abuso sexual. - Relacionar factores educacionais e ambientais. - Ajudar a viver o risco em segurança: <ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a importância do uso do cinto de segurança; uso de capacete; uso de material de protecção adequada. • Riscos da condução sob efeito do álcool. • Cumprimento das medidas de segurança na prática de desportos radicais, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica-se com um grupo de amigos. - Controla as suas emoções. - Comparece às consultas de encaminhamento. - Reconhece situações íntimas abusivas. - Conhece recursos de apoio na comunidade. - Conhece medidas gerais de segurança e protecção. - Adopta comportamentos seguros. - Aplica medidas de segurança e protecção na prática de actividades de lazer. - Revela capacidade de assumir

COMPORTAMENTOS DE RISCO (Área de avaliação/intervenção 3)		
FOCOS DE ATENÇÃO	INTERVENÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
	- Reforço de comportamentos positivos. <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar na saúde escolar na educação do grupo de pares. • Fornecer informação escrita. 	responsabilidade pelos seus actos.

DESENVOLVIMENTO SOCIAL (Área de avaliação/intervenção 4)		
FOCOS DE ATENÇÃO	INTERVENÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><u>Relações inter-pessoais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Escola/Trabalho • Convívio social com os pares • Lazer <p><u>Relacionamento com os pais/figuras de referência:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar tipo de integração/adaptação à escola/trabalho percebido pelo adolescente/jovem. - Perceber o grupo de pares com que o jovem se identifica, como forma de identificar padrões de comportamentos. - Estimular a ocupação de tempos livres com actividades que promovam o exercício físico e previnam o sedentarismo. - Responsabilizar no tempo de utilização da TV/Internet de modo a uma ocupação equilibrada. - Promover as relações de amizade reais em detrimento das virtuais. - Identificar padrões de vinculação insegura - Identificar conflitos e ajudar a gerir a frustração. - Apoiar a autonomização comprometendo o adolescente/jovem na tomada de decisão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelece relacionamento adequado com os pares. - Sente-se integrado na escola/trabalho. - Mostra sinais de socialização. - Revela facilidade em arranjar amigos. - Participa em actividades extra-escolares. - Experimenta conflitos de independência com os pais. - Participa no processo de tomada de decisão.

DESENVOLVIMENTO SOCIAL (Área de avaliação/intervenção 4)		
FOCOS DE ATENÇÃO	INTERVENÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><u>Interesses sociais</u></p> <p><u>Expectativas futuras:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a participação em actividades de solidariedade, de pertença como forma de aumentar a auto-estima. - Estimular a construção de um projecto de vida e de saúde, com metas atingíveis a curto e médio prazo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Envolve a família no acompanhamento dos seus problemas. - Define os seus próprios valores. - Demonstra sensibilidade social. - Identifica o seu papel na sociedade. - Tem planos para o futuro, metas profissionais.

IV. ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS

- Abordagens integradas para melhorar a adesão a comportamentos promotores de saúde.
- Estabelecer técnicas de comunicação adequadas.
- Identificar áreas de actuação prioritárias.
- Dar resposta imediata ao que o adolescente/jovem procura, independentemente de juízos de valor.
- Incentivar novas consultas que permitam intervenção noutras áreas do desenvolvimento do adolescente/jovem.
- Identificar e compreender os obstáculos à adopção de comportamentos saudáveis.
- Definir regras relacionadas com a privacidade e confidencialidade dos assuntos abordados (necessita de decidir em conjunto com o adolescente, qual a finalidade das questões colocadas, se as informações obtidas serão partilhadas ou não e com que técnicos de saúde, e quais os seus direitos e deveres no que respeita a essa partilha de informação).
- Integrar no planeamento as decisões do adolescente/jovem e o seu estilo de vida.
- Valorizar a autonomia e responsabilidade do adolescente/jovem.
- Utilizar a negociação para a tomada de decisões.
- Avaliar e redefinir planos de intervenção com o adolescente/jovem sempre que se justifique.
- Promover escolhas saudáveis, tendo como base a construção de um projecto de vida e o desenvolvimento psicossocial.
- Desenvolver programas considerando o ambiente onde os jovens vivem/estudam/trabalham, em colaboração com outros parceiros.
- Conhecer outros projectos existentes na comunidade direccionados aos adolescentes/jovens.
- Estabelecer parcerias entre grupos e organizações de forma a potenciar e rentabilizar os recursos.
- Realizar trimestralmente sessões de educação para a saúde, de participação livre visando temáticas de interesse para os adolescentes/jovens, geradoras de saúde e bem-estar.
- Divulgar junto dos grupos jovens existentes na comunidade a realização dessas sessões.

- Envolver os jovens como parceiros na dinamização das temáticas a abordar.
- Desenvolver competências na área de dinamização e motivação de grupos.
- Desenvolver competências na área pedagógica, com o objectivo de adquirir novos conhecimentos e desenvolver capacidades na área da formação.
- Consolidar uma relação estreita entre a equipa de saúde e o adolescente/família/comunidade.
- Proporcionar via de comunicação disponível para apoiar dúvidas, intercorrências.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao explorar a informação fornecida pelo adolescente/jovem, o enfermeiro pode promover educação para a saúde, tendo sempre como referência os seus pontos de vista. Assim acentua-se o “empowerment” do adolescente/jovem para que assuma o controlo da sua própria saúde e desenvolva competências na tomada de decisão que o conduzam a uma vida saudável.

Para isso há que compreender os níveis de desenvolvimento físico e cognitivo dos adolescentes/jovens, o ambiente cultural em que estão inseridos e os sistemas de valores a que aderiram.

O enfermeiro não se deve restringir ao motivo focal que levou o adolescente ao serviço de saúde, mas proporcionar ambiente para que o adolescente/jovem se sinta à vontade para trazer dúvidas e anseios, que muitas vezes se escondem no motivo que os levou a procurar a consulta.

De sublinhar o valor inegável da educação para a saúde como estratégia capaz e como forma de assegurar o desenvolvimento dos jovens, quando tem como pressupostos estruturantes o processo de capacitação do ser humano para agir e intervir no decurso da vida. A educação para a saúde exige um amplo conjunto de competências de modo a estabelecer as melhores estratégias de abordagem, que contribuam para obter as respostas adequadas às reais necessidades dos adolescentes/jovens com vista à consecução de um melhor nível de saúde.

É imprescindível que o desenvolvimento da saúde comunitária se processe a partir do desenvolvimento da saúde de cada pessoa. São as pessoas, que ao adquirirem mais saúde, vão tornar a comunidade mais saudável. Ao assumir um papel activo no seu processo de saúde, através da adopção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, é imprescindível que o jovem, através de um melhor conhecimento de si próprio, dos seus valores, dos seus comportamentos, das suas relações com os outros, dos factores que influenciam a saúde, escolha e assuma as suas opções de vida, responsabilizando-se pela sua saúde.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA., 1997. **Guidelines for Adolescent Preventive Services**. Arch. Pediatr. Adolesc. Med, Feb, 151(2): 123-8.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, Ottawa, 1986– **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Canadá [Ottawa]: OMS, 1986.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2, Adelaide, 1988 – **Recomendações da Conferência de Adelaide sobre políticas favoráveis à saúde**. Austrália [Adelaide], 1988.

DIAS, S.- **Comportamentos sexuais nos adolescentes: promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA**. 1ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (2009). ISBN 978-972-31-1292-4.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol II: Orientações Genéricas**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004. ISBN 972-675-110-1

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Saúde na Comunidade: Guia Orientador para Elaboração de Indicadores**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Saúde Infantil e Juvenil – Programa-tipo de actuação**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002

GUIMARÃES, M.; [et al] – **Adolescência na Escola: O desafio do Desenvolvimento Integral**. Revista Interacções. (2007). ISSN 1646-2335.Vol 3, nº5. p. 82-109.

HOCKENBERRY, M. [et al] - **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª ed. Elsevier. Rio de Janeiro. (2006). ISBN: 853- 5219-18-8.

MATOS, Margarida [et al.] – **A saúde dos adolescentes portugueses. Estudo nacional da rede Europeia HBSC/OMS(1998)**. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/Programa de Educação para Todos- Saúde. (2000). 114p.

MATOS MG, e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. **A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)**. Lisboa: Edições FMH, 2003

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Conselho de Enfermagem. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Setembro de 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico do Enfermeiro. **Anotações e Comentários**. Maio de 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento de Lisboa – **As metas de saúde para todos**. Copenhaga: OMS, (1985).227p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. – **SAÚDE 21- saúde para todos no século XXI: uma introdução**. Lisboa: Lusociência, 2002a. 32p. ISBN 972-8383-35-5

PEREIRA, M.; FREITAS, F.– **Educação Sexual: Contextos de Sexualidade e Adolescência**. 3ªed. Porto: Edições Asa. (2002). p.19 ISBN 972-41-2583-1.

PRAZERES, V.– **Adolescentes, Pais e tudo o mais**. 1ªedição. Lisboa: Texto Editora. (2002). p.11. ISBN 972-47-2216-3.

PRAZERES, V. – **Saúde dos adolescentes. In Promoção da Saúde**. Lisboa: Universidade Aberta. (2002), p.127 ISBN 972-674-361-3

PRAZERES, Vasco et al – **Saúde dos jovens em Portugal: elementos de caracterização**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. (2005). ISBN 972-675-137-3

WHALEY; WONG – **Influências do Desenvolvimento na Promoção da Saúde da Criança**. In Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogans S.A., cop. 1999. p. 414-435. ISBN 85-277-0506-0.

ANEXOS

ANEXO I
INDICADORES DE AVALIAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS
(logótipo)

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Áreas de Avaliação		1ª consulta	2ª consulta	3ª consulta	4ª consulta	5ª consulta
Sexualidade	Aceita as alterações físicas e a sua imagem corporal	X				
	Percebe as alterações emocionais associadas ao crescimento	X				
	Mantém PNV actualizado	X				
	Entende o processo reprodutivo	X				X
	Conhece os métodos contraceptivos	X				
	Usa correctamente o método escolhido	X	X			
	Revela conhecimentos sobre prevenção de IST	X				X
	Reconhece factores de risco/factores protectores para uma prática sexual segura	X				X
Alimentação e Nutrição	Demonstra conhecimentos sobre uma alimentação saudável		X	X		
	Revela motivação na adopção de hábitos alimentares equilibrados		X			X
	Pratica actividade física regular		X			X
	Mantém higiene oral adequada		X			
Comportamentos de Risco	Identifica risco de consumos e dependências			X		X
	Revela capacidade de crítica			X		
	Demonstra assertividade nas suas intervenções			X		X
	Revela facilidade no cumprimento de regras			X		X
	Refere comportamentos relacionais não violentos			X		
	Evita situações conflituosas			X		
	Revela capacidade de escuta			X		
	Identifica-se com um grupo de amigos			X		
	Controla as suas emoções			X		
	Reconhece situações íntimas abusivas			X		
	Conhece recursos de apoio na comunidade			X		
	Conhece medidas gerais de segurança e protecção			X		X
	Adopta comportamentos seguros			X		
	Aplica medidas de segurança e protecção na prática de actividades de lazer			X		
	Revela capacidade de assumir responsabilidade pelos seus actos			X		X
Desenvolvimento Social	Estabelece relacionamento adequado com os pares				X	
	Sente-se integrado na escola/trabalho				X	
	Mostra sinais de socialização				X	x
	Revela facilidade em arranjar amigos				X	
	Participa em actividades extra-escolares				X	
	Experimenta conflitos de independência com os pais				X	
	Envolve a família no acompanhamento dos seus problemas				X	
	Define os seus próprios valores				X	X
	Demonstra sensibilidade social				X	
	Identifica o seu papel na sociedade				X	X
	Tem planos para o futuro, metas profissionais				X	X

Nota: A ordem de abordagem das áreas é arbitrária. A 1ª consulta versará o assunto/motivo que o levou a procurar ajuda e as consultas seguintes terão a ordem que melhor se adequem às necessidades de informação/educação do adolescente/jovem.

ANEXO II
FORMULÁRIO-TIPO

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS
(logótipo)

VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO
ADOLESCENTE/JOVEM

Nº de utente _____

Subsistema de Saúde _____

Centro de Saúde _____

Médico de Família _____

Data: ___/___/_____ Idade: _____

Recorreu à consulta:

Iniciativa própria _____ Enviado por _____

Motivo: _____

Peso _____ Kg

Altura _____ m

Perímetro Abd. _____ cm

IMC _____

TA _____/_____ mmhg

P _____ bpm

ANTECEDENTES PESSOAIS

PNV actualizado: Sim ____ Não ____ Vacina HPV _____

Encaminhado para vacinação _____

Alergias: Sim ____ Não ____ Desconhece ____ Quais? _____

Cirurgias/hospitalizações: Sim ____ Não ____ Quais? _____

Doenças crónicas: Sim ____ Não ____ Desconhece ____ Quais? _____

Medicação habitual: Sim ____ Não ____ Qual? _____

Acidentes/Intoxicações: Sim ____ Não ____ Quais? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Doenças crónicas: Sim ____ Não ____ Desconhece ____ Quais? _____

Grau de parentesco _____

Álcool/drogas: Sim ____ Não ____ Desconhece _____

Grau de parentesco _____

Distúrbios psicológicos: Sim ____ Não ____ Desconhece _____

Grau de parentesco _____

Violência intra-familiar: Sim ____ Não ____ Desconhece _____

Grau de parentesco _____

OBSERVAÇÕES: _____

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE
CUIDADOS (logótipo)

VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

PUBERDADE

Menarca/Espermaca: _____ anos

Ciclos Menstruais: Regulares _____ Duração _____ dias. Intervalo _____

Irregulares _____ Oligomenorreia _____ Polimenorreia _____ Dismenorreia _____

Leucorreia: Sim _____ Não _____ Características _____

Tensão pré-menstrual: Sim _____ Não _____ Dia que surge _____

SEXUALIDADE

Início de relações sexuais: _____ anos. Voluntário _____ Involuntário _____

Vida sexual activa: Sim _____ Não _____ Não comenta _____

Hetero _____ Homo _____ Ambas _____ Não comenta _____

Parceiro único _____ Nº de parceiros _____ Não comenta _____

Problemas nas relações sexuais: Sim _____ Não _____ Não comenta _____

Quais? _____

Infecções de transmissão sexual: Sim _____ Não _____ Não comenta _____

Quais? _____ Quando? _____

Necessita de informação: Sim _____ Não _____

CONTRACEPÇÃO

Métodos já utilizados: _____

Actualmente: Sim _____ Não _____ Qual? _____

Sempre _____ Às vezes _____ Nunca _____ Não comenta _____

Data de início _____ Iniciativa própria _____ Médico _____ Outra _____ Qual? _____

Uso de preservativo: Sim _____ Não _____

Sempre _____ Às vezes _____ Nunca _____ Não comenta _____

Contracepção de emergência: Qual? _____ Frequência: _____

Necessita de informação: Sim _____ Não _____

Gestações: Sim _____ Não _____ Índice obstétrico: _____

Abortos espontâneos: Sim _____ Não _____ Ano _____ IVG: Sim _____ Não _____ Ano _____

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE
CUIDADOS (logótipo)

VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

HÁBITOS

Vive com a família? Sim ___ Não ___ Vive com _____

Vive: Sozinho ___ Na rua ___ Em instituição ___ Qual? _____

Percepção familiar do jovem: Boa ___ Regular ___ Má _____

Alimentação adequada: Sim ___ Não ___

Refeições/dia ___ Sózinho ___ c/família ___ c/pares _____

Preocupação com higiene oral: Sim ___ Não ___

Horas de sono: ___ Alteração ao padrão: Sim ___ Não ___ Caracterizar _____

Exercício físico: Sim ___ Não ___ Pratica desporto: Sim ___ Não ___ Qual? _____

Nº de horas/semana: _____

Hábitos tabágicos: Sim ___ Não ___ Nº de cigarros/dia _____

Fuma: Só ___ Acompanhado _____ Iniciou consumo aos _____ anos

Consumo de álcool: Sim ___ Não ___ Diário: Sim ___ Não ___ Quantidade _____

Fim-de-semana: Sim ___ Não ___ Quantidade _____

Ingere: Só ___ Acompanhado _____ Iniciou consumo aos _____ anos

Consumo de drogas: Sim ___ Não ___ Diário: Sim ___ Não ___ Frequência _____

Qual? _____ Quantidade _____

Iniciou consumo aos _____ anos.

VIDA SOCIAL

Escola que frequenta: _____

Ano de escolaridade: _____ Anos repetidos: _____

Problemas na escola: Sim ___ Não ___ Quais? _____

Abandono escolar: Sim ___ Não ___ Em que ano de escolaridade? _____ Com que idade? _____

Amigos: Sim ___ Não ___ Melhor amigo/a: Sim ___ Não ___ Namorado/a: Sim ___ Não ___

Aceite ___ Ignorado ___ Rejeitado ___ Não sabe ___

Actividades de grupo/sociais: Sim ___ Não ___ Quais? _____

Nº de horas utilização computador/TV: _____

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE
CUIDADOS (logótipo)

VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

PLANO DE CUIDADOS

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PLANO DE INTERVENÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO

ANEXO III

ESCALA DE TANNER

ESTÁDIOS DO DESENVOLVIMENTO PUBERTÁRIO (TANNER)

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

ANEXO VI

Encontro de Partilha com
Grupos de Pais



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

“A Esperança Renasce em cada dia...”

ENCONTRO DE PARTILHA

Dia 15/10/2010 às 13h00

Destinado a todos os pais/familiares de bebés internados na UCIN do HDE

Pretende-se com este encontro promover a interacção em grupo onde, mais do que **ouvir** poderá

falar... perguntar... partilhar...



*A experiência de
esperança é de
alguma forma
capacitante. Ajuda-
nos a dizer “eu
posso”... talvez não
hoje, talvez não
perfeitamente, talvez
não sem medo mas,
“eu posso, pelo
menos tentarei”.*

Jevne, 1994



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Moderado por:
Enf.ª Clara Oliveira
Mestranda em Enfermagem na área de EESIP

Participação:
Psicóloga Dr.ª Joana Pombo
Enf.ª Especialista SIP Raquel Matos

ENCONTRO DE PARTILHA – PLANO DE SESSÃO**Tema: “A Esperança renasce em cada dia...”****Local: Sala de Reuniões da UCIN****Data: 15 /10 /2010 Hora: 13h00****Destinatários: Pais dos RN internados na Unidade****Objectivo geral: Identificar recursos internos e externos promotores de Esperança.**

Papel do Enfermeiro Moderador: Coordenador da dinâmica do grupo; Facilitador da interacção mútua; Motivador da comunicação entre pares; Fornecer suporte emocional e formativo (estratégias de ajuda, modos de interacção); Valorizar os contributos pessoais.

ETAPAS	CONTÉUDOS	TEMPO	TÉCNICA/MÉTODO
Introdução	Apresentação da enfermeira. Apresentação dos objectivos	5'	Expositivo
“Quebra-gelo”	Apresentação dos participantes com orientação para exporem qualquer assunto/preocupação do seu interesse	15'	Interactivo
Desenvolvimento	Debate sobre os assuntos/preocupações/medos mais referidos, promovendo a partilha entre os pais. Apresentação de algumas estratégias promotoras de esperança.	30'	Interactivo/Expositivo
Conclusão	Realçar aspectos positivos no final da sessão valorizando a participação de todos	10'	Interactivo

ANEXO VII

Folhetos Promotores de
Esperança

Papás:

Nesta etapa da minha vida, preciso de alguém que, por algum tempo, me coloque no topo de todas as prioridades... esse alguém são vocês!



Ser profundamente amado por vós dá-me forças. Sinto que não é o quanto me fazem, mas quanto amor colocam naquilo que fazem!

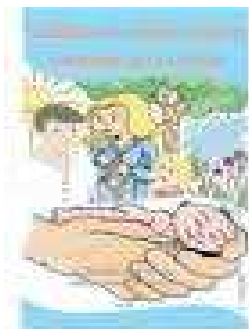
Sou pequeno e frágil, mas acreditem que tenho muitas capacidades. Para mim vocês são únicos. Mesmo quando não podem estar presentes fisicamente, sinto o vosso amor e com ele aumenta o meu desejo de vencer!



Os vossos braços são feitos de ternura e carinho, onde durmo profundamente. Comecei como um sonho que foi amadurecendo e que continua num caminho de maturação que importa respeitar...

Instituições onde pode encontrar apoios:

- XXS Associação Portuguesa de Apoio ao bebé Prematuro, Lisboa
- Associação de Pais de Bebés Prematuros <http://www.nascerprematuro.org>



Elaborado por:

Enf^ª Clara Oliveira no âmbito do Curso de Mestrado na área de EESIP

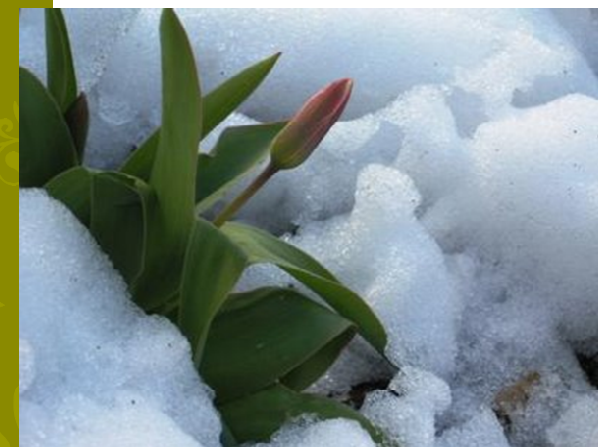
Sob orientação:

Enf^ª Esp. SIP Raquel Matos



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A ESPERANÇA RENASCE EM CADA DIA...



A ESPERANÇA RENASCE EM CADA DIA...

A experiência de esperança é de alguma forma capacitante. Ajuda-nos a dizer "eu posso"... talvez não hoje, talvez não perfeitamente, talvez não sem medo mas, "eu posso, pelo menos tentarei".

Jevne, 1994



Estratégias promotoras de esperança:

- ⌘ Tracem pequenas metas de cada vez.;
- ⌘ Partilhem com outros pais as vossas expectativas, testemunhos e histórias de esperança.
- ⌘ Utilizem a esperança "emprestada" de outros momentos difíceis que já ultrapassaram.
- ⌘ Apoiem-se nos familiares e amigos, eles contribuirão para aumentar a vossa confiança e segurança em ultrapassar este desafio.
- ⌘ Acreditem sempre nas capacidades do vosso bebé.
- ⌘ Os grupos de ajuda mútua e as associações sociais podem servir de apoio e aconselhamento.
- ⌘ Os profissionais ajudam e incentivam a interação, avaliando as necessidades dos pais e dos bebés enquanto ensinam não apenas os cuidados, mas também as características do vosso bebé. Apoiem-se neles serão excelentes aliados em todas as horas
- ⌘ Elaborem o vosso Kit Esperança.



"Kit da Esperança"

Sugestões:

- ⌘ Reservem um espaço (caixa; álbum; sacola;...) onde juntem as vossas lembranças positivas.
- ⌘ Guardem as conquistas do vosso bebé, através de fotografias; registo escrito das vossas observações e sensações.
- ⌘ Registem as mensagens que considerarem mais significativas, assim como atitudes ou palavras que vos dão alento e confiança.
- ⌘ Transportem o "Kit" sempre que se sentirem vulneráveis.

Parents:

At this time of my life I need someone to put me on top of all priorities, for some time ... and that someone are you!

To be deeply loved by you gives me the strength. I feel that it is not what you do to me but the love you put in everything you do.



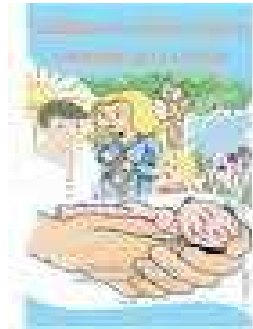
I'm small and fragile but believe me, I have a lot of skills. To me you are one of a kind. Even when you cannot be physically present I feel your love and with it my desire to win increases!



Your arms are made of tenderness and care and in them I am sound asleep. I started as a dream that was brought to maturity and, which is still on a ripening path that needs to be respected ...

Institutions where you can find support:

- XXS Portuguese Association of Support to Premature Babies, Lisbon
- Premature Babies Parents' Association
<http://www.nascerprematuro.org>



Developed by:

Nurse Clara Oliveira as part of the Masters' Degree in the EESIP sphere

Under the guidance of
Specialist Nurse SIP Raquel Matos



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

HOPE IS REBORN EVERYDAY ...



“WITH EACH DAY COMES NEW HOPE”

The experience of hope is somehow enabling. It helps us to say "I can" ... maybe not today, maybe not perfectly, maybe not without fear but "I can, at least I will try".

Jevne, 1994



Hope promoting strategies:

- ⌘ Lay out simple goals;
- ⌘ Share your expectations, testimonies and stories of hope with other parents.
- ⌘ Use “borrowed” hope from other difficult moments you have overcome.
- ⌘ Gather support from your friends and family, they will contribute to boost your confidence and safety to surpass this challenge.
- ⌘ Always believe in your baby’s capabilities.
- ⌘ Mutual support groups and social organizations may be used for support and counseling.
- ⌘ Health professionals help and encourage interaction, judging the needs of parents and babies while they teach not only the type of care but also the characteristics of your baby. Lean on them, they will be excellent allies at any time.
- ⌘ Build your Hope Kit.



“Hope Kit”

Suggestions:

- ⌘ Get a space (a box, a scrap book, a bag, ...) where you can put your positive memories.
- ⌘ Safeguard the conquests of your baby through photographs; a written record of your feelings and observations.
- ⌘ Take note of the most significant messages, as well as of the attitudes or words that give you courage and hope.
- ⌘ Carry your kit with you every time you are feeling vulnerable.

ANEXO VIII

Poster Promotor de Esperança

A Esperança Renasce em cada dia...

Papás:

Nesta etapa da minha vida, preciso de alguém que, por algum tempo, me coloque no topo de todas as prioridades... esse alguém são vocês!

Ser profundamente amado por vós dá-me forças. Sinto que não é o quanto me fazem, mas quanto amor colocam naquilo que fazem!

Sou pequeno e frágil, mas acreditem que tenho muitas capacidades. Para mim vocês são únicos. Mesmo quando não podem estar presentes fisicamente, sinto o vosso amor e com ele aumenta o meu desejo de vencer!



Os vossos braços são feitos de ternura e carinho, onde durmo profundamente. Comecei como um sonho que foi amadurecendo e que continua num caminho de maturação que importa respeitar...



O(a) Vosso(a) filho(a):

ANEXO IX

Diploma de Alta/Transferência

DIPLOMA DE ALTA

PARA OS MEUS PAPÁS

EM RECONHECIMENTO DA SUA DEDICAÇÃO,
POR NUNCA TEREM DESISTIDO, POR TODO O
AMOR E CARINHO QUE ME DÁ FORÇAS E
SOBRETUDO POR MANTEREM VIVA A ...
ESPERANÇA.



O (A) VOSSO (A) FILHO (A)

DATA:



Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E.
Hospital de Dona Estefânia
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ANEXO X

Guia de Orientação sobre
Estratégias Promotoras de
Esperança



UNIVERSIDADE
CATÓLICA INSTITUTO DE
PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA



**GUIA DE ORIENTAÇÃO SOBRE
ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE ESPERANÇA**

Aluno: Maria Clara Oliveira

Orientadora Pedagógica: Prof.^a Dr.^a Lília Vara

Enfermeira Orientadora: EESIP, Raquel Matos

Lisboa, Outubro de 2010



A experiência de esperança é de alguma forma capacitante. Ajuda-nos a dizer “eu posso”... talvez não hoje, talvez não perfeitamente, talvez não sem medo mas, “eu posso, pelo menos tentarei”.

Jevne, 1994

SIGLAS

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

HDE – Hospital Dona Estefânia

RN – Recém-nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais



ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	5
II. AFINAL, O QUE É A ESPERANÇA?	7
III. QUAL A SUA IMPORTÂNCIA?	8
IV. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	9
V. ESTRATÉGIAS E RECURSOS PROMOTORES DE ESPERANÇA	10
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14



I. INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho, que surge no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, inserido no módulo III, Cuidados de Saúde Diferenciados a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital de Dona Estefânia, pretende servir de guia e suporte teórico aos profissionais de enfermagem no que concerne a estratégias promotoras de esperança direccionadas aos pais dos recém-nascidos (RN) internados na Unidade.

O impacto causado pela admissão de um RN numa UCIN, provoca na família um emaranhado de emoções, sentimentos e vivências complexas e assustadoras, despoletando sentimentos de culpa, desapontamento e perda, que podem comprometer o processo de vinculação com o bebé. De acordo com Henson (2003), formar uma ligação emocional e vincular-se a um bebé prematuro pode ser bastante difícil para alguns pais.

A evolução do processo de doença nem sempre é linear. Para o enfermeiro “acontece muitas vezes”, mas para os pais “nunca tinha acontecido”; aquele é o seu bebé aguardado com ansiedade e expectativa, sempre acompanhado de esperança traduzida por uma grande alegria para toda a família e nunca poderiam imaginar que um dia iriam estar tanto tempo num local tão particular como uma UCIN.

Para Eduardo Sá (1992, p.34) “A primeira forma que a mãe tem de embalar um filho é sonhar com ele na gravidez, a segunda é sonhar por ele quando lhe canta e o embala e... finalmente é deixá-lo tornar-se uma personagem real do seu sonho...”.

Assim, o nascimento de um filho de risco é uma situação geradora de grande stress num momento em que o casal ainda está a preparar-se para o desempenho da paternidade.

Os pais sofrem um choque emocional intenso. Segundo Barros (2006); Heermann, Wilson, & Wilhelm (2005) sentimentos de medo, ansiedade, depressão ou irritabilidade que frequentemente os pais evidenciam, estão relacionados com a preocupação com a sobrevivência do bebé, o desenvolvimento futuro ou a sua falta de competência para os cuidados.

As características e necessidades específicas destas famílias, tornam-nas num grupo particular, cujo acompanhamento por parte dos enfermeiros merece especial atenção.

Nas UCIN em que o modelo biomédico ainda tem forte expressão, em que o pensamento é mais centrado nos parâmetros fisiológicos e os campos de acção da medicina e da enfermagem têm as suas fronteiras mal delimitadas, devem os enfermeiros orientar a sua prática segundo um modelo que se insere num paradigma, que para além da manutenção da vida, defende como valor fundamental a qualidade de vida da criança, que depende também e muito do estabelecimento de uma relação significativa e forte com a sua família.

Como diz Gomes Pedro (1997:71) "Numa UCIN onde um 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...”.

Assim, os profissionais de enfermagem confrontam-se com a necessidade de intervirem noutros campos de cuidados mais abrangentes de modo a melhorar o estado emocional e a adaptação dos pais ao contexto de internamento, pois ao aumentar as competências parentais de confronto com os diversos factores relacionados com o internamento, contribuem de modo significativo para o aumento dos ganhos em saúde destas famílias.

Intervir em Esperança apresenta-se pois, como um novo desafio no desenvolvimento das competências dos enfermeiros pelo que, a sua integração nos cuidados de enfermagem reveste-se de primordial importância.

Podemos então interrogarmo-nos: Afinal, o que é a Esperança e quais as suas significações? O porquê da sua importância? Que implicações para a prática? Como a podemos promover?



II. AFINAL, O QUE É A ESPERANÇA?

Sendo a Esperança um sentimento muito pessoal e complexo o seu conceito não é fácil de caracterizar, assumindo um cariz individual associado às vivências e histórias de vida, assumindo um carácter subjectivo para os outros.

Podemos considerá-la como uma crença emocional na possibilidade de resultados positivos relacionados com eventos e circunstâncias da vida pessoal. A esperança requer uma certa perseverança, acreditar que algo é possível mesmo quando há indicações do contrário. O sentido de crença deste sentimento o aproxima muito dos significados atribuídos à fé.

Para Snyder (1989, p.143) esperança apresenta-se como uma característica complexa, com poder preditivo, uma motivação positiva baseada num quadro de definição e planeamento para atingir metas. Na sua perspectiva, é essencial como estratégia de coping.

Mais especificamente, quanto maior é o sentimento de determinação em cumprir metas pessoais com sucesso, assim aumenta a capacidade de encontrar caminhos para dar resposta a essas metas. É a relação entre estes dois factores que leva à esperança.

Segundo Vara (1996, p.17) “O conceito de manter a esperança consiste num conjunto de processos que favorecem os sentimentos de valor, confiança e domínio dos pais, face aos sentimentos de culpabilidade, revolta e desamparo.”

Já para Charepe (2008, p.180) “a esperança destaca-se como uma força espiritual para minimizar os sentimentos dos pais associados à solidão no lidar com a doença dos seus filhos”.

Ter esperança é reconhecer as limitações acreditando que as oportunidades também existem. Parse apud Magão & Leal (2002, p. 324) define esperança como uma teoria de motivação do comportamento, “com esperança o homem age, move-se, realiza. Sem esperança está frequentemente entorpecido, indiferente, moribundo”.

Já para Dufault & Martocchio (1985, p.390) apud Magão & Leal (2002, p. 327) a esperança é definida como “uma força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante, contudo incerta, de atingir um objectivo pessoalmente significativo”.

III. QUAL A SUA IMPORTÂNCIA?

A consciência de não estar só fornece sentido, perseverança, sentimento de pertença, esperança e espiritualidade. Permite funcionar de forma eficaz, apesar dos obstáculos e desafios.

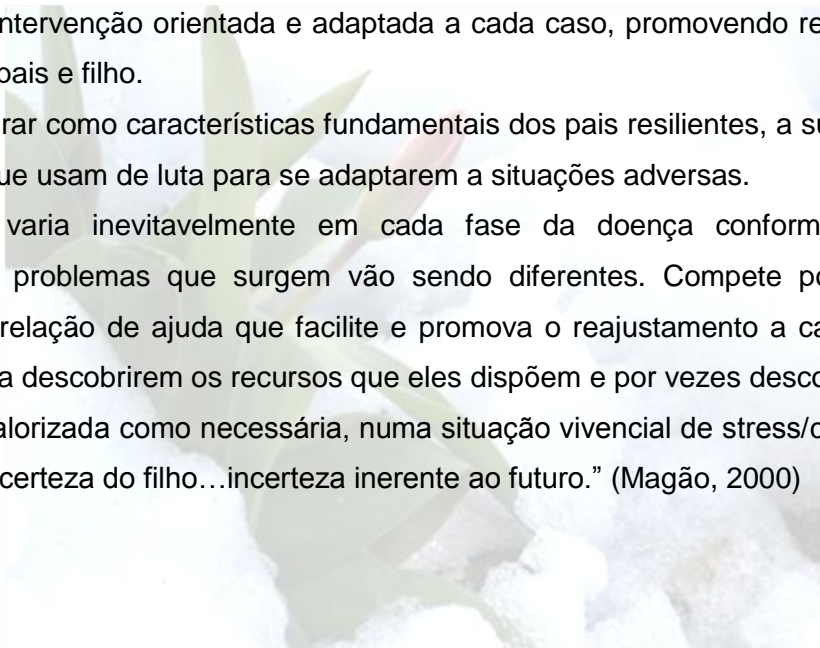
Horton & Wallander (2001) referem que os pais que registam altos níveis de esperança, tendem a ser mais adaptáveis, capazes de lidar com dificuldades e sofrimento e menos propensos a exibir sintomas de angústia psicológica, do que aqueles que apresentam baixos níveis. A esperança surge assim, como factor protector de ansiedade, angústia, depressão estabelecendo-se uma relação entre a esperança como factor de resistência, e o grau de ansiedade como factor de angústia.

Assim, analisar os níveis de esperança como factor potencial de resiliência dos pais, pode ajudar a identificar aqueles que em maior ou menor grau, correm risco de experimentar angústia, justificando uma intervenção orientada e adaptada a cada caso, promovendo resultados de saúde melhorados para pais e filho.

Podemos considerar como características fundamentais dos pais resilientes, a sua personalidade e os mecanismos que usam de luta para se adaptarem a situações adversas.

Esta adaptação varia inevitavelmente em cada fase da doença conforme as dificuldades emocionais e os problemas que surgem vão sendo diferentes. Compete pois, ao enfermeiro estabelecer uma relação de ajuda que facilite e promova o reajustamento a cada nova situação, ajudando os pais a descobrirem os recursos que eles dispõem e por vezes desconhecem.

“A esperança é valorizada como necessária, numa situação vivencial de stress/coping e adaptação em contexto de incerteza do filho...incerteza inerente ao futuro.” (Magão, 2000)



IV. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A promoção da esperança e o acompanhamento psicológico aos pais é essencial, pois o seu bem-estar está directamente relacionado com a saúde dos filhos.

O ambiente tecnológico e altamente sofisticado da UCIN frequentemente os intimida, acentuando o seu sentimento de incompetência para o desenvolvimento da função protectora e cuidadora que lhes é atribuída socialmente e que gostariam de desempenhar, elevando os seus níveis de ansiedade.

As necessidades específicas do seu bebé e os cuidados especiais inerentes a ele, exigem um rápido desenvolvimento de capacidades e estratégias de adaptação e reorganização familiar, provocando nos pais, sentimentos de ansiedade e angústia, que se reflectem tanto no relacionamento entre ambos, como no modo como os cuidados são prestados.

Stefanelli et al. apud Diogo (2000) refere que, “o apoio emocional é das medidas terapêuticas mais eficazes no relacionamento interpessoal, devendo por isso estar presente em toda a prática do cuidar”.

Segundo Serafim & Duarte (2005, p.26) “um olhar, uma palavra, um afago, um sinal de que a família não está esquecida, pode em momentos privilegiados constituir formas valiosas de apoio”.

É importante que se estabeleça um diálogo aberto e franco, ainda para Serafim e Duarte (2005, p.25) “a confiança dos pais na equipa e o estabelecimento de uma relação aberta conduz à colaboração mútua”, promovendo assim uma relação de confiança onde os pais sentem uma verdadeira preocupação com o seu bem-estar, e assim podem expressar os seus sentimentos, as suas dúvidas e medos.

Assim, e partilhando a opinião de Hamelin, Saydak e Bramadat (1997:37), os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, “devem conhecer e tentar compreender a experiência sentida pelas famílias que vivem situações de internamento em UCIN.”

Para Contin apud Freitas (2008, p.21) “a família é considerada uma unidade primária de cuidado, pois ela é o espaço social onde os seus membros interagem, trocam informações, apoiam-se mutuamente, buscam e mediam esforços, para amenizar e solucionar problemas”.

Walsh (2003, p.5) refere que “identificar e alvejar mecanismos chave das famílias pode reduzir o stress e a vulnerabilidade em situações de alto risco, apoiar a recuperação e o emergir da crise e dar capacidade às famílias para ultrapassarem a adversidade que se prolonga”.

Assim, faz parte das competências do enfermeiro, identificar os pais em situação de risco, orientá-los a participar em intervenções que visam especificamente ajudá-los a reduzir os níveis de ansiedade e angústia, promovendo mecanismos promotores de esperança e habilidades para enfrentar problemas. Pais com melhores mecanismos de confronto e adaptação influenciam directamente a evolução de saúde dos seus filhos.

De acordo com Tanganho et al (1997:97), “o modo como a família se adapta a toda a situação, depende dos seus recursos interiores, apoios sociais e familiares, mas também da atitude da equipa técnica”

V. ESTRATÉGIAS E RECURSOS PROMOTORES DE ESPERANÇA

A angústia familiar gerada pelo internamento do RN numa UCIN conduz a atitudes e comportamentos por vezes ambíguos, quer de isolamento emocional, de aproximação ou distanciamento do filho internado. Vários factores contribuem para esta ambivalência comportamental, como o grau de gravidade da situação, a viabilidade do bebé, os recursos internos, a coesão e apoios familiares, experiências anteriores, crenças e valores individuais.

Neste âmbito, deve ser objecto de preocupação dos enfermeiros desenvolver habilidades e competências de modo a apoiar emocionalmente estes pais de forma a minimizar a sua angústia e a fazer emergir recursos internos e externos que lhes permita um melhor reajustamento aos diversos factores relacionados com o internamento.

Este apoio implica uma intervenção individual e uma intervenção em contexto de grupo.

Intervenção individual em esperança CIPE (Beta 2)

Passa pela avaliação familiar; diagnóstico e acções de enfermagem:

- Identificar a percepção familiar em relação ao internamento do RN;
- Estimular a expressão de emoções e sentimentos;
- Encorajar a verbalização dos medos relativos aos desfechos possíveis;
- Reconhecer significações de esperança para aquela família;
- Estabelecer uma relação de confiança e empática de modo a uma identificação de recursos e potencialidades;
- Avaliar dinâmica e apoio familiar;
- Identificar alvos de esperança e estratégias promotoras de esperança anteriores, de adaptação eficaz;
- Identificar e avaliar crenças erróneas;
- Identificar situações de risco de stresse/angústia;
- Facilitar interacção dos pais com o RN;
- Facilitar suporte familiar, social e cultural;
- Ajudar a identificarem pequenas conquistas do seu bebé;
- Orientar os pais a compor um Kit de Esperança que os acompanhe e onde dia-a-dia guardem as memórias dos ganhos positivos,

(fotos; mensagens; registo de sensações/pensamentos, ...)

Para Young e Davis (1990:1873), é essencial:

- Providenciar apoio aos pais na resolução de sentimentos de desapontamento, raiva, culpa e responsabilidade e no percurso de desenvolvimento psicológico no papel de “pais”
- Ajudá-los a ver o seu bebé como um indivíduo com características próprias.
- Promover interacções positivas entre os pais e os bebés.

Todas estas acções concorrem para que os pais adquiram competências e saberes que lhes vão permitir progressivamente ver o bebé como “seu“, prestar-lhe cuidados e prepará-los para o futuro, uma vez que e de acordo com as mesmas autoras, ”o enfermeiro de crianças de risco, providencia não só cuidados especializados na assistência ao RN na sua adaptação ao meio extra-uterino, mas também apoio e informação aos pais”.

Intervenção em contexto de grupo (Abordagem sistémica)

“O Grupo oferece um contexto não só de ajuda a si próprio, mas de igual modo o ajudar reciprocamente a enfrentar e superar as crises da vida ...” (Pangrazzi, 2003)

Permite aos pais a oportunidade de se conhecerem e partilharem as suas experiências, contribuindo assim para aumentar a sensação de apoio social.

A intervenção em grupo na UCIN pretende:

- Promover a comunicação entre os pais e a equipa de saúde;
- Promover apoio mútuo e a inter-ajuda entre os pais;
- Promover a auto-confiança, a auto-estima;
- Facilitar o estabelecimento de relações de suporte positivas;
- Facilitar a utilização de recursos emocionais de modo a poderem utilizar estratégias de coping;
- Utilizar sinergias que se desenvolvem no grupo e dirigi-las para o aumento do suporte emocional;
- Contribuir para uma vivência menos dolorosa da situação;

Por norma, os pais organizam-se informalmente formando pequenos grupos de auto-ajuda. Passam muitas horas juntos na UCIN, comunicam entre si, trocam opiniões, divulgam informações nem sempre interpretadas correctamente, tendem a estabelecer relações de amizade e a fornecer apoio mútuo.

Ao proporcionar um espaço e recursos físicos de apoio, o enfermeiro permite que os pais partilhem informação, serviços de apoio existentes e promove uma maior eficácia do grupo.

Sessões de Grupo: Alguns pressupostos a ter presente.

- Coordenação por um profissional (motivador, dinâmico, empático)
- Conhecer bem a situação de saúde dos RN;
- Conhecer a situação familiar;
- Periodicidade das sessões (semanal, quinzenal);
- Aproveitar o tema mais referido pelos pais para ser o assunto central a trabalhar no grupo;
- Realçar as pequenas conquistas dos RN;
- Realçar o contributo de todos, como forma de ajuda ao outro
- Evitar expor aspectos muito íntimos dos pais;

“Cuidamos naturalmente de nós e dos outros, pelo simples facto de existirmos com os outros no mundo” Perdigão apud Charepe (2008, p.182)



VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipa de enfermagem da UCIN, muitas vezes sem ter disso uma percepção consciente, tem nas suas mãos uma parte muito importante e significativa da vida de muitas famílias. Gestos comuns como acariciar um bebé, muitas vezes, só podem ser feitos com a “autorização” do enfermeiro!

Apoiar emocionalmente os pais e valorizar o seu papel de cuidadores, revela-se crucial no desenvolvimento neurocomportamental dos RN, pois um ambiente psicossocial adequado contribui para a diminuição dos riscos que envolvem um grande pré-termo, na perspectiva do “developmental care”.

“A abertura ao outro; o conhecimento das suas potencialidades/limitações e a criação de um ambiente de apoio são sinónimos da plenitude desta intervenção.” Charepe (2008, p.183).

A UCIN, deve ser um espaço, no qual os pais e o bebé, apesar do ambiente ser desconhecido, se podem conhecer e interagir, sendo para isso fundamental o papel do enfermeiro no seu acompanhamento, que deve ter início na admissão e culminar quando o RN/pais voltarem para casa, integrados no seu meio e reorganizados como família.

Para Hesbeen (1997, p. 24) “aquele que cuida é um perito no sentido de poder enquadrar o que é factível e, por ser vector de Esperança enriquecendo o horizonte, aumentando os caminhos possíveis”.

Assim, as relações estabelecidas entre os pais e o enfermeiro visam o respeito pela escolha do “caminho” e a aceitação da identidade do outro, promovendo a descoberta de “forças” por vezes desconhecidas de modo a contribuir para uma melhor resiliência e uma melhor (re)adaptação aos desafios impostos.

Também a promoção de grupos de ajuda pode contribuir para apoiar as famílias na resolução de problemas psicossociais, constituindo uma área de intervenção do EESIP.

O progresso e evolução em termos tecnológicos e científicos, têm que se fazer acompanhar de um aperfeiçoamento dos nossos saberes em termos relacionais. Os bons cuidados não se podem resumir a mera execução de técnicas, porque se assim for como podemos nós ajudar de forma global todas as famílias que na UCIN cruzam as nossas vidas?

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, L. - *A Unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção de desenvolvimento*. In M. C. Canavarro (coord.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra, 2006: Quarteto. p.297-316. ISBN 972-8535-77-5.

CHAREPE, Z. - *Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica*. Nursing. ISSN 0871-6196. Nº191.(Setembro 2004). p.6-12.

CHAREPE, Z. - *(Re) Construir a Esperança nos Pais de Crianças com Doença Crónica. Implementação de um projecto orientador de boa prática*. Servir, ISSN 0871-2379. Vol.56. Nº5. (Novembro/Dezembro 2008). p.180-183.

DIOGO, P. - *Necessidades de apoio aos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento*. Revista Pensar Enfermagem. ISSN 0873-8904. Vol.1. Nº4. (2000). p. 12-24.

FREITAS, M. - *A Família confrontada com a admissão do recém-nascido, na unidade de cuidados intensivos neonatais*. Revista Sinais Vitais. ISSN 0872-8844. Nº 81.(Novembro 2008).p. 19-23.

HAMELIN, K.; SAYDAK, M.; BRAMADAT, I. – *Intevewing Mothers of High-Risk Infants. What are their support needs?* The Canadian Nurse. ISSN 0008 – 4581. (Junho 1997). Vol.93. Nº6. p.35-38

HEERMANN, J. A., WILSON, M. E. & WILHELM, P. A. - *Mothers in the NICU: Outsider to Partner*. Pediatric Nursing. (2005). Nº 31. p. 176-181.

HENSON, C. - *Family support*. In G. Boxwell (Ed.) *Neonatal intensive care nursing*. London: Routledge (2003). p. 389-411.

HESBEEN, Walter - *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. ISBN 972-8383-11-8. Loures: Lusociência, (1997). p.24..

HORTON,T.V., & WALLANDER, J. L. - *Hope and social support as resilience factors against psychological distress of mothers who care for children with chronic physical conditions*. Rehabilitation Psychology, (2001). Nº 46. p.382–399.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão β2. ICN, 2001.

MAGÃO, M. & LEAL, I. – *A esperança nos pais de crianças com cancro. Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde*. *Psicologia Saúde e Doenças*. ISSN 1654-0086. Vol 2. Nº1. (Julho 2001). p. 3-22.

MAGÃO, M. & LEAL, I. – *A promoção da esperança nos pais de crianças com cancro. Territórios da Psicologia Oncológica*. ISBN 972-796-018-9. Lisboa (Janeiro 2002). p.321-344.

PEDRO, J. Gomes – *Viver numa Unidade Especiais para Recém-Nascido – Um Risco, Uma Oportunidade*. In: *I Seminário de Neonatologia Porto*. Laboratórios Bial, Departamento de Pediatria e Medicina (Hospitais de S. João, 1997). p. 67-73.

SÁ, Eduardo – *O dedo de ET*. *Revista Pais & Filhos*. Lisboa. (Junho de 1992). p.34-45.

SERAFIM, S., & DUARTE, S. - *Internamento em Neonatologia: Relação de ajuda*. *Nursing*. ISSN 0871-6196. Nº198. (Abril 2005).p.22-28.

SNYDER, C. R. - *Reality negotiation: From excuses to hope and beyond*. *Journal of Social and Clinical Psychology*. (1989) 8, p. 130–157.

TANGANHO, Custódia [et al] – *Avaliação da Informação aos Pais do Recém-Nascido Pré-Termo*. *Acta Pediátrica Portuguesa*. ISSN 0301-147X. Vol.28. Nº2 (Março/Abril 1997), p.97-100.

VARA, Lília. R. A. - *Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria*. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. ISSN 0873-1586. Ano 1. Nº1. (3º trimestre 1996). p. 5-52.

WALSH, F. - *Fortalecendo a Resiliência Familiar*. (2005). São Paulo: Roca.

YOUNG, G.; HOLDITCH-DAVIS, D. – *Nursing Care of the High-Risk Neonate*. In MOTT, S.; JAMES, S.; SPERHAC, A. – *Nursing Care of Children and Families*. 2ª edição. Redwood City: Addison-Wesley Nursing, 1990. p.1844 - 1880. ISBN 0-201-12923-X.

ANEXO XI

Relatório de Formação
“Implicações Ético-Legais no
Atendimento ao Adolescente
Menor”, no SUP

**IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS
NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE MENOR**

**PRINCIPIOS ÉTICO-LEGAIS QUE SUPORTAM
AS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS
NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE NO SUP DO HDE**

DATA: 15. Nov. 2010

Sessão1: 08:00

Sessão2: 16:00

Formador: Clara Oliveira (Aluna do ACMEESIP da UCP)

Destinatários: Enfermeiros do SUP

Duração: 30 minutos

Local: Sala de Reuniões do SUP

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

PLANO DA SESSÃO:

ETAPAS	CONTEÚDOS	Dur.	TÉCNICA/ MÉTODO
Introdução	Apresentação da enfermeira/ formadora. Apresentação dos objectivos.	2'	Expositivo
Desenvolvimento	Autonomia e Tomada de decisão Consentimento Dissentimento/Recusa Liberdade para consentir Privacidade e Confidencialidade Quebra de Sigilo	20'	Interactivo/ Expositivo
Conclusão	Comentários Partilha	08'	Interactivo

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Tema: IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Ação tipo: Actualização Aprendizagem Duração: 2 sessões de 30' Data: 15/11/2010

Formador(es): Maria Clara Oliveira

Participantes: dezoito(18) enfermeiros do serviço + quatro(4) alunos da licenciatura. Total 22 participantes.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda total- mente	Discorda	Concorda	Concorda total- mente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.		5%	9%	86%
2. Os objectivos da formação foram atingidos.			14%	86%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.			5%	95%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			18%	82%
5. A teoria foi relacionada com a prática.			18%	82%
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.			23%	77%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			14%	86%
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.			9%	91%
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.		5%	50%	45%
10. A duração da formação foi adequada.		9%	36%	55%
11. O horário da formação foi adequado.		45%	36%	18%

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

METODOLOGIA	Formador Clara Oliveira		
	Suficiente	Bom	Muito Bom
12. Domínio dos conteúdos apresentados.		5%	95%
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.		14%	86%
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.		36%	64%
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.		14%	86%
16. Interacção com o grupo.		9%	91%
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.		5%	95%
18. Gestão do tempo.		36%	64%
19. Pontualidade.		5%	95%

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Comentários:

Pouco tempo para partilha de experiências e para formação.

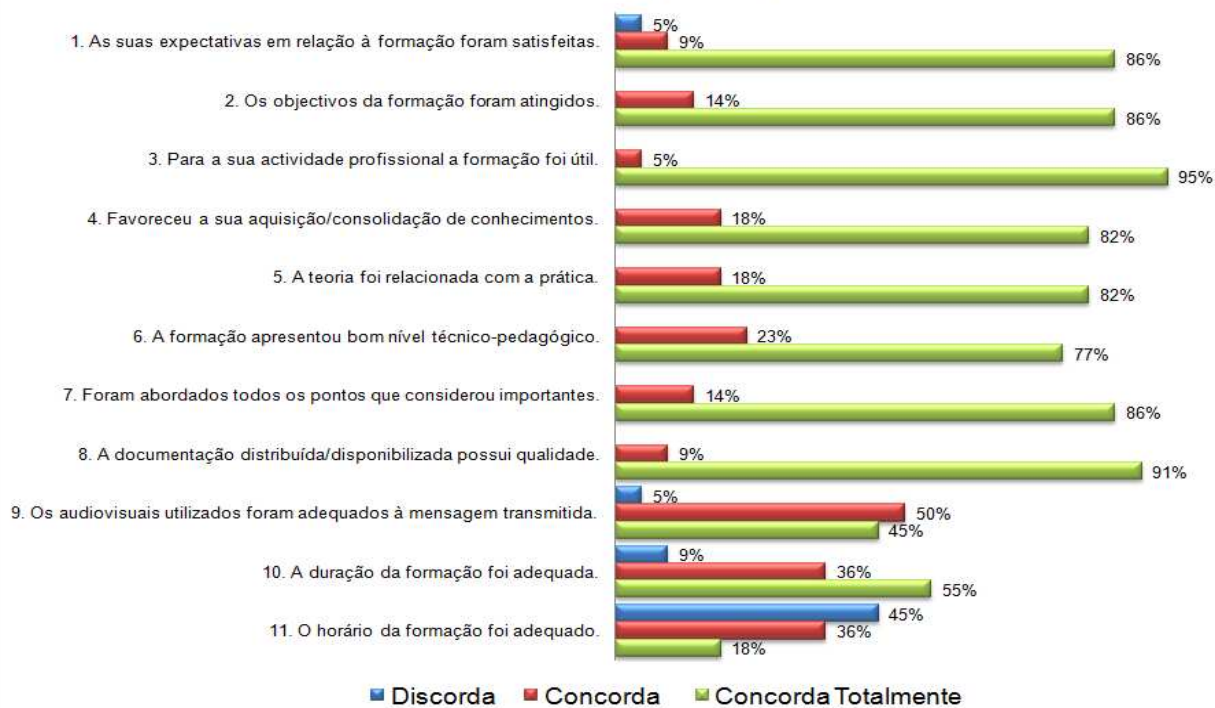
Sugestão:

Outro horário para formação que não coincida com as passagens de turno.

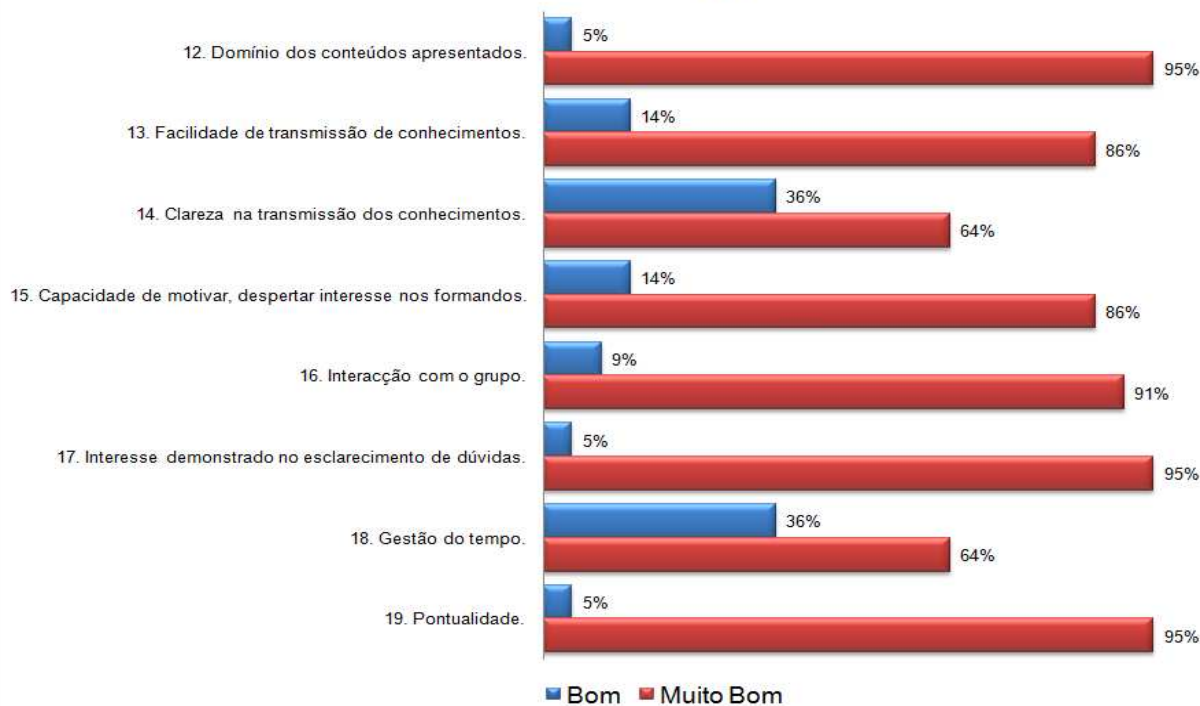
Obrigado pela sua colaboração.

Avaliação da formação em serviço - Serviço Urgência Pediátrica
Tema: Implicações ético-legais no atendimento ao adolescente

Apreciação Global



Metodologia



IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

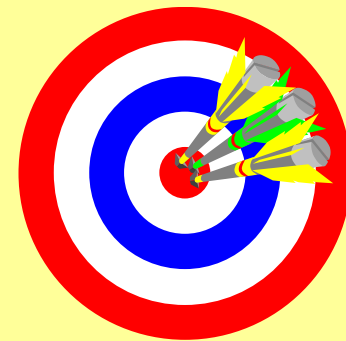


Elaborado por:
ACMEESIP M^a Clara Oliveira

Orientado por:
EESIP Teresa Moura

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA
Novembro 2010

OBJECTIVO GERAL



- Identificar os princípios ético-legais que suportam as intervenções dos enfermeiros no atendimento ao adolescente.

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Regulamento do exercício profissional de enfermagem (REPE)

“no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”

DL nº 161/96 de Set. – art. 8º, ponto 1

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Papel do Enfermeiro Especialista – Competências Comuns

(A) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Foco de Atenção

Promoção dos projectos de saúde que
cada **PESSOA** vive e persegue.



Ser Único
Com Dignidade própria
e direito a
Auto Determinar-se



IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Ética

**Palavra de origem grega (ethos) que significa “lugar interior de onde brotam os actos humanos”
(Aristoteles)**

A ética é uma dimensão pessoal e uma questão de justiça, ou seja um confronto entre direitos e deveres (Kohlberg, 1981)

Os padrões éticos profissionais acentam no conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente (O.E. 2005)

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Princípios Éticos



IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

- Será que um adolescente menor tem capacidade para consentir ou recusar intervenções sem interferência dos seus representantes legais?
- Em que circunstâncias?



IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

ADOLESCENTE

séc. XX



Adolescente todo o indivíduo entre os 10 e 19 anos, “...este longo período, considerado de transição entre a infância e a idade adulta é formado por surtos de desenvolvimento físico, mental, emocional, e esforços no sentido de se alcançarem determinadas metas diferentes e de acordo com cada cultura...”.

(OMS citado por MAIA, 2008)

séc. XIX



Adolescente/adolescência era entendido como uma passagem directa da infância à idade adulta.

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

MENOR

Artigo 122.º

É menor quem ainda não tiver completado dezoito anos de idade.

Artigo 123.º

Salvo disposição em contrário, os menores carecem de capacidade para o exercício de direitos.

Código Civil actualizado até Lei nº 103/2009, 11 Setembro)

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Maioridade Especial

Artigo 1886.º do C.C.

Pertence aos pais decidir sobre a educação religiosa dos filhos menores de dezasseis anos.

Artigo 127.º do C.C.

Os actos de administração ou disposição de bens que o maior de dezasseis anos haja adquirido por seu trabalho;

Artigo 142º, nº 5 do C.P.

No caso da mulher grávida ser menor de 16 anos ..., o consentimento para a IVG é prestado pelo representante legal ...

Portaria 52/85, art.5º, nº 2 reforçado pela Lei nº 120/99

Centros de Atendimento para Jovens, sem restrições de acesso a jovens em idade fértil...

Autonomia e Tomada de Decisão

Capacidade de auto reger-se

Tipo de liberdade pessoal

É a base para os direitos dos homens e é aceite na nossa cultura como o direito que cada um tem para tomar as suas próprias decisões, ser independente e ter autoconfiança.

(QUEIRÓS, 2001, p.90).

Autonomia e Tomada de Decisão

Qualquer pessoa, independentemente da sua idade, tendo condições intelectuais e psicológicas para apreciar a natureza e consequência de um acto ou proposta de assistência à sua saúde, deve poder tomar decisões sobre tais medidas.

(QUEIRÓS, 2001, p.92).



DESENVOLVIMENTO MORAL - KHOLBERG

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

“As pessoas crescidas nunca entendem nada sozinhas e uma criança acaba por se cansar de lhes estar sempre a explicar tudo”

Antoine de Saint-Exupéry, *O Príncipezinho*



Autonomia e Tomada de Decisão

Convenção dos Direitos da Criança

Artigo 12º - Opinião da Criança

Os Estados Partes garantem à criança com capacidade de discernimento o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade.

Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

Autonomia e Tomada de Decisão

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO 2005)

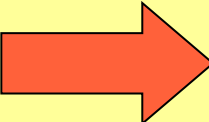
Artigo 5º - Autonomia e Responsabilidade Individual

Prevê que o jovem pode usufruir de um grau de autonomia na condução da sua vida pessoal.



IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Consentimento

Respeitar a Autonomia  Obtenção do Consentimento

Consentimento informado/ esclarecido:

“Quando o jovem é capaz de entender o seu diagnóstico, os riscos e benefícios de um procedimento ou tratamento proposto, as alternativas e risco associados, bem como as consequências de não seguir o que lhe é proposto, e é capaz de decidir voluntariamente se deseja aceitar ou prosseguir a proposta médica.”

(PRAZERES, 1998, p.46)

Consentimento

Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina (Ratificada)

Artigo 5º - “Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado (...) o consentimento livre e esclarecido.”



Código Penal

Artigo 38º - Alínea 3 – “O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver **mais de 16 anos** (...).” Dec.Lei nº59/2007

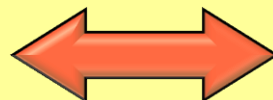
Ordem dos Enfermeiros – permite “poderem prestar consentimento eficaz os maiores de 14 anos se possuírem o discernimento necessário para avaliarem o seu sentido e alcance, no momento em que o presta.” (QUEIRÓS, 2001, p.104).

Consentimento

Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina
(Ratificada)

Artigo 6º - “Protecção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento”

**Representante
Legal**




**Poder-dever de
Educação (CRP, art.36º,nº5)**


**Benefício / Interesse
Superior**

Consentimento

Responsabilidades parentais



“... um cariz altruísta, que se concretiza na relação e na comunicação com os filhos, no respeito pela sua personalidade assim como na atitude de colocar os interesses dos filhos acima dos seus.” (SOTTOMAYOR, 2003)



“... os pais, de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nos assuntos familiares importantes e reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida” (C.C., art.1878º, nº 2)

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Dissentimento ou Recusa

Independentemente da maturidade e discernimento a recusa de acto médico terapêutico não é possível a menores.



“PRISIONEIROS DA IDADE”



Não há forma de a autodeterminação sobre a sua saúde e vida ser afirmada. Os “direitos pessoalíssimos” prevalecem sobre o direito à autodeterminação.

Consentimento

Liberdade para Consentir...

A persuasão é eticamente aceitável, se entendida como um meio de apelar à razão, ao contrário da manipulação que tenta fazer com que a pessoa realize algo que o manipulador pretende. (QUEIRÓS, 2001, p.97)



Consentimento

Informação esclarecedora e adequada...

- ✓ Adequada ao estágio de desenvolvimento e ao grau de compreensão;
- ✓ Linguagem simples e objectiva

Sem esquecer que...

”Qualquer pessoa tem o direito moral de recusar ser informado, pelo que, o respeito pelo princípio da autonomia orienta para que se aceite a vontade do jovem autónomo, se for esse o seu desejo”. (QUEIRÓS, 2001, p.100)

Privacidade e Confidencialidade

Direito a...

Preservar as suas informações pessoais, de acordo com a sua capacidade decisória, mesmo em relação aos pais ou responsáveis.

Decidir que informação pode ser revelada.

O Enfermeiro deve...

“... resistir a todas as pressões familiares, amigos, superiores hierárquicos, imprensa, entre outros, e manter a confidencialidade das informações.” (QUEIRÓS, 2001, p.101)

Privacidade e Confidencialidade

Lei da Protecção de Crianças e Jovens em perigo

Artigo 4º - Alínea b)

“b) Privacidade - a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem deve ser efectuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada.”



Privacidade e Confidencialidade

Quebra do Sigilo

- ✓ Por consentimento do próprio
- ✓ Por dever legal
- ✓ Por “justa causa”
- ✓ Por prejudicar a colectividade
- ✓ Por suspeita / confirmação de abusos ou maus tratos
- ✓ Por risco de saúde para outrem.

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Considerações:

Quebra
do
Sigilo

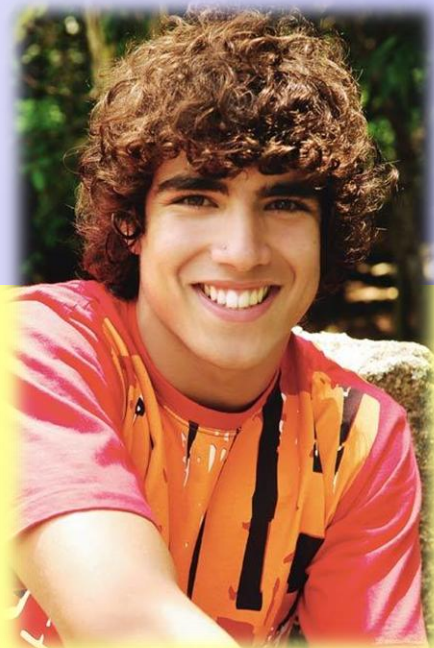
O adolescente deve ser o primeiro a ser informado

Ser esclarecido e justificado o motivo



Confiança

(QUEIRÓS, 2001, p.104)



IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

CONCLUSÕES

- ◆ O limiar mínimo de idade para prestar consentimento não poderá situar-se abaixo dos 16 anos.
- ◆ O discernimento e maturidade do menor não podem ser presumidos, têm que ser provadas.
- ◆ As intervenções de enfermagem devem ser bem fundamentadas.
- ◆ Consentimento e recusa não são fases da mesma moeda.
- ◆ Os representantes legais devem ser ajudados no exercício das suas responsabilidades parentais.
- ◆ Qualquer menor tem direito a exprimir a sua opinião e esta deve ser levada em consideração.

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Para Reflectir

- ◆ **O Enfermeiro pensa o seu agir.**
- ◆ **Recusar a dimensão ética é negar o estatuto de ser pessoa.**
- ◆ **Compete ao enfermeiro o sentido de protecção da pessoa, a defesa da sua liberdade e dignidade.**

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

**OBRIGADA
PELA VOSSA ATENÇÃO**



IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, F. (1998) - **Ética em Pediatria**. In: SERRÃO, Daniel e NUNES, Rui. (1998).
Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora. 53-54. ISBN 9720060336224.

ANTUNES, A. (1998) - **Consentimento Informado**. In: SERRÃO, Daniel e NUNES, Rui. (1998).
Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora. 13-27. ISBN 9720060336224.

CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA

CONVENÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E A BIOMEDICINA.

Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro.

CÓDIGO CIVIL actualizado a 2010

CÓDIGO PENAL (Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro e
Republicado pela Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro).

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE A BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS.

Comissão Nacional da UNESCO – Portugal. 2006.

Dec. Lei nº 104/98, de 21 de Abril, **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**

Dec. Lei nº 161/96, de 4 de Setembro com as alterações do Dec. Lei nº 104/98 de 21 de Abril.
Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Referências Bibliográficas

Dec. Lei nº120/99 de 11 de Agosto, **D.R. I Série A**, nº186 /11/08/1999
(5232-5234) Promoção da Educação Sexual

Dec. Lei nº147/99 de 01 de Setembro, **D.R. I Série A**, nº 204 01/09/1999 (6115-6117)
Lei de Protecção de Crianças e Jovens em perigo

DUARTE, P. – **Consentimento para os Cuidados de Saúde**, Utopia ou Realidade.
Revista Enformação, Julho 2010, nº 13

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem
dos Enfermeiros, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Consentimento Informado nas Intervenções de
Enfermagem**, EPO 2007

PRAZERES, Vasco – **Saúde dos adolescentes. Princípios orientadores**. Lisboa: Direcção-
Geral de Saúde, 1998. 60p. ISBN 972-9425-61-2.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque – **Ética e enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 166p.
ISBN 972-8717-07-5.

SOTTOMAYOR, M.C. – **Exercício do poder paternal relativamente à pessoa do filho
após o divórcio ou separação judicial de pessoas e bens**. Porto 2003. UCP. p.23,25,26.
ISBN 9789728069537

ANEXO XII

Suporte teórico sobre
“Implicações Ético-Legais no
Atendimento ao Adolescente
Menor”



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL EPE

Serviço de Urgência Pediátrica

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE MENOR

“As pessoas crescidas nunca entendem nada sozinhas
e uma criança acaba por se cansar de lhes estar sempre
a explicar tudo”

Antoine de Saint-Exupéry, *O Príncipezinho*





UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

**IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS
NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE MENOR
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Aluno: Maria Clara Oliveira

Orientadora Pedagógica: Prof.^a Lília Vara

Enfermeira Orientadora: EESIP, Teresa Moura

Lisboa, Novembro de 2010

QUESTÃO:

Será que um adolescente menor tem capacidade para consentir ou recusar intervenções sem interferência dos seus representantes legais?

Em que circunstâncias?

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	4
1. IMPLICAÇÕES ÉTICAS.....	5
1.1 Princípios Éticos.....	6
2. AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO.....	7
2.1. O Consentimento.....	7
2.2. Da Capacidade Para Decidir	8
2.2.1 Consentimento/Discernimento	10
2.2.2 Consentimento/Dissentimento ou Recusa	10
2.3. Liberdade Para Consentir	11
2.4. Responsabilidades Parentais	12
3. CONFIDENCIALIDADE E QUEBRA DE SIGILO.....	13
4. CONCLUSÕES	14
5. BIBLIOGRAFIA.....	15

0. INTRODUÇÃO

“As profissões existem para satisfazer as necessidades de serviços humanos sentidas pelas pessoas, pelas sociedades, nomeadamente a necessidade de cuidar e ser cuidado. Os profissionais de saúde (...) oferecem à população: cuidados de saúde” VIEIRA (2007, p.127)

A profissão de enfermagem privilegia o cuidar e a relação com o outro, mas todo o cuidar por excelência pode levantar muitas questões ao nível ético e moral. A natureza do cuidar é complexa e envolve conhecimentos sobre quem é o outro, quais as suas capacidades, limitações e necessidades.

Independentemente das diferenças entre os diversos modelos teóricos de enfermagem, todos se regem pelo mesmo conceito de saúde “...bem estar humano nas vertentes física, psíquica e social...” OMS (2006) - e por uma visão holística do ser humano um sistema envolto em vários macro-sistemas e constituído por diversos micro-sistemas; todos eles interligados numa fronteira mutável e permeável.

Encontra-se disposto no artigo 8º alínea 1 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Dec-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro) que “...os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

Considerando que os cuidados de enfermagem estão relacionados intrinsecamente com os princípios éticos e com a noção de autonomia e que esta não é estática (conquista-se e perde-se), o agir do profissional de enfermagem em pediatria, passa pela resolução da questão de saber quem tem legitimidade para autorizar a submissão da criança/jovem menor de idade à intervenção terapêutica.

Múltiplas são as intervenções terapêuticas e não terapêuticas a que um adolescente¹ pode ser sujeito, mas todas implicam um comportamento que afecta o corpo do indivíduo. Uma vez que a disponibilidade do corpo, a integridade física, constitui um “direito pessoalíssimo” o profissional de saúde, por regra² necessita do consentimento antes de agir. É este consentimento que torna lícita a intervenção. Legalmente, os adolescentes estão em fase de conquista de autonomia, sendo a sua capacidade decisória, sobre muitos aspectos relativos à sua saúde, considerada reduzida.

¹ A OMS, de acordo com a documentação mais relevante produzida, considera **população juvenil** o conjunto dos indivíduos de idade compreendida entre os **10 e os 24 anos** e atribui as designações de **adolescentes** e de **jovens** aos indivíduos que têm entre **10 e 19 anos** e entre **15 e 24 anos**, respectivamente. No presente documento, adopta-se a designação genérica de “jovens” sempre que não esteja em causa qualquer especificidade que justifique menção expressa ao grupo dos “adolescentes”.

² Excepções em caso de urgência, ou quando o indivíduo se encontra incapacitado de falar ou de comunicar.

Assim, será que um adolescente menor tem capacidade para consentir ou recusar intervenções sem interferência dos seus representantes legais?

1. IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Palavra de origem grega (ethos) que significa “lugar interior de onde brotam os actos humanos” (Aristóteles)

A ética em saúde caracteriza-se pela qualidade dos cuidados prestados no dia a dia, com o sentido de ajudar e de cuidar, no respeito pela dignidade humana, é uma dimensão pessoal e uma questão de justiça, ou seja um confronto entre direitos e deveres.

A ética imprime em cada ser humano um olhar atento, uma responsabilidade acrescida, que por um lado exige uma busca constante na resolução de problemas, por outro lado facilita a integração de conhecimentos dos diversos ramos da ciência reflectindo-se na prática em comportamentos conscientes e reflectidos.

“Os padrões éticos profissionais acentam no conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente” (O.E. 2005).

A ética reflecte sobre o comportamento dos homens no seu relacionamento uns com os outros, tendo como pressupostos fundamentais a dignidade humana e a responsabilidade. O utente é reconhecido como um ser autónomo e independente, com crenças e valores que deverão ser respeitados. O respeito pela dignidade da pessoa humana significa a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir.

No que respeita à Saúde Infantil, muitas modificações têm existido no comportamento da sociedade e foi neste sentido que surgiram vários documentos que contemplam a criança como um ser humano muitas vezes incapaz de fazer valer os seus direitos e que é importante proteger e salvaguardar, pelo que a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º48/90 de 24 de Agosto), na Base XIV, artigo 3º determina que “relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes cabem, ...”

Assim, de forma a garantir o anteriormente disposto e para salvaguardar os direitos das crianças, os princípios éticos a ter em conta são os considerados em relação aos adultos.

1.1 Princípios Éticos

AUTONOMIA

O termo autonomia é de origem etimológica grega, significa auto-governo. De uma forma progressiva a ideia de auto-governo começa a ser integrada no âmbito da ética: primeiro enquanto favorece a moderação e racionalidade do agir e, mais tarde, como “auto-suficiência”, “auto-domínio” na emancipação das solicitações exteriores e na determinação da pessoa apenas pela razão, por si próprio.

Uma vez que estamos a tratar de seres humanos, cada decisão, procedimento ou acção que envolva os cuidados de saúde, envolvem princípios e valores diferentes, por vezes conflituosos que podem suscitar dilemas aos profissionais de saúde.

A autonomia vem manifestar-se pelo consentimento informado e esclarecido cuja noção é entendida como decisão voluntária, realizada por alguém competente, portador de informação adequada e com capacidade de deliberar, aceitando ou recusando determinada proposta que possa ou não afectá-lo.

Segundo FILIPE (1998, p.47) “não informar o doente correctamente é limitar a sua autonomia impedindo-o de tomar uma decisão consciente e informada”.

BENEFICIÊNCIA

Pelo princípio da beneficência, o profissional é autorizado a agir face às necessidades do utente. Este tenta proteger o utente de riscos que ele não possa compreender ou enfrentar. A beneficência é o princípio de não causar danos, justificam que em certas circunstâncias, a informação possa ser ocultada ao doente, em seu benefício.

Para FILIPE (1998, p.46), “deve-se encontrar o meio termo entre o princípio da beneficência (benefício) e o da autonomia (capacidade de decidir)” no modo como o doente deve ser informado.

Assim, deve existir compatibilidade entre o princípio da beneficência e o princípio da autonomia.

NÃO MALEFICIÊNCIA

O princípio da não maleficiência rege-se pela ideia de não fazer mal ao outro. Segundo Serrão (1998, p.15) este princípio define-se pelo “não provocar dano ao paciente, de forma intencional ou negligente”.

Trata-se de respeitar a vontade do doente, seguindo os seus interesses e sem o prejudicar.

JUSTIÇA

O princípio da justiça rege-se pelas exigências da justiça distributiva. Esta justiça distributiva dá origem a problemas de difícil resolução, sendo a escassez de recursos para a prestação de cuidados um dos problemas que preocupa a ética biomédica da actualidade.

Para SERRÃO (1998, p.15) este princípio refere-se à “justa distribuição de recursos na sociedade”

2. AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO

2.1. O Consentimento

A saúde e as suas ciências afectam as pessoas a nível da tomada de decisão e por vezes podemos depararmo-nos com dilemas éticos.

A tomada de decisão não é apenas uma actividade racional mas é algo que envolve intuições, valores, preferências, emoções.

Trata-se do direito à autodeterminação, da liberdade de escolha da pessoa, agora doente. É um direito que lhe assiste como o direito de ser adequadamente informado. Só existe liberdade quando houve esclarecimento e o profissional de saúde manteve na comunicação uma atitude neutra, sem tentar influenciar a decisão.

Ao proporcionar-mos uma informação adequada ao utente estamos a promover a sua autonomia. Para podermos ser eficazes e rigorosos devemos ter em conta os aspectos éticos, morais e legais inerentes ao conceito de consentimento informado.

O consentimento informado para ARCHER (1999, p.6) “é um dos corolários do primeiro princípio da bioética; autonomia de todo e qualquer ser humano, baseada na dignidade da pessoa e no direito que ela tem à sua auto-realização individual”.

Segundo LOBÃO (2003, p.20) “O consentimento informado oferece ao utente um espaço de liberdade permitindo que este decida autonomamente após um processo informativo”

Devemos ter presente que o consentimento informado aplica-se a todas as actividades de cuidados e não apenas como por vezes se pensa a actos e tratamentos médicos.

Também nós enfermeiros temos o dever de agir em conformidade com o Código Deontológico dos Enfermeiros e explicar todos os cuidados prestados, a sua finalidade e as suas consequências, assim como de respeitar a decisão expressa pelo utente.

Também os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros no 84º artigo do seu Código Deontológico, (Dec. Lei 104/98) estipulam o dever do enfermeiro de “informar, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” – alíneas a) e b).

Conforme referido, podemos afirmar que cada profissional de saúde tem a obrigação jurídica de obter consentimento antes de realizar qualquer intervenção ao utente, este consentimento está previsto no Código Penal Português e compreende vários artigos que definem o regime jurídico para o exercício deste direito – artigo 38º; artigo 39º; artigo 149º; artigo 150º; artigo 156º; artigo 157º.

Ao analisarmos estes artigos podemos entender que a lei faz depender a validade e eficácia do consentimento de um conjunto de pressupostos, entre eles a competência para consentir conforme o nº3 do artigo 38º “O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário...”

2.2. Da Capacidade Para Decidir

Artigo 122.º

É menor quem ainda não tiver completado dezoito anos de idade.

Artigo 123.º

Salvo disposição em contrário, os menores carecem de capacidade para o exercício de direitos.

Código Civil actualizado até Lei nº 103/2009, 11 Setembro

O Código Civil determina que os adolescentes menores de dezoito anos são incapazes, não podem exercer determinados direitos sozinhos, salvo disposição em contrário. Antes de atingir a maioridade é necessário que alguém o proteja, que o

represente e que tome as decisões que o menor, por ser incapaz, não se encontra em condições de tomar. Mas será que o menor, independentemente do seu grau de maturidade e idade, necessita sempre da autorização do seu representante legal para legitimar uma intervenção terapêutica?

Não obstante a incapacidade dos menores referida no artigo 123º do código civil, a lei prevê situações de “maioridades especiais”, em que indivíduos com idade inferior a 18 anos têm capacidade para decidir autonomamente sobre determinadas situações.

- O art.1886º do Código Civil reconhece aos menores com mais de 16 anos a possibilidade de decidir sobre a sua educação religiosa.
- Capacidade para praticar actos de administração ou disposição de bens que o maior de dezasseis anos haja adquirido por seu trabalho. (Código Civil, art.127º)
- A portaria 52/85, art.5º, nº 2 reforçado pela Lei nº 120/99, prevê a criação de centros de atendimento para jovens, sem restrições de acesso a jovens em idade fértil..., o que significa sem necessidade de prévia autorização dos seus representantes legais.
- O art.173º do Código Penal vem reforçar a autodeterminação sexual do menor a partir dos 16 anos ao despenalizar o acto sexual, desde que consentido.
- A grávida com mais de 16 anos pode validamente prestar o consentimento na interrupção da gravidez, conforme art.142º, nº5 do Código Penal

O Código Penal no seu artigo 38º. Alínea 3 refere “*O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta*”. Dec.Lei nº 59/2007, reconhecendo assim a capacidade ao menor de agir sem intervenção dos seus representantes legais.

Deste modo, um menor de 16 anos desde que reconhecida a sua capacidade de discernimento e maturidade, poderia sem autorização dos seus representantes, prestar validamente o seu consentimento para a intervenção terapêutica. Por outro lado, este consentimento é apenas para o acto terapêutico, deixando de fora a capacidade para administrar o seu património, mesmo que revelasse maturidade para o fazer (Código Civil, arts. 123º,124º,125º)

Considera-se que a pessoa manifesta um consentimento informado se for competente para agir, se receber a informação completa, se compreender essa mesma informação, se decidir livremente e, por fim se consentir a intervenção. Segundo SERRÃO (1998, p.19), raramente a pessoa poderá ser julgada incompetente

relativamente a todas as suas decisões. Julgar competente ou incompetente deve referir-se apenas a um estágio de tomada de decisão.

Nos cuidados de saúde, o julgamento sobre a competência de uma pessoa determina os indivíduos cujas decisões deverão ser respeitadas e os que necessitam de um representante que substitua a sua vontade (representante legal).

2.2.1 Consentimento/Discernimento

Para que o profissional de saúde não viole o disposto no artº 156º do Código Penal, sobre intervenções e tratamentos médicos arbitrários, tem que ter previamente o consentimento esclarecido, de quem reúna simultaneamente: mais de 16 anos e discernimento para avaliar o sentido e alcance desse mesmo consentimento. Isto é, apresentar maturidade suficiente para compreender a sua situação de saúde, as intervenções de que carece, as eventuais alternativas e opções, as repercussões futuras possíveis, ...

Consideramos então, que um jovem maturo, com idade superior a 16 anos pode consentir sobre intervenções que envolvam o seu corpo, conclusão esta que vai de encontro aos conhecimentos que a psicologia nos trás, no que se refere ao desenvolvimento gradual do jovem.

Cabe ao profissional de saúde fundamentar e demonstrar o discernimento atribuído ao adolescente menor com idade superior a 16 anos, na altura em que presta consentimento. Sendo este discernimento e maturidade requisitos fundamentais para que a intervenção não seja arbitrária, não podem ser presumidos, conforme art.342º, nº 2 do Código Civil.

Independentemente da idade, todo o menor em situação de intervenções terapêuticas e não terapêuticas, deve ser chamado a participar no processo de decisão e ver a sua opinião ser considerada, sendo levada em conta a sua capacidade de entendimento. (Convenção dos Direitos da Criança, art. 12º).

2.2.2 Consentimento/Dissentimento ou Recusa

Atendendo ao art.2º da Constituição da República Portuguesa que nos define com um Estado de Direito Democrático, nenhum profissional de saúde tem legitimidade para agir sobre o outro contra a sua vontade.

A autodeterminação e a liberdade do indivíduo conflituam por vezes com valores como a integridade física, a saúde e a vida. Daí a necessidade de esclarecer de forma condigna qualquer intervenção, assim como os resultados prováveis da sua não realização.

Referindo-nos aos menores (art.122º do C.C.), a liberdade de dispor do corpo e da própria vida encontra-se afastada. Independentemente da maturidade e discernimento a recusa de acto médico terapêutico não é possível a menores.

Como referido anteriormente, o menor é um incapaz (art.123º do C.C.)e como tal não goza de maturidade suficiente para exercer todos os seus direitos, necessitando ser representado.

Não há forma de a autodeterminação sobre a sua saúde e vida ser afirmada. Os “direitos pessoais” prevalecem sobre o direito à autodeterminação.

2.3. Liberdade Para Consentir

A expressão da vontade individual, o acto de consentir, está relacionado com o conceito de liberdade de decisão, isto é, *“a pessoa deverá estar livre de qualquer influência exterior nomeadamente de forças manipuladoras e coercitivas”* (SERRÃO, 1998, p.20).

Não está, porém, incluído nestas influências a persuasão (a utilização de argumentos de natureza exclusivamente racional), que é legítima no plano ético e correntemente utilizada na prática clínica (médicos, enfermeiros, fazem mais do que enunciar o diagnóstico, prognóstico e estratégia terapêutica, apresentam a sua opção, sendo esta expectativa explícita na relação clínica).

Para ELIZARI (1996, p.246) pressuposta uma informação adequada, liberdade significa ausência de coacções físicas ou morais, o que não se deve identificar com o isolamento do doente ou com o seu afastamento de todo e qualquer conselho por parte dos outros.

O processo de consentir deve dar oportunidade de reflexão, a pessoa só é autónoma, livre para decidir quando se encontra no uso pleno da sua racionalidade, sem constrangimentos emocionais, passionais ou de outra natureza.

Conforme QUEIRÓS (2001, p.97), eventuais situações que perturbem o processo de consentimento, existência de conflitos de valores com familiares, o efeito tóxico de substâncias químicas, a agudização de perturbações mentais, estados de ansiedade e medo, desinteresse, incapacidade de compreender as informações apresentadas,

confiança extrema nos profissionais da equipa de saúde, recusa em ser informado, vergonha e insegurança, devem ser identificadas e resolvidas ou atenuadas.

“O Consentimento deve ser renovado sempre que as condições iniciais do momento do consentimento se alterarem, e pode ser revogado a qualquer altura, sem que sejam imputadas sanções de qualquer espécie”(QUEIRÓS, 2001, p.99).

2.4. Responsabilidades Parentais

A incapacidade dos menores é suprida pelas responsabilidades parentais que devem assumir *“um cariz altruísta, que se concretiza na relação e na comunicação com os filhos, no respeito pela sua personalidade assim como na atitude de colocar os interesses dos filhos acima dos seus”* (SOTTOMAYOR, 2003, p.23-25).

Se considerarmos as responsabilidades dos pais nesta perspectiva altruísta, podemos considerar que as crianças e adolescentes caminham para o desenvolvimento da sua autonomia, adquirindo um estatuto de cidadania previsto no Código Civil, art. 1878º, nº2 que refere que os pais *“de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nos assuntos familiares importantes e reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida”*.

O consentimento é dado pelos pais ou representantes legais, mas apelando à participação activa na tomada de decisão, sempre que a idade e a maturidade do menor o permita, como recomendado no artigo 12º da Convenção dos Direitos da Criança. A autoridade dos pais não é absoluta e por isso está prevista a consulta ao filho quando o seu desenvolvimento pessoal já o permite não fazendo por isso sentido, imporem-se à vontade do menor se este demonstrar claramente dispor de discernimento suficiente para decidir.

É da responsabilidade parental reconhecer e promover a progressiva autonomia e independência do menor.

No direito à saúde “a capacidade para decidir”, toma outra dimensão se considerarmos que estão em causa os chamados “direitos pessoalíssimos”, indissociáveis da pessoa, pelo que todas as decisões que os envolvam não podem ser delegados. Isto é, o consentimento sobre actos que incidam na própria vida, na integridade física, é um acto pessoal, pelo que os representantes do menor quando intervêm, não prestam um verdadeiro consentimento, mas sim uma autorização que legitima a intervenção do profissional de saúde, a sua função é a de aferir face aos esclarecimentos dados, se não existe uma alternativa menos lesiva do bem estar da criança/jovem.

Sempre que o profissional de saúde considere que estão em risco os interesses da criança pode apelar ao Tribunal de Menores e solicitar que o menor seja confiado à instituição hospitalar pelo tempo estritamente necessário à intervenção terapêutica, inibindo temporariamente o poder paternal.

3. CONFIDENCIALIDADE E QUEBRA DE SIGILO

A garantia da privacidade requer o respeito pela confidencialidade das informações geradas na relação entre o profissional de saúde e o utente. Impera numa relação interpessoal e deve facilitar o estabelecimento do diálogo e da confiança mútua. Deste modo, também os adolescentes têm o direito de ver preservadas as suas informações pessoais, de acordo com a sua capacidade decisória, mesmo em relação aos seus pais ou responsáveis.

Cabe ao adolescente decidir que informação pode ser revelada a outros, e após estabelecido o compromisso com o profissional de saúde, este deve resistir a todas as pressões familiares, amigos, superiores hierárquicos, imprensa, entre outros, e manter a confidencialidade das informações (QUEIRÓS, 2001, p.101).

No entanto, este direito à privacidade e confidencialidade não é considerado um direito absoluto, mas sim uma obrigação maior, contornável quando um dever maior se lhe sobrepõe. Aceita-se a quebra de sigilo profissional, desde que com o consentimento do próprio, por dever legal, ou por existência de uma “justa causa”. O segredo pode ser revelado quando a informação ocultada pode prejudicar terceiros, como por exemplo, em situações de propagação de doenças que as autoridades consideram de declaração obrigatória. Em situações de casos confirmados ou suspeita de abusos ou maus-tratos, e em situações em que a vida ou saúde de pessoas identificáveis pode estar em risco, é justificável a quebra do segredo profissional.

Segundo QUEIRÓS (2001, p.104), em caso de necessidade de quebra de sigilo, o adolescente deve ser o primeiro a ser informado, com o devido esclarecimento dos motivos que o justificam, evitando desta forma a perda da relação de confiança do jovem para com o profissional de saúde ou instituição. No entanto, a revelação de informação só pode acontecer em situações que requerem intervenção imediata.

4. CONCLUSÕES

A ética em enfermagem tem evoluído ao longo do tempo, acompanhando a história da profissão. E se nos primeiros tempos se pedia aos enfermeiros que fossem virtuosos, ressaltando o altruísmo, a lealdade e a obediência aos seus superiores hierárquicos, hoje é a defesa dos direitos dos doentes que fundamentam toda a sua deontologia profissional.

As intervenções de enfermagem, centrando-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente, têm na sua base um imperativo moral: serem realizadas com a preocupação da defesa da liberdade, autonomia e dignidades humanas (artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro)

Assim, o consentimento esclarecido é uma forma de respeito pela pessoa que é cuidada e pela sua autodeterminação e liberdade para tomar decisões sobre a sua saúde.

Conforme o nº3 do art.38º do Código Penal, o limiar mínimo de idade para prestar consentimento não poderá situar-se abaixo dos 16 anos, sendo necessário ao menor ter quem o represente legalmente e que assuma as responsabilidades parentais, não em nome da autodeterminação do menor mas em cumprimento do dever de zelar pela sua saúde e bem-estar. No exercício destas responsabilidades parentais deve ser levado em conta, o aumento de espaços de autonomia e discernimento do menor, consoante a sua idade e maturidade.

É reconhecida capacidade de decisão ao menor com idade superior a 16 anos, desde que comprovada a sua capacidade de discernimento e maturidade para compreender as situações em causa. Por outro lado é-lhe negada a capacidade de recusa de acto terapêutico, não constituindo assim o consentimento e a recusa, duas faces da mesma moeda. Os “direitos pessoalíssimos” prevalecem sobre o direito à autodeterminação.

PARA REFLECTIR

Compete ao enfermeiro desenvolver competências e habilidades de modo a adoptar comportamentos, atitudes e opiniões devidamente reflectidas e justificadas. A dimensão ética em enfermagem precisa de ser ensinada e aprendida, mas para sermos coerentes connosco próprios precisamos reforçar que entre aprender e ensinar, não pode ser “prescrito” em nenhum manual de ética, antes é um saber que verdadeiramente se enquadra num processo de desenvolvimento pessoal de cada enfermeiro ao longo da vida.

5. BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, F. (1998) - *Ética em Pediatria*. In: SERRÃO, Daniel e NUNES, Rui. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora. 53-54. ISBN 9720060336224.

ANTUNES, A. (1998) - *Consentimento Informado*. In: SERRÃO, Daniel e NUNES, Rui. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora. 13-27. ISBN 9720060336224.

ARCHER, Luís – *Consentimento informado*. Associação Portuguesa de Enfermeiros de sala de Operações Portuguesas. *Enfermagem*. 1999 nº 14 2ªsérie (Abril-Junho), p6

CÓDIGO CIVIL actualizado a 2010

CÓDIGO PENAL (Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro e Republicado pela Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro).

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – Edições Almedina, Coimbra, Out.2009. ISBN 978-972-40-3967-1.

DEODATO, Sérgio – *Dilemas éticos no exercício profissional do enfermeiro*. In: *Ordem dos enfermeiros*. Lisboa. ISSN: 1646-2629. Nº 21 (Abril 2006), p. 25-30

ELIZARI, Francisco Javier – *Questões de bioética*. Porto. Editorial Perpétua Socorro, (1996). p. 246. ISBN 972-563-235-4.

FILIPE, Firmino – *O consentimento informado*. Sinais Vitais. Coimbra. P46-47 ISBN-9728485-04-2. 1998.

LOBÃO, Catarina A. R. Faria – *Consentimento informado*. *Informar* nº30 (Janeiro-Agosto 2003) p.20-21

LEI n.º 48/90 de 24 Agosto, D.R. I Série 195 (1990- 08-24) 3452-3459. *Lei de Bases da Saúde*

Dec. Lei nº 104/98, de 21 de Abril, *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*

Dec. Lei nº 161/96, de 4 de Setembro com as alterações do Dec. Lei nº 104/98 de 21 de Abril. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa

QUEIRÓS, Ana Albuquerque – *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 166p. ISBN 972-8717-07-5.

RODRIGUES, Ana – *Consentimento informado na prática dos cuidados de enfermagem* – Nursing. Lisboa, nº 213, Set.2006. p. 46-48. ISSN 0871-6196

SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui – *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. p15-27. ISBN 972-0-060

Novembro de 2010

SOTTOMAYOR, M.C. – *Exercício do poder paternal relativamente à pessoa do filho após o divórcio ou separação judicial de pessoas e bens*. Porto 2003. UCP. p.23,25,26. ISBN 9789728069537

VEIGA, João – *Consentimento informado: do normativo jurídico à reflexão ética* – Nursing. Lisboa, nº215, Nov.2006. p. 34-39. ISSN 0871-6196.

VIEIRA, Margarida – *Ser Enfermeiro. Da compaixão à Proficiência*. 1ª Ed., Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2007, p.127. ISBN 972-54-0146-8

ANEXO XIII

Relatório da Formação sobre
“Promoção da Esperança e
Dignificação dos Processos de
Luto”

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

PROMOÇÃO DA ESPERANÇA AO ADOLESCENTE/FAMÍLIA PORTADOR DE DOENÇA CRÓNICA

DATA: 11 de Janeiro de 2011

HORA: 15:00 H

LOCAL: Unidade de Adolescentes

FORMADOR(A): M^a Clara Oliveira
(*ACMEESIP da UCP*)

ORIENTADOR(A): M^a Amélia Batista
EESIP

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Promoção da Esperança ao adolescente/família portador de doença crónica.

Local: Sala de Reuniões da Unidade de Adolescentes
Hora: 15h00

Data: 11/01/2011

Objectivo geral:

- Reflectir a importância da promoção da Esperança ao adolescente/Família em situação de crise

- Reflectir a importância do apoio à equipa de saúde que acompanha o adolescente/Família em situação de crise

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Apresentação do tema e dos objectivos.	Expositivo		5'	
Conceito Doença Crónica Conceito de Esperança Dimensões Esperança Intervenções do EESIP O Adolescente em Fim de Vida: - conceito de morte - diante da própria morte - falar sobre a morte - cuidados paliativos - apoio à família - apoio aos profissionais	Interactivo/ Expositivo	Computador	35'	Enfa Maria Clara Oliveira
Comentários Partilha	Interactivo		20'	

PROMOÇÃO DA ESPERANÇA AO ADOLESCENTE/FAMÍLIA

PORTADOR DE DOENÇA CRÓNICA



Elaborado por:
ACMEESIP M^a Clara Oliveira

Orientado por:
EESIP M^a Amélia Baptista

UNIDADE DE ADOLESCENTES
Janeiro 2011

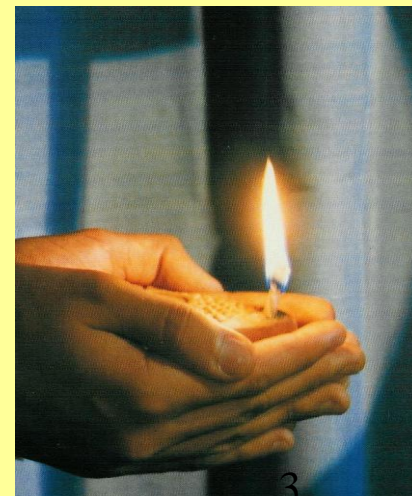


OBJECTIVOS

- ◆ **Reflectir a importância da promoção da Esperança no adolescente/Família em situação de crise**
- ◆ **Reflectir a importância do apoio à equipa de saúde que acompanha o adolescente/Família em situação de crise**

SUMÁRIO

- ◆ **Conceito Doença Crónica**
- ◆ **Conceito de Esperança**
- ◆ **Dimensões da Esperança**
- ◆ **Intervenções do EESIP**
- ◆ **O Adolescente em Fim de Vida**
 - conceito de morte
 - diante da própria morte
 - falar sobre a morte
 - cuidados paliativos
 - apoio à família
 - apoio aos profissionais





Modelo de Desenvolvimento Profissional

EESIP:

(E2). Cuida da criança / jovem e família nas situações de especial complexidade.

E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança



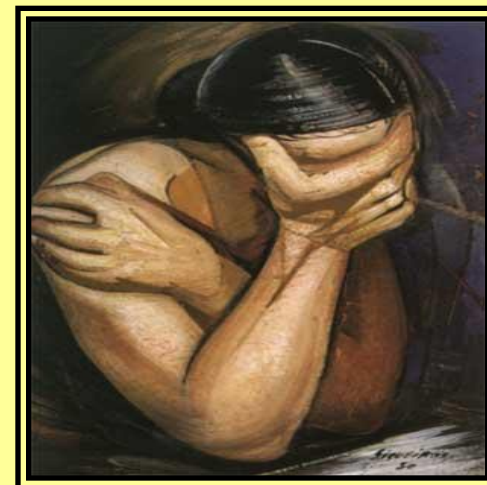
DOENÇA CRÓNICA

Qualquer doença de evolução prolongada, podendo ser progressiva e fatal, ou não progressiva e associada a uma sobrevida relativamente normal.

WONG (1989)

Incapacidade permanente ou residual, uma alteração patológica não reversível ou uma situação que exija um longo período de supervisão, observação, prestação de cuidados e/ou reabilitação.

FONSECA (1998)





DOENÇA CRÓNICA

GERA NO ADOLESCENTE:

Conflito entre os elevados níveis de energia e sentimentos de onnipotência

Interrompe planos de futuro

Perda de auto-confiança

Negativa construção da identidade





ESPERANÇA

“... A vida pode ser encarada como uma série de perdas e ganhos que são experiências emocionais únicas e individuais para cada ser humano”.



LOUREIRO (2001)



ESPERANÇA

Um dos principais constructos da Psicologia positiva..., estado motivacional positivo

Orientada para o futuro → estabelecimento de metas

Capacidade para definir objectivos, encontrar forma de os alcançar e motivar-se para tal



ESPERANÇA

“A experiência de esperança é de alguma forma capacitante. Ajuda-nos a dizer “eu posso”... talvez não hoje, talvez não perfeitamente, talvez não sem medo mas, “eu posso, pelo menos tentarei”.

JEVNE (1994)



ESPERANÇA

A esperança tem ganho significativo reconhecimento pelo seu potencial numa variedade de domínios:

- ◆ **Nos mecanismos de coping**
- ◆ **No conforto proporcionado**
- ◆ **Numa intervenção que relacione a esperança, o cuidar e o ajudar, independente da existência de cura ou tratamento**



ESPERANÇA

Manutenção da esperança



forte mecanismo de apoio que se vai adaptando à evolução da doença mas que permite continuar a caminhar

Bolander (1998) e Whaley e Wong (1989)



ESPERANÇA

Manutenção da esperança



Ajuda a aceitar o “limite e o fim da vida, sem sucumbir e sem lhe retirar o valor...”

D. Carlos de Azevedo (2009)



ESPERANÇA

Área de atenção relevante
para a enfermagem

Intervenção em Esperança

A esperança é valorizada como necessária, numa situação vivencial de *stress/coping* e adaptação em contexto de incerteza ...incerteza inerente ao futuro.

Magão (2000)

Salienta-se a mutualidade/filiação e as relações interpessoais (carinho, partilha, sentimento de pertença e sentido do possível)

Miller (2007)

Criar com a pessoa cuidada uma aliança terapêutica onde os objectivos a perseguir são partilhados

Phaneuf (2005)



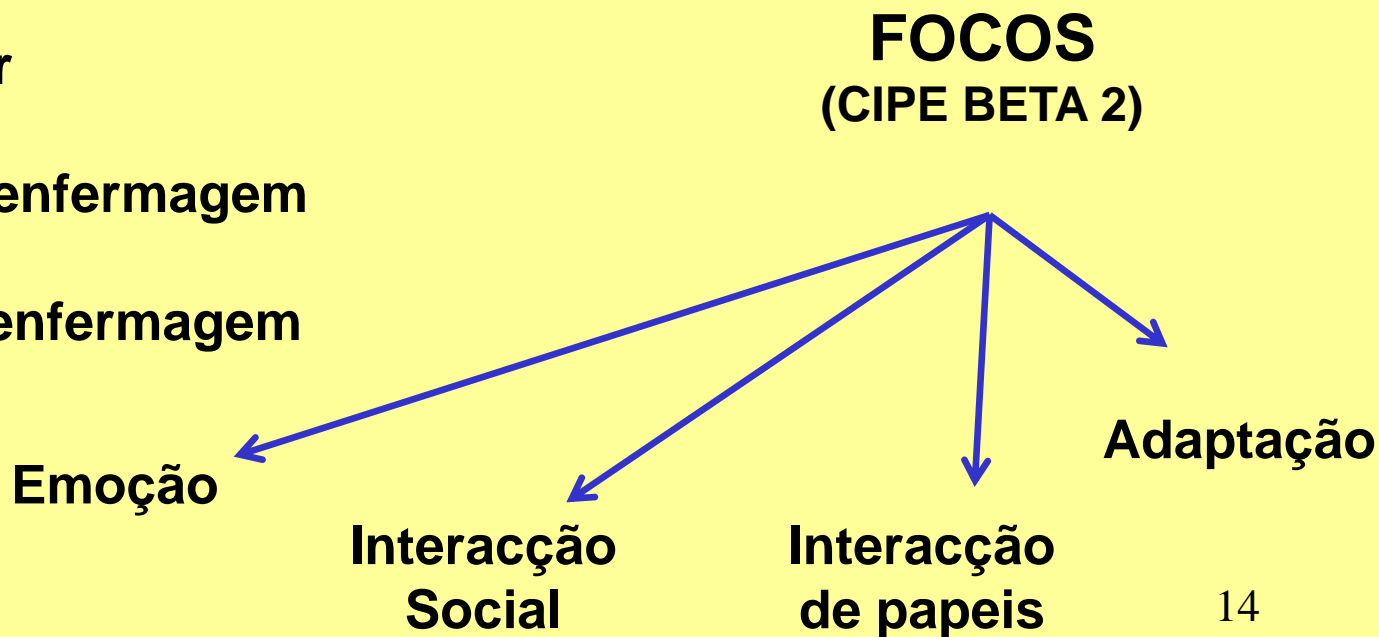
ESPERANÇA

Área de atenção relevante para a enfermagem

Intervenção em Esperança

Prestação de cuidados

- ◆ Avaliação familiar
- ◆ Diagnósticos de enfermagem
- ◆ Intervenções de enfermagem





ESPERANÇA

AS 6 DIMENSÕES EM ESPERANÇA

DuFaulte Martoochio's(1985) citados por Cutcliffe Herth (2002)

AFFECTIVA

Centra-se nas emoções que fazem parte do processo de espera:

Cartas de esperança (Reforço/Terapêutica)
Diploma de alta

COGNITIVA

Centra-se na esperança e o desejar, imaginar, admirar, perceber, pensar, lembrar, generalizar, interpretar e julgar:

Kit de esperança
Diário de percurso

COMPORTA- MENTAL

Centra-se na orientação da acção:

Identificação de metas / objectivos
Objectivos alcançáveis “acendem a esperança”



ESPERANÇA

AS 6 DIMENSÕES EM ESPERANÇA

DuFaulte Martoochio's(1985) citados por Cutcliffe Herth (2002)

AFILIATIVA

Incide sobre a pessoa e o seu envolvimento perante a esperança:
Procurar o elemento de esperança numa situação difícil, compreender as crenças
Obter a esperança “emprestada”

TEMPORAL

Centra-se na experiência de esperança e expectativa da pessoa:
Árvore dos talentos
Partilha de histórias de esperança/testemunhos

CONTEXTUAL

Centra-se nas experiências de vida e respectiva interpretação:
Guia de apoio aos pais
Utilizar como recurso as fontes de esperança



Intervenção do EESIP

AO CUIDAR DO ADOLESCENTE/FAMÍLIA DEVERÁ:

- ◆ Demonstrar conhecimentos técnicos
- ◆ Estabelecer clima de proximidade, confiança
- ◆ Mostrar disponibilidade
- ◆ Aceitar a opinião do adolescente
- ◆ Envolver o adolescente na tomada de decisão do tratamento
- ◆ Manter a privacidade/confidencialidade
- ◆ Fomentar as integrações ao internamento, respeitando os espaços
- ◆ Promoção do conforto e alívio da dor





Intervenção do EESIP

AO CUIDAR DO ADOLESCENTE/FAMÍLIA DEVERÁ:

- ◆ **Saber escutar**
- ◆ **Aumentar a auto-estima e auto-controlo**
- ◆ **Ajudar o adolescente a perspectivar o futuro**
- ◆ **Promover a resiliência por parte do adolescente**
- ◆ **Ajudar a família a ser unida**
- ◆ **Facilitar a comunicação**
- ◆ **Alívio de sentimentos de inadequação nos pais e de inferioridade no adolescente**





Intervenção do EESIP

AO CUIDAR DO ADOLESCENTE/FAMÍLIA DEVERÁ:

- ◆ **Perspectivar com a família as suas competências para lidar com a doença**
- ◆ **Intervenção espiritual – encaminhar para os recursos da comunidade, tendo em conta as suas crenças**
- ◆ **Realizar visitas domiciliárias, se oportuno**





Intervenção do EESIP

AO CUIDAR DO ADOLESCENTE/FAMÍLIA DEVERÁ:

- ◆ dar do seu tempo
- ◆ dar da sua competência
- ◆ dar do seu saber
- ◆ dar do seu interesse
- ◆ dar da sua capacidade de escuta e compreensão



DAR UMA PARTE DE SI PRÓPRIO



Intervenção do EESIP

Requisitos/competências a desenvolver:

- ◆ **clarificação**
- ◆ **respeito**
- ◆ **congruência**
- ◆ **empatia**
- ◆ **confrontação**
- ◆ **comunicação**





Intervenção do EESIP

- ◆ é acreditar que a pessoa é única
- ◆ é acreditar que a pessoa tem competências para decidir o que é melhor para si
- ◆ é ser verdadeiro consigo próprio e com os outros
- ◆ é aceitar a sua realidade presente e mostrar-lhe consideração





O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA

aquisição do conceito de morte

“A morte é muitas vezes vista como fazendo parte de um futuro distante.

Não é uma preocupação pessoal imediata neste período da vida”.



BOLANDER (1998)

“...Enorme dificuldade em lidar com a morte...”

Existindo a “... mínima probabilidade de aceitar a cessação da vida, especialmente da própria”.

WONG²³(1989)



O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA

diante da própria de morte

FASES DO LUTO:

Negação: recusa em aceitar, *“não pode ser comigo”*;



Raiva: manifestações clínicas tornam-se evidentes, *“porquê comigo?”*;



Barganha: procura de uma forma de adiar a morte, segue rigorosamente o tratamento ou faz promessas

ALMEIDA e SABATES (2008)



O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA

diante da própria de morte

FASES DO LUTO:

Depressão: desistente, desanimado, desinteressado pelo meio envolvente. Passa a preferir o silêncio;

Aceitação: mais tranquilo, parecendo ter desistido de lutar. A morte é inevitável e um alívio para o seu sofrimento, consolando por vezes, os pais e familiares.



ALMEIDA e SABATES (2008)



O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA diante da própria de morte



MEDO DE SER ESQUECIDO DEPOIS DA MORTE



- ◆ Encorajá-lo a escrever uma lista de actividades a serem desenvolvidas a curto prazo;
- ◆ Planear seu próprio funeral;
- ◆ Gravar uma fita de áudio ou vídeo para deixar para seus parentes e amigos.

REMEDI *et al* (2008)



O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA diante da própria de morte



DOR TOTAL OU SIMBÓLICA DA MORTE

(SAUNDERS, (1991)

- ◆ Dor psíquica (medo do sofrimento, humor depressivo representado por tristezas, angustias e culpas frente às perdas);
- ◆ Dor espiritual (medo da morte e do pós-morte, ideias e concepções em relação à espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante DEUS.

ELIAS (2002)

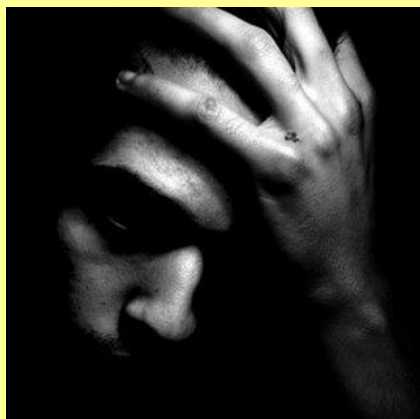


O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA

estratégias para falar sobre a morte

DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS

(RESOLUÇÃO CONANDA Nº 41 DE 17 DE OUTUBRO DE 1995) Nº 8:



Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando a sua fase cognitiva, além de receber apoio psicológico, quando se fizer necessário.



O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA

estratégias para falar sobre a morte

- ◆ **Conversa franca com uma abordagem mais adulta;**
- ◆ **Identificar o que realmente sabe;**
- ◆ **Estar disponível para responder às questões, ainda que repetitivas;**
- ◆ **Dar espaço à esperança, uma vez que nunca é certo o desfecho de qualquer doença;**
- ◆ **Não dar falsas esperanças e “imagens sorridentes”.**

OPPERMAN e CASSANDRA, (2001)

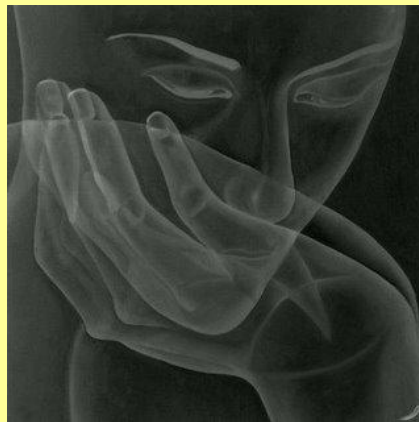




O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA tomada de decisão

**PODERÁ O ADOLESCENTE RECUSAR UMA TERAPÊUTICA
POTENCIALMENTE BENÉFICA CONTRA A VONTADE DOS SEUS
PAIS?**

Autonomia para tomar decisões sobre os seus tratamentos.



Respeitar a decisão do adolescente, informando os pais de que a equipa de saúde não pode moralmente aceitar evitar a decisão de um doente que é legalmente autónomo.



O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA cuidados paliativos



A OMS definiu como cuidados paliativos aqueles que valorizam a vida dos pacientes e familiares ajudando-os a viver a doença na sua fase final, mediante a prevenção e alívio do sofrimento e da dor, identificados precocemente e promover o conforto.

Estabelece, ainda, assistência ampla, com foco no tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.



O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA

cuidados paliativos

ORDEM DOS ENFERMEIROS - SEMINÁRIO DE ÉTICA EM FIM DE VIDA 2005:

“Valorizamos a qualidade de vida no processo de morrer, a importância da rede social e familiar de apoio à pessoa que vai morrer e consideramos imperativo ético uma rede de cuidados continuados e paliativos, assim como o acompanhamento psicológico e espiritual.”





O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA cuidados paliativos

DESAFIO...

- ◆ Abandonar visão paternalista
- ◆ Inserir o adolescente e família no processo
- ◆ Propor intervenções



Melhoria da qualidade de vida

ADOLESCENTE
FAMÍLIA





O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA apoio à família

“Não existe maior ameaça que cause maior crise, disfunção e stress para a família que a ameaça da doença ou morte de um filho”.



LATTANZI-LIGHT (1994, p.293)





O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA apoio à família

O enfermeiro:

- ◆ **Tem de ajudar os pais a aceitar a vida!**
- ◆ **Tem de ajudar os pais a aceitar a morte!**
- ◆ **Tem de ajudar os pais a aceitar a morte do filho!**



SERRÃO, (1998)



O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA apoio à família

- ◆ Aceitar as reacções de luto da família,
- ◆ Proporcionar privacidade e demonstrar disponibilidade;
- ◆ Encorajar a expressão de sentimentos;
- ◆ Proporcionar apoio emocional (visitas da assistência social ou dos serviços religiosos)
- ◆ Ajudar a reconhecer as estratégias de *coping* bem sucedidas e incentivá-las a utilizá-los;
- ◆ Estimular uma comunicação clara entre os membros da família;
- ◆ Ter em atenção a reacção dos irmãos
- ◆ Encaminhar a família para grupos de apoio





O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA

instituições de apoio aos pais em luto



ASSOCIAÇÃO PELA DIGNIDADE
NA VIDA E NA MORTE



**CUIDAR DA FAMÍLIA FAZ PARTE
INTEGRANTE DOS CUIDADOS A PRESTAR
AO ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA**



O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA

apoio aos profissionais

Os enfermeiros estão pouco preparados para fornecer cuidados de qualidade perante situações de fim de vida.



Sentimentos de impotência, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia.



O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA

apoio aos profissionais

- ◆ Acompanhar os adolescentes doentes até à morte, mas sem “morrer com eles”
- ◆ Evitar atitudes de fuga e distanciamento
- ◆ Também os profissionais deverão ser acompanhados, de forma que consigam lidar com a situação e forneçam o apoio necessário.





O ADOLESCENTE EM FIM DE VIDA apoio aos profissionais

Espaços de reflexão e partilha de vivências

VIANA, (1998)



Só ajudando-nos a nós próprios podemos ajudar o outro

COSTA e LIMA, (2005)



MODELO DE CUIDADOS PEDIÁTRICOS EM FIM DE VIDA Uma perspectiva futura ...



CUIDADOS CENTRADOS NA CRIANÇA, ORIENTADOS PARA A FAMÍLIA E BASEADOS NA INTERACÇÃO

- ◆ Os cuidados prestados à criança enquanto ser individual
- ◆ À família enquanto unidade funcional
- ◆ Cuidados consistentes com as crenças, valores da criança e seus cuidadores



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAP. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. **Palliative care for children.** Pediatrics. (2000). 106. p. 351-357

ALMEIDA, F.A.; SABATÉS, A. - **Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. 1ª edição .** Brasil: 2008, Editora Manole, Lda. pág. 89-98. ISBN 978-85-204-2201-4.

CUTCLIFFE, J.; HERTH, K. – **The Concept of Hope in nursing 1: its origins, background and nature.** British Journal of Nursing. (2002). Vol 11, nº 12. p. 832-840

ELIAS, A.C.A & Giglio J.S.- **Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal.** (2002) Revista Mudanças – Psicologia da Saúde / UMESS, 10, nº 17, p.77 – 100.

JEVNE, R.F. – **The Voice of Hope.** San Diego. (1994). Lura Media

LOUREIRO, C.Y. **Cuidados de Enfermagem a doentes em fase terminal.** (2001). Sinais Vitais, (36), p.45-50.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MARTINEZ, L. et al – **A Esperança é a última a morrer?** Comportamento organizacional e gestão. Vol. 13, nº1.(2007). p. 37-54

MILLER, J. **Inspiring hope.** In: Miller J, ed. Coping with Chronic Illness — Overcoming Powerlessness. FA Davies, Philadelphia: (1983) p.287–99

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Pessoal.** Dezembro 2009

OPPERMAN, C.; CASSANDRA, K. – **Enfermagem Pediátrica Contemporânea.** 1ª Edição. Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas, L.da, 1998. p. 173-194. ISBN: 972-8383-19-3.

SACADURA, C.; ARAGÃO, M.J. – **Cuidados Terminais em Crianças, Adolescentes e Adultos.** Revista Nascer e Crescer. Viseu. ISSN 0872-0754. Vol.8, Nº 2 (Abril/Junho 1999) p.98-101.

SAUNDERS, C. (1991). **Hospice and palliative care: An interdisciplinary approach.** London: Edward Arnold.

SERRÃO, D.; NUNES, R. – **Ética em Cuidados de Saúde.** Porto Editora: 1998, Porto. Pág. 56. ISBN 972-0-06033-6.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SNYDER, C. R. (Ed.). **Handbook of hope: Theory, measures, and applications.** (2000). San Diego: Academic Press.

VIANA, M. – **Contributos para a qualidade de vida das crianças e jovens no tempo de morrer na perspectiva da doença crónica.** Revista Informar. Ano IV, Nº 15 (Outubro/Dezembro, 1998). p. 6-10.

WHALEY, L.; WONG, D. – **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva.** 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, AS, 1989. p. 350-471.

WHO. **Cancer pain relief and palliative care in children.** (1998). Geneve

WONG, D. L.– **Whaley & Wong. Enfermagem pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efectiva.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan S.A., 1999. 1118p. ISBN 85-277-0506-0.



REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

COSTA, J.; LIMA, A. – **Luto da Equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre cuidados à criança/adolescente no processo de morte e morrer.** Consultado em 12 de Dezembro de 2010, disponível em: WWW:<URL
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200004....>

Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Consultado em 12 de Dezembro de 2010. Disponível em: WWW:<URL
http://www.oncologiapediatrica.org/index.php?/site/ver_artigo/171

ELIAS, A.C.A. **Resignificação da dor simbólica da morte:** relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicol. cienc. prof.* [online]. mar. 2003, vol.23, no.1 [citado 12 Dezembro 2010], p.92-97. Disponível em:
<http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932003000100013&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Conclusões do VI Seminário de Ética “Final de Vida”.** Consultado em 12 de Dezembro de 2010, disponível em: WWW:<URL
<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=44&view=highlights:Print&id=156&print=45>



REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

REMEDI, Patrícia et al – **Cuidados Paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão de literatura**. Consultado em 12 de Dezembro de 2010, disponível em: WWW:<URL <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/16.pdf>.

2º Seminário Nacional de Espiritualidade no Hospital – **Que lugar para a Esperança na saúde?**. Consultado a 30/11/2010, disponível em: <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=71449>

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: ADOLESCENTES

Tema: PROMOÇÃO DA ESPERANÇA AO ADOLESCENTE/FAMÍLIA PORTADOR DE DOENÇA CRÓNICA

Ação tipo: Atualização Aprendizagem Duração:60' Data: 11/01/2011

Formador(es): Maria Clara Oliveira

Participantes: seis(6) enfermeiros do serviço + um(1) enfermeiro aluno da especialidade de saúde infantil + dois(2) alunos da licenciatura. Total nove(9) participantes.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda total-mente	Discorda	Concorda	Concorda total-Mente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			22%	78%
2. Os objectivos da formação foram atingidos.			33%	67%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				100%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				100%
5. A teoria foi relacionada com a prática.			33%	67%
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.			11%	89%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			11%	89%
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				100%
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				100%
10. A duração da formação foi adequada.			22%	78%
11. O horário da formação foi adequado.				100%

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

METODOLOGIA	Formador Clara Oliveira		
	Suficiente	Bom	Muito Bom
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			100%
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			100%
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			100%
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.		11%	89%
16. Interacção com o grupo.			100%
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			100%
18. Gestão do tempo.		22%	78%
19. Pontualidade.			100%

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Comentários:

A relevância do tema para a prática de cuidados reveste-se de grande importância.

O desconforto e insegurança sentida ao abordarmos temas onde nos sentimos vulneráveis, revela a necessidade de mais momentos formativos.

Sugestões:

Necessárias mais formações sobre esta temática.

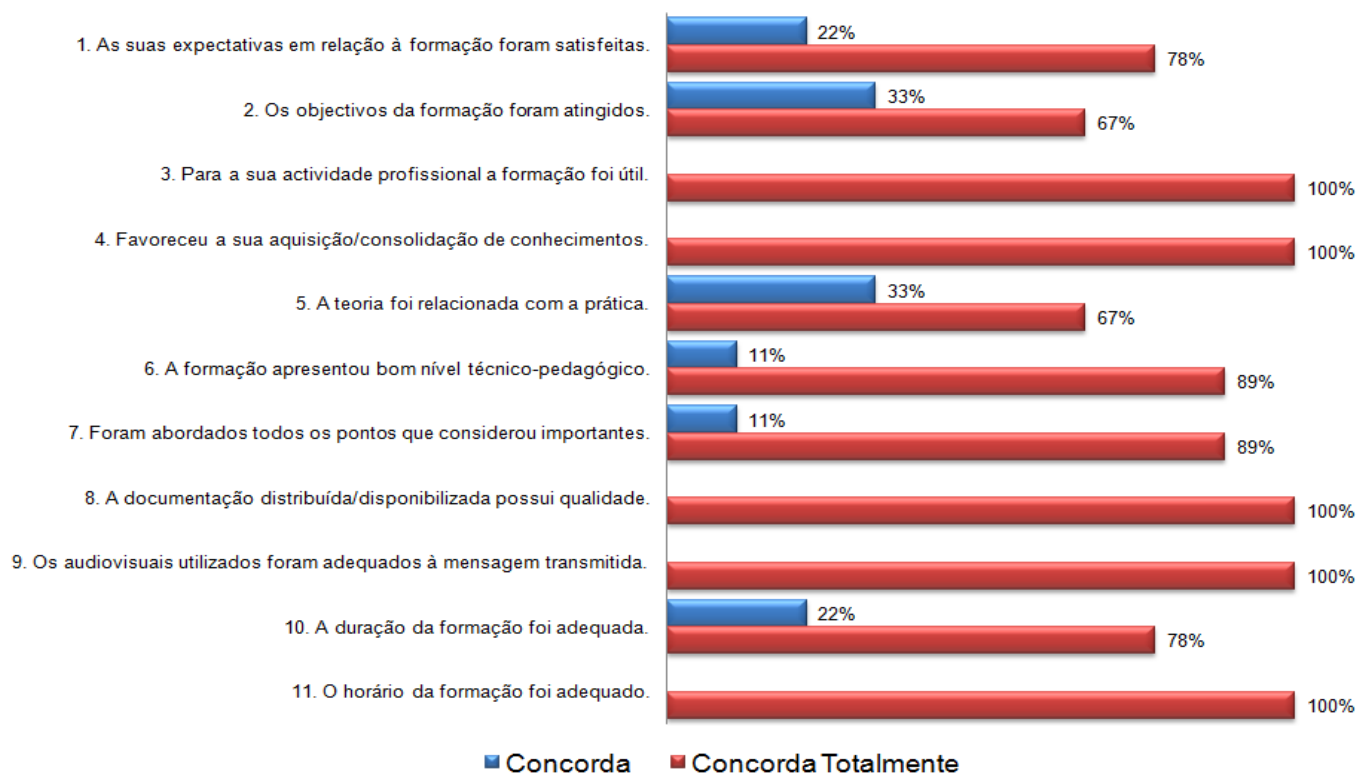
Apoio aos profissionais.

Promover encontros/ocasiões de partilha onde se fale das nossas fragilidades como pessoas.

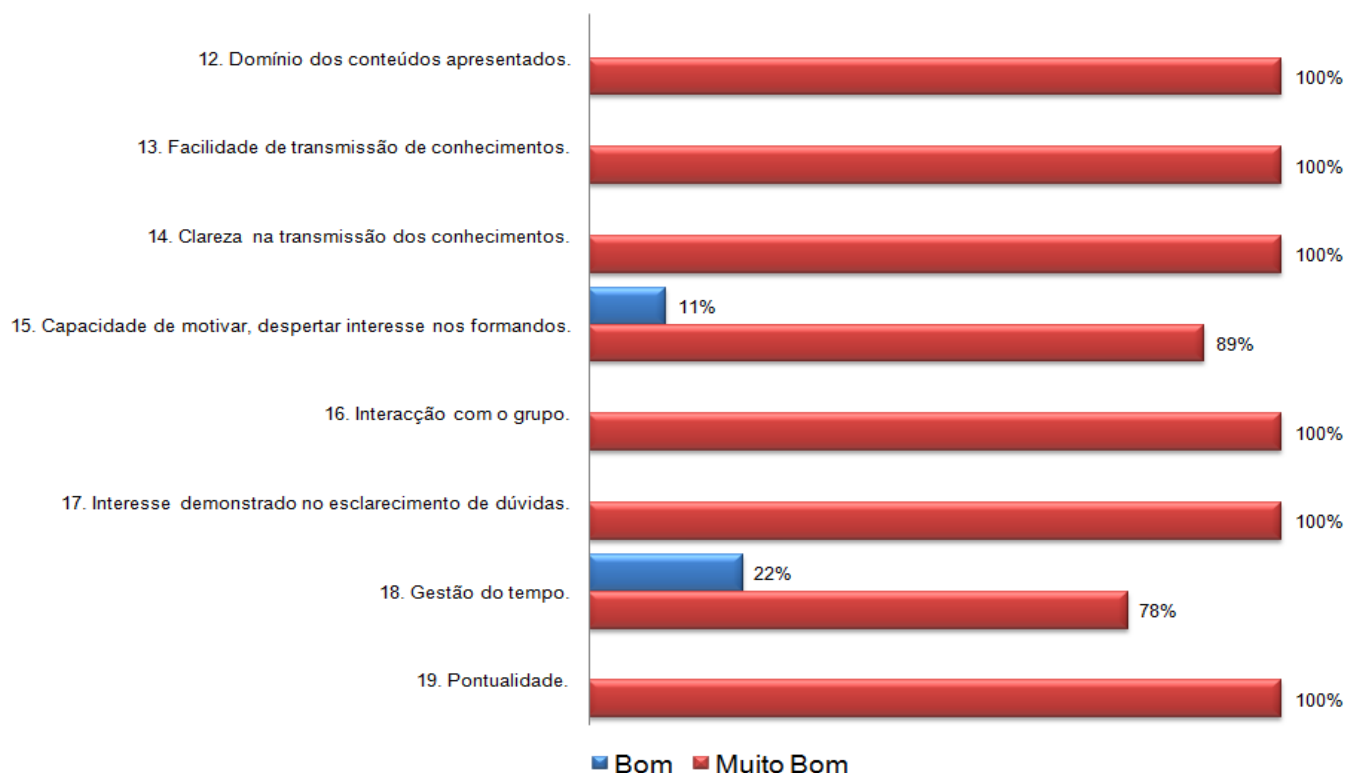
Obrigado pela sua colaboração.

Avaliação da formação em serviço - Unidade de Adolescentes
Tema: Promoção da esperança ao adolescente/família

Apreciação Global



Metodologia



ANEXO XIV

Suporte Teórico sobre
“Promoção da Esperança e
Dignificação dos Processos de
Luto”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

O ADOLESCENTE/FAMÍLIA PORTADOR DE DOENÇA CRÓNICA

A Promoção da Esperança e a Dignificação dos Processos de Luto

Aluno: Maria Clara Oliveira
Orientadora Pedagógica: Prof.ª Lília Vara
Enfermeira Orientadora: EESIP, Maria Amélia Batista

Lisboa, Janeiro de 2011

"... A vida pode ser encarada como uma série de perdas e ganhos que são experiências emocionais únicas e individuais para cada ser humano".

Loureiro (2001)

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro 1 - Tipos de Crises Familiares	8
Quadro 2 - Fases da Doença	10
Quadro 3 - Guidelines de Comunicação de Más Notícias	12
Quadro 4 - O Que Dizer/Não Dizer	13
Quadro 5 - Classificação dos tipos de perda	15
Quadro 6 - Factores que influenciam a reacção da Adolescente/Família à Doença	19
Quadro 7 - Reacções do Adolescente/Família à Doença	20
Quadro 8 - Fases das Reacções da Família à Doença do Adolescente	21
Quadro 9 - Etapas de Reacção dos Pais à Perda	23
Quadro 10 - Necessidades da Família perante o Adolescente Doente	24
Quadro 11 - As 6 Dimensões da Esperança	26
Quadro 12 - Mecanismos de Coping da criança/família	29
Quadro 13 - Intervenções de Enfermagem	30
Quadro 14 - Características da Reacção de Luto Normal	33
Quadro 15 - Estádios de Adaptação ao Luto Esperado	34
Quadro 16 - Instituições de Apoio aos Pais em Luto	37
Quadro 17 - Particularidades Culturais e Religiosas perante a Morte	40
Quadro 18 - Intervenção do Enfermeiro em Situações de Crise	43
Quadro 19 - Mecanismos de Defesa dos Enfermeiros	47
Quadro 20 - Factores que potenciam as dificuldades do enfermeiro ao lidar com as suas emoções	48
Quadro 21 - Serviços de Apoio aos Profissionais do Hospital de D. Estefânia	50

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	5
1. O ADOLESCENTE/FAMÍLIA HOSPITALIZADO	7
2. COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS	11
3. CONFRONTO COM A PERDA/DOENÇA.....	14
4. A PERDA E O LUTO AO LONGO DO CICLO VITAL.....	16
5. REACÇÕES À DOENÇA.....	19
6. NECESSIDADES DA FAMÍLIA PERANTE O ADOLESCENTE DOENTE.....	24
7. A ESPERANÇA, A RESILIÊNCIA E OS MECANISMOS DE COPING	25
8. INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ESPERANÇA	30
9. CONFRONTO COM A MORTE/LUTO	32
10. A CULTURA E A RELIGIÃO NA VIVÊNCIA DA MORTE	38
11. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO EM SITUAÇÕES DE CRISE.....	42
12. O ENFERMEIRO E O CONFRONTO COM A MORTE	44
13. CONCLUSÃO.....	51
14. BIBLIOGRAFIA	53

0. INTRODUÇÃO

Actualmente, a adolescência é considerada como um processo caracterizado por muitas mudanças pessoais que são frequentemente intensas, como sejam as físicas, sociais, psicológicas e cognitivas.

Numa etapa de vida tão atribulada, caracterizada por uma multiplicidade de aventuras individuais, como reage o adolescente/família a uma situação de hospitalização, doença incapacitante ou de mau prognóstico, e morte? Qual a percepção que ambos têm destes fenómenos? Quais os sentimentos que daí advém? E qual a conduta mais adequada, por parte dos enfermeiros para minimizar os seus efeitos adversos? Estas e muitas outras questões se levantam quando, se reflecte sobre as incertezas típicas da adolescência, as quais tomam novas dimensões numa situação de crise e doença.

Porque a adolescência é considerada uma das fases mais saudáveis na vida do ser humano, a necessidade de hospitalização é frequentemente encarada, pelo adolescente/família, com perplexidade e medo questionando-se sobre o seu futuro sentimental, sexual, familiar, profissional e como esse futuro seria se ele não estivesse doente, o que pode diminuir a sua auto-estima e conduzir a sentimentos de fracasso e impotência (barros, 2003).

Neste contexto a esperança surge, enquanto estratégia de coping, na vida do adolescente/família e também dos profissionais de saúde, pois a sua presença potencia, motiva e capacita o ser humano a lidar com as situações que se depara.

Pires (2006) acrescenta que a esperança é inerente à humanidade, especialmente em situações críticas da vida, sendo necessária a mobilização de forças para restabelecer a saúde. No planeamento dos cuidados de enfermagem, a esperança assume um papel fundamental ao contribuir para a manutenção da qualidade de vida e para o delinear de objectivos (Davison e Simpson, 2006).

Assim, este documento tem como finalidade potenciar, na prática de enfermagem, o constructo esperança que pode influenciar positiva ou negativamente a qualidade de vida do adolescente/família.

Os seus objectivos propõem:

- Reflectir a importância da promoção da Esperança no adolescente/família em situação de crise.
- Reflectir a importância do apoio à equipa de saúde que acompanha o adolescente/família em situação de crise.

Para Watson (2002, p.30) é importante "um compromisso forte com o cuidar da pessoa na sua totalidade e um interesse pela sua saúde de indivíduos e de grupos" O enfermeiro, ao cuidar da pessoa humana não deve esquecer que deve existir "uma abertura que possibilita o seu «aparecer», o qual me mostra e me assinala que o outro, é um «eu» tal como eu, livre e autónomo" (Barroqueiro 1996, p.37). Assim, ao cuidar do adolescente/família é necessário ir de encontro ao seu «eu» e às suas necessidades, identificando os seus sentimentos e criar oportunidades para a expressão dos mesmos.

1. O ADOLESCENTE/FAMÍLIA HOSPITALIZADO

A doença crónica, a hospitalização representam um factor de stress e crise importante para o jovem e para a família. O adolescente e o sistema familiar sofrem uma ruptura do seu equilíbrio e da sua dinâmica funcional, que pode ter repercussões a nível bio-psico-social, cultural e espiritual. Ideia reforçada por Vara (1996, p.14), quando refere que "o diagnóstico de uma doença grave e, possivelmente, fatal na criança representa um dos acontecimentos mais dramáticos que uma família pode sofrer, envolvendo-a numa crise emocional que afecta profundamente os seus elementos".

Assim, as suas consequências vão depender da forma como o adolescente e a família, com a ajuda dos profissionais de saúde, vão ser capazes de compreender, interpretar, avaliar e confrontar a situação de doença e as experiências de sofrimento e limitação física que dela decorrem (Barros, 2003).

O enfermeiro tem um papel preponderante no modo como o adolescente e família vivem tais situações e para isso é fundamental que compreendam a percepção que cada adolescente tem relativamente à sua doença, mas também, compreender de que forma a doença interfere na resolução das tarefas essenciais ao seu desenvolvimento.

Perante uma situação de crise como é a doença, adolescente e família vêm-se confrontados com o surgimento de múltiplas necessidades, que requerem um constante processo de ajustamento à sua nova condição de vida, agravado pelo internamento do jovem, e conseqüente alteração do seu estilo de vida e afastamento dos que lhe são próximos e importantes para o seu desenvolvimento. Como nos é dito por Marçal (2006, p.35), "a doença e a hospitalização constituem-se como factores geradores de enorme stress e sofrimento(...)".

Esta é realmente uma experiência potencialmente traumatizante provocando muitas vezes, sentimentos de medo, mágoa, ressentimento, revolta e insegurança, que podem ser impeditivos de um raciocínio objectivo e coerente gerador de comportamentos ambivalentes como a agressividade e a apatia, uma vez que, é uma

situação que pode implicar a desorganização da família e conseqüentemente colocá-la em crise.

Gameiro (1988) e Jorge (2004), falam-nos em crises familiares (Quadro 1).

Quadro 1 - Projecto Denver: Tipos de Crise Familiar

TIPOS DE CRISE FAMILIAR	CARACTERIZAÇÃO
CRISE POR GOLPE INESPERADO	Surge de forças alheias ao indivíduo e ao sistema familiar. Há normalmente uma boa adaptação da família a esta fase de crise, por esta advir de factores externos que lhe diminuem o sentimento de culpa.
CRISE DE DESENVOLVIMENTO	Em que a etapa evolutiva relativamente normal e previsível exige mudanças incómodas para a família.
CRISE ESTRUTURAL	A estrutura familiar provoca as crises e produz exacerbações decorrentes dos conflitos.
CRISE DE CUIDADOR	As famílias passam a depender de agentes assistenciais externos.

Fonte: JORGE, Ana Maria - Família e Hospitalização da Criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem. Loures: Lusociência. (2004). p. 43-46.

O internamento do adolescente é uma situação que vai exigir à família adaptações imediatas de forma a manter o equilíbrio familiar. O internamento da criança/adolescente implica para os seus pais a dependência de terceiros, podendo provocar nestes sentimentos de impotência e de incapacidade para resolver o problema, pondo em causa o seu papel de cuidadores. Assim podemos considerar que a família pode passar por todos os tipos de crise referidos no quadro 1, em situações de doença/internamento.

A situação de doença aguda de aparecimento súbito e imprevisto não permite, muitas vezes, uma adaptação rápida e eficaz à nova condição de vida, causando uma série de sentimentos e comportamentos que dependem em muito não só da própria pessoa, como também do diagnóstico e do prognóstico, variando conforme a fase da doença, (Quadro 2), sendo frequente o adolescente/família demonstrarem ansiedade, medo e sofrimento físico e psicológico.

Por outro lado, quando os internamentos são recorrentes por situações de agudização da doença crónica, é exigido ao adolescente/família um constante reajustamento da sua condição de vida, sendo de extrema importância o acolhimento no serviço e o seu acompanhamento, tendo sempre como guias orientadoras as necessidades do adolescente/família.

Não podemos esquecer que em todos estes internamentos, quer seja uma primeira vez, quer sejam recorrentes, o receio da morte do jovem está patente, embora nem sempre de forma consciente, os pais lutam constantemente contra o medo de perder o seu filho.

Quadro 2 - Fases da Doença

FASES		CARACTERÍSTICAS
CRISE		Ocorre antes de se saber o diagnóstico e durante o período após conhecer o diagnóstico e o tratamento inicial. É constituída por várias etapas:
	Impacto	Choque Desespero
	Desorganização Funcional	Dificuldade dos pais e restantes familiares se adaptarem.
	Procura de uma explicação	Os pais tentam encontrar uma resposta para o que está a acontecer: através da recolha de informação científica ou estabelecendo relações entre a doença e antecedentes de vida da criança e a influência genética; Surgem sentimentos de culpabilização por parte dos pais e recusa em aceitar a situação de doença assim como o seu tratamento.
	Pressão do Meio Social	Os pais procuram opiniões de outros médicos e outros especialistas (incluindo medicinas alternativas), no País e no estrangeiro.
	Perturbação Emocional	Surge a possibilidade de perda e tentativas de readaptação à situação que está a ocorrer.
CRÓNICA		Decorre entre os períodos de diagnóstico e o início do tratamento e a cura ou a morte. Os pais e familiares já se adaptaram à situação. Em situações em que o prognóstico é reservado, o luto antecipado surge.
TERMINAL		A probabilidade de morte existe e domina por isso, a vida da família. Surgem sentimentos relacionados com separação, dor, resolução da morte.

Fonte: JORGE, Ana Maria (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência, p. 22-24.

2. COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

Ao longo do seu percurso de vida, cada pessoa é sujeita ou exposta a situações causadoras de crise, que a podem afectar a vários níveis: emocional, comportamental/relacional e cognitivo.

Como má notícia, podemos considerar toda a informação que é dada a cada indivíduo, passível de lhe causar insegurança em relação ao presente e ao futuro, como o são as situações de diagnósticos de doenças de mau prognóstico ou de situações de fim de vida e morte.

É importante termos presente que a comunicação de uma má notícia tem impacto quer sobre quem a recebe, quer sobre quem a transmite, sendo de valorizar a abordagem sobre os sentimentos e atitudes vivenciados pela díade adolescente/família, por parte da equipa de enfermagem.

É importante desenvolver na equipa de enfermagem uma postura de empatia, disponibilidade e de escuta activa, de forma a contribuir para a promoção da unidade familiar, apoiando a criança/família na adaptação à sua nova condição de vida.

Só com directrizes válidas, éticas, indo de encontro às necessidades do adolescente/família, se poderá atingir a excelência do cuidar em enfermagem.

Têm sido propostas várias *guidelines* de comunicação de más notícias, fundamentadas na investigação realizada e que nos dão directrizes de actuação como se pode observar no quadro 3.

Quadro 3 - Guidelines de Comunicação de Más Notícias

ESPAÇO FÍSICO	<ul style="list-style-type: none">• Ambiente de privacidade
ESPAÇO TEMPORAL	<ul style="list-style-type: none">• Informação dada em altura oportuna• Deve ser dado tempo aos pais para assimilarem a informação e exporem dúvidas
QUEM DEVE ESTAR PRESENTE	<ul style="list-style-type: none">• Médico responsável• Chefe da equipa de enfermagem• Psicóloga• Orientador espiritual
COMO COMUNICAR A MÁ NOTÍCIA	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação Psicológica e Emocional da criança/adolescente/família• Avaliação dos conhecimentos que possuem sobre a doença/situação• Utilizar linguagem clara e conteúdos objectivos• Fornecer informação faseada e de acordo com as necessidades da criança/adolescente/família• Encorajar a expressão de sentimentos e dúvidas• Ter uma atitude empática e de apoio• Ter em conta a comunicação não-verbal• Promover o toque• Respeitar o silêncio• Facultar informação sobre estruturas ou serviços de apoio disponíveis

Adaptado: JESUS, Elvino Henriques (2007). A Comunicação de Más Notícias. *Jornal da Madeira* [online]. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&news=273#article380>

Sendo ainda de salientar a importância de uma comunicação eficaz, realizada de forma assertiva e coerente sem (pré)conceitos, juízos de valor e/ou infantilizações (Quadro 4), que deve visar a relação de confiança e o apoio ao adolescente/família.

Quadro 4 - O que dizer/não dizer

O QUE DIZER	O QUE NÃO DIZER
Sinto muito O que posso fazer por você neste momento Estou aqui com você e quero escutá-lo Tudo isto deve ser bem difícil para vocês	Você é jovem e poderá ter outros filhos Você tem um anjinho no céu Isto aconteceu para o melhor Foi melhor acontecer agora do que mais tarde Foi melhor assim Não fique triste, não chore

Fonte: TAMEZ, Raquel Nascimento & SILVA, Maria Jones Pantoja (2002). *Enfermagem na UTI Neonatal, Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco* (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.178.

3. CONFRONTO COM A PERDA/DOENÇA

Para Loureiro (2001, p.45) "... a vida pode ser encarada como uma série de perdas e ganhos que são experiências emocionais únicas e individuais para cada ser humano". Várias são as situações e os acontecimentos que podem originar sentimento de perda, tendo como base os "valores e prioridades aprendidos dentro da esfera de influência da pessoa, incluindo a família da pessoa, amigos, sociedade e ambiente cultural", Potter e Perry (2004, p.516).

Segundo os mesmos autores, a perda pode englobar não só a perda de um objecto, como de um ambiente conhecido, a perda de uma pessoa significativa, a perda de algo relacionado com a própria pessoa ou até mesmo a perda da vida, (Quadro 5).

Seguindo esta ideia, também Featherstone (1993) *apud* Loureiro (2001, p.46), nos refere que "... a perda pode ser definida como qualquer alteração da situação de uma pessoa que reduz as possibilidades de conseguir objectivos da sua vida, e/ou quando a pessoa está sem alguma coisa ou situação que possuía anteriormente".

Ao pensarmos na família como "... o lugar de construção do ser e da realização da sua personalidade, o local onde o homem reflecte sobre a experiência vivida e se reconstrói a si próprio", Machete (1995, p.25), esta funciona como um sistema de suporte para os elementos que a constituem. Logo numa situação de crise intensa toda a sua estrutura é abalada, pois esta atinge não só o jovem, mas também todos os elementos da sua família.

Para a maioria dos pais, um filho torna-se na materialização de um sonho, num projecto de futuro, cuja doença incapacitante ou morte interrompe abruptamente, destruindo a esperança. Por outro lado, ao se sentirem responsáveis pelo seu desenvolvimento e crescimento, perante a morte de um filho os pais sentem como nos diz, Bolander (1998, p.1856) "... desamparo e culpa, por não terem sido capazes de proteger o seu filho".

Podemos assim concluir que ao longo de todo o seu percurso ou ciclo de vida a família passa por várias situações de crise e perda familiar às quais está associado um processo de luto e adaptação

Quadro 5 - Classificação dos tipos de perda

PERDA PESSOAL	Perda vivida por cada indivíduo, dependendo da <i>"... interpretação individual do valor da pessoa ou objecto ..."</i> perdidos
PERDA GLOBAL	Perda vivida por mais do que um indivíduo e <i>"... requer menor envolvimento pessoal e lamentação mínima ..."</i>
PERDA REAL	Tipo de perda que implica a ausência de sentir, ouvir ou conhecimento, de coisas ou pessoas por cada indivíduo
PERDA PERCEBIDA	Perda vivida e por vezes só percebida pelo próprio, podendo ou não ser real e que só é percebida pelos outros quando o próprio a expressa em lamento, sendo como exemplos dos autores a perda de prestígio e de confiança
PERDA SITUACIONAL	Perdas múltiplas resultantes de acontecimentos inesperados e não previstos, como as intempéries
PERDA MATURACIONAL	Perda que <i>"... consiste em qualquer alteração no processo de desenvolvimento normal esperado durante o curso de uma vida"</i>

Fonte: POTTER, A. Patrícia & PERRY, Anne Griffin (2004). Fundamentos de Enfermagem (5º ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA, p.517.

4. A PERDA E O LUTO AO LONGO DO CICLO VITAL

A forma como cada indivíduo lida com a morte e o luto ao longo do ciclo vital depende essencialmente do seu desenvolvimento cognitivo sendo pertinente a sua abordagem de acordo com a idade mas também de acordo com o seu desenvolvimento.

Esta abordagem da morte e do luto ao longo do ciclo de vida pode ser estudado segundo vários autores Bolander (1998), Whaley e Wong (1989), Bochereau (1978) e Thompson e Ashwill (1996) de entre outros.

"Cada criança, como cada adulto, enfrenta a morte de forma individual, provocada pela experiência limitada", Thompson e Ashwill (1996, p.58), característica dos tempos actuais, em que o processo de morrer é ocultado na vida das crianças, havendo um adiar de todo o processo de percepção da mesma com consequências ao nível do seu desenvolvimento emocional e relacional. Como nos diz Vara (1996, p.23) "a adaptação às realidades frustrantes da vida é uma questão de crescimento e de maturidade", sendo "a imagem enganadora de um mundo intacto (...) nociva para o crescimento psicológico e afectivo".

Outro aspecto que se torna importante realçar é o facto de muitas vezes os pais ocultarem a verdade aos seus filhos na tentativa de os poupar. Sendo na maior parte das vezes frustradas uma vez que o adolescente encontra muitas vezes discordância entre o que vê e o que sente, despoletando em si determinadas emoções como a tristeza, insegurança, desconfiança e desamparo.

Na primeira infância, são desenvolvidos os mecanismos de adaptação à perda. O sofrimento e a angústia a ela associados são fruto da separação, até aos três anos de idade. Para Whaley e Wong (1989,p. 398) "a morte tem mínima significação para crianças com menos de seis meses de vida (...) as crianças entre os três e os cinco anos de idade já ouviram falar na palavra «morte»".

Como nos é dito pelos mesmos autores (1989,p.399), as crianças na idade pré-escolar reagem de forma menos exacerbada à morte de alguém mais significativo, uma vez que, ainda não têm desenvolvido os mecanismos de defesa para lidar com a perda. E "reações comportamentais como rir sem motivo, contar anedotas, chamar a atenção ou regredir para habilidades de fases anteriores de desenvolvimento indicam a necessidade da criança de distanciar-se de tão terrível perda", funcionando como mecanismos de coping.

Na segunda infância, a doença fatal é para a criança punição por maus pensamentos ou desejos. Segundo Bolander (1998, p.1854), só a partir dos seis anos é que a morte passa a ter sentido para esta. "Dos 6 aos 9 ou 10 anos, a criança vê a morte como um processo inevitável e externo (...) um castigo ...", esta é ainda associada à mutilação e à imagem do demónio, referido por Whaley e Wong (1989). Para Bochereau (1978, p.219), " a partir dos 10 anos, a criança encara a aproximação da morte da mesma forma do adulto...", sendo a sua percepção influenciada pela vivência da morte por este. As suas primeiras experiências de perda e luto passam pela morte dos animais de estimação e dos avós.

Ainda referido por Whaley e Wong (1989, p.400), existe a "probabilidade de exibirem receio através de não-cooperação verbal, em lugar de agressão física. Muito interessada nas cerimónias (...) após a morte. Podem fazer perguntas a respeito do que acontece com o corpo".

Segundo Bolander (1998, p.1855) na adolescência, "a morte é muitas vezes vista como fazendo parte de um futuro distante. Não é uma preocupação pessoal imediata neste período da vida". Têm para Whaley e Wong (1989, p.400), "... enorme dificuldade em lidar com a morte..." existindo a "... mínima probabilidade de aceitar a cessação da vida, especialmente da própria".

Para os jovens adultos, "os maiores problemas (...) giram à volta da privacidade e do isolamento. As perdas típicas (...) envolvem rompimentos relacionais e desilusões

que têm a ver com a carreira profissional. Pode também ser um período em que se pode perder um dos pais", Bolander (1998, p.1855)

Aos 30 anos, segundo a mesma autora (1998, p.1855), "... pode haver uma sensação de tristeza por oportunidades perdidas. (...) muitas vezes a perda pode ser particularmente penosa porque se tem a sensação de solidão...".

Aos 40 anos, "... há o reconhecimento de que o tempo que falta viver na nossa vida é limitado", "À medida que o sentido de mortalidade aumenta a morte torna-se mais real e pessoal", Bolander (1998, p.1855).

Aos 50 anos, os indivíduos sofrem a perda do seu papel profissional e parental quando os filhos saem para a sua casa, havendo uma contínua perda dos familiares ou amigos por doença, Bolander (1998).

Na velhice, "o indivíduo é desafiado a aceitar a inevitabilidade da morte (...). A morte pessoal é vista como estando muito perto: é bem-vinda para uns e temida para outros", Bolander (1998, p.1856).

Assim, como refere Gameiro (1988, p.34), "Morre-se durante toda a vida. Viver é morrer. (...) morrer é viver e crescer". Segundo o mesmo autor todo o processo de resolução das pequenas mortes porque vamos passando ao longo da vida, constitui um processo de amadurecimento e crescimento na forma como vivemos o processo de morrer. Este define as crises por situações de perda ao longo da vida como "pequenas mortes", ou seja, como " ... perdas de algo, que provoca reacções típicas de «morrer» e de outro «viver», «outro» sentido e outra identidade pessoal", Gameiro (1988, p.35), que implica mudança a nível individual e ao nível do que nos rodeia, e conseqüentemente uma adaptação à nova situação de vida.

5. REACÇÕES À DOENÇA

As funções da família no que diz respeito à satisfação das suas necessidades, ao seu desenvolvimento e integridade da unidade familiar, assim como à sua relação com a sociedade, podem ser colocadas em causa perante situações de crise e de stress, como é a doença no adolescente, principalmente a doença de mau prognóstico. Desta forma, a doença não só vai influenciar as tarefas de desenvolvimento do adolescente, como também a dinâmica e organização da família onde se encontra integrado, interferindo no seu ciclo vital, obrigando a família a mobilizar todos os recursos disponíveis, quer internos quer externos, e a reorganizar os seus papéis, de forma a dar resposta à situação de crise.

As reacções perante a perda/doença dependem de vários factores como podemos observar no quadro 6.

Quadro 6 - Factores que influenciam a reacção do adolescente/família à doença

<p>FACTORES QUE INFLUENCIAM</p> <p>AS REACÇÕES DO</p> <p>ADOLESCENTE/FAMÍLIA À PERDA</p>	<p>Personalidade</p> <p>Estado físico e emocional</p> <p>Valores individuais</p> <p>Acontecimentos de vida no presente e no passado</p> <p>Experiência prévia de doença e experiência acumulada de perda</p> <p>Modo de enfrentar e resolver as crises no passado</p> <p>Visibilidade da doença e morte</p> <p>Duração da doença e altura em que ocorre</p> <p>Aspecto abrupto e repentino da situação</p> <p>Impacto financeiro</p> <p>Recursos disponíveis</p> <p>Factores culturais e religião</p> <p>Rede de suporte social</p>
---	---

Adaptado: LOUREIRO, Chotika Yampram (2001). Cuidados de Enfermagem a Doentes em Fase Terminal. *Sinais Vitais*, 36, p.45-50.

Estas situações de crise podem provocar no adolescente/família variadíssimas alterações a nível cognitivo, emocional, comportamental e relacional/social, (Quadro 7).

Quadro 7 - Reacções do Adolescente/Família à Doença

REACÇÕES DO ADOLESCENTE/FAMÍLIA FACE À DOENÇA	Medo/Receio relativos à doença Insegurança/Receio dos tratamentos e seus resultados Medo do desconhecido Sentimentos de culpa/Remorsos Modificação dos hábitos de vida do adolescente/família Alteração do padrão comportamental do adolescente/família Alteração das necessidades do adolescente/família
--	---

Adaptado: JORGE, Ana Maria (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência, p. 62.

Face à notícia de doença do adolescente os pais passam por várias fases de reacção (Quadro 8), sendo, por assim dizer, obrigados a ultrapassar várias etapas de forma a conseguirem reestruturar as suas vidas e adaptá-las à sua nova condição de vida (Quadro 9).

Quadro 8 - Fases das Reacções da Família face à Doença do Adolescente

FASES	MANIFESTAÇÕES	CARACTERIZAÇÃO
FASE DE CHOQUE	Negação Descrença	Habitualmente em reacções iniciais
FASE DE AJUSTAMENTO	Raiva	Direccionada para o adolescente, para si próprio ou para os outros (outros filhos ou técnicos de saúde)
	Culpa	Pela doença do filho, sentindo que falham no seu papel como pais e nas suas expectativas
	Medo Ansiedade	Relacionado com a gravidade da doença, tipo de tratamentos e procedimentos necessários, consequências traumatizantes e sofrimento/dor que provocam ao filho
	Perda de auto-estima	Os pais percebem um defeito em seu filho como um defeito em si próprios; suas metas de vida podem ser alteradas abrupta ou dramaticamente, e eles perdem a fantasia de imortalidade através de seu filho.
	Vergonha	Os pais prevêem rejeição social, compaixão ou ridículo, com a correspondente perda de prestígio social, podendo apresentar retraimento social.
	Ambivalência	A experiência simultânea de amor e ódio, normalmente vivenciada pelos pais em relação a seus filhos, sofre grande intensificação.
	Depressão	Os pais vivenciam sentimentos crónicos de tristeza, como reacção ao facto de terem um filho doente.
	Auto-sacrifício	Os pais adoptam uma atitude de "mártires" e concentram todo o seu interesse no filho, com frequência em detrimento de outros membros da família.
	Reacção defensiva	Os pais se tornam intensamente sensíveis a possíveis críticas a seu filho, podendo reagir com ressentimento e hostilidade, ou podem negar a existência do problema, procurando opiniões de profissionais que sustentem a sua própria crença de que "não há realmente nada errado com o filho".

<p>FASE DE REINTEGRAÇÃO E ACEITAÇÃO</p>	<p>Luto Perda Reorganização familiar Reorganização social</p>	<p>Em cada período do desenvolvimento do adolescente. Expectativas realísticas em relação ao adolescente. A família amplia as suas actividades e relacionamentos fora de casa, considerando o filho doente, um membro participante e aceite no grupo.</p>
--	---	---

Fonte: WHALEY, Lucille F. & WONG, Donna L. (1989). *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.388-389.

Quadro 9 - Etapas de Reacção dos Pais à Perda

ETAPAS	REACÇÕES
1ª Etapa - Choque e Descrença	Entorpecimento temporário, como se nada tivesse ocorrido. Dificuldade na tomada de decisões ou progressão da normalidade das rotinas de actividades.
2ª Etapa - Expressão do luto	Sofrimento. Mistura de emoções e sentimentos (raiva, culpa, saudade). Queixas físicas: insónias, perda de apetite e crises de choro, entre outras.
3ª Etapa - Desorientação e Desespero	Dificuldade em aceitar a perda. Vazio, apatia e depressão profundas. Confronto real com a morte.
4ª Etapa - Reorganização	Recuperação da perda. Retoma do nível de energia e controle. Retorno das rotinas de sono, alimentação. Regresso à vida normal.

Adaptado de: WHALEY, Lucille F. & WONG, Donna L. (1989). *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva* (2ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.479.

TAMEZ, Raquel Nascimento & SILVA, Maria Jones Pantoja (2002). *Enfermagem na UTI Neonatal, Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco* (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.177-178.

6. NECESSIDADES DA FAMÍLIA PERANTE O ADOLESCENTE DOENTE

Os pais têm necessidades específicas quando confrontados com estas situações de crise (Quadro 10), devendo o enfermeiro estar atento e promover não só a expressão de sentimentos como também de preocupações e dificuldades.

Quadro 10 - Necessidades da Família perante o Adolescente Doente

NECESSIDADES DA FAMÍLIA	CARACTERIZAÇÃO
COMPORTAMENTAL	De forma a dar resposta às necessidades do jovem, a família focaliza-se nele, despendendo toda a sua energia e necessitando por vezes de se readaptar nos seus trabalhos.
COGNITIVA	Os pais têm necessidade de adquirir conhecimentos e informações sobre a forma como lidar com a doença, intervenções terapêuticas e cuidados ao filho.
EMOCIONAL	Os pais vivenciam sentimentos de culpa, podendo haver conflitos conjugais ao se auto-culpabilizarem. Pode-se observar nas mães depressão, ansiedade, sentimentos de insegurança e atitudes de super-protecção em relação ao filho.
CONJUGAL	Surgem tensões e conflitos nas relações conjugais por falta de consenso sobre os cuidados a prestar ao filho e sobre as necessidades familiares.

Fonte: JORGE, Ana Maria (2004). Família e Hospitalização da Criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem. Loures: Lusociência, p. 67.

7. A ESPERANÇA, A RESILIÊNCIA E OS MECANISMOS DE COPING

A doença, a hospitalização e a morte implicam sofrimento para o adolescente e família, pelo que, é importante que o enfermeiro esteja atento e promova a esperança.

Inerente à vida humana, a esperança, ou a falta dela, aparece associada às várias dimensões da existência, na esfera pessoal, profissional, familiar e social. O seu grau de intensidade, e a importância que assume na hierarquia de prioridades, varia ao longo da vida: projectamos a esperança em objectivos a curto, médio e longo prazo. De acordo com Juntunen e Wettersten (2006), a esperança é um dos principais constructos da psicologia positiva, embora outras dimensões como optimismo e auto-eficácia procurem explicar o comportamento positivo. Para Snyder *et al* (1996) a teoria da esperança é mais orientada para o futuro integrando o estabelecimento de metas, uma vez que, por definição, esperança significa ter a capacidade para definir objectivos, encontrar formas de os alcançar, e motivar-se para tal. Assim, esta capacidade apresenta duas variáveis - quando se acredita ser capaz de alcançar determinados objectivos; - quando se é capaz de formular planos eficazes para os alcançar. Neste sentido, o estabelecimento de objectivos realistas com a pessoa doente, constitui uma das formas de restaurar e manter a esperança (Twycross, 2001).

O facto de o enfermeiro acreditar na resolução dos problemas e ter esperança no futuro, é essencial para que o adolescente e família também o percepcionem de forma positiva. "...a esperança conduz a aceitar o limite e o fim da vida, sem sucumbir e sem lhe retirar o valor..." (Azevedo, 2009). Desta forma, o enfermeiro contribui para o desenvolvimento de competências que permitam ultrapassar os difíceis obstáculos que vão encontrar, promove a esperança e a motivação, e diminui o sofrimento.

Autoras como Bolander (1998) e WHALEY E Wong (1989), fazem referência à manutenção da esperança como um forte mecanismo de apoio que se vai adaptando

à evolução da doença mas que permite à família continuar a caminhar e a apoiar a criança/jovem. Como nos diz Rodrigues (2004, p.12), "precisamos de abrir a janela da nossa alma, deixar entrar o sol, o caminho dos que nos cercam, para que o nosso sofrimento não fique calcinado dentro de nós e para deixarmos crescer uma flor que se chama ESPERANÇA. (...) A ESPERANÇA que se cultiva dia a dia, faz renascer em nós tudo aquilo que de bom existe no nosso ser".

Para Dufaulte Martocchio's (1985) *apud* Cutcliffe Herth (2002) a esperança é vista como uma força multidimensional e dinâmica, apresentada no Quadro 11.

Quadro 11 - As 6 Dimensões em Esperança

DIMENSÕES	
AFECTIVA	Centra-se nas emoções que fazem parte do processo de espera: Cartas de esperança (Reforço/Terapêutica) Diploma de alta
COGNITIVA	Centra-se na esperança e o desejar, imaginar, admirar, perceber, pensar, lembrar, generalizar, interpretar e julgar: Kit de esperança Diário de percurso
COMPORTAMENTAL	Centra-se na orientação da acção: Identificação de metas / objectivos Objectivos alcançáveis "acendem a esperança"
AFILIATIVA	Incide sobre a pessoa e o seu envolvimento perante a esperança: Procurar o elemento de esperança numa situação difícil, compreender as crenças Obter a esperança "emprestada"
TEMPORAL	Centra-se na experiência de esperança e expectativa da pessoa: Árvore dos talentos Partilha de histórias de esperança/testemunhos
CONTEXTUAL	Centra-se nas experiências de vida e respectiva interpretação: Guia de apoio aos pais Utilizar como recurso as fontes de esperança.

Adaptado: CUTCLIFFE, J.; HERTH, K. - The Concept of Hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*. (2002). Vol 11, nº 12. p. 832-840

A forma como a esperança é vivenciada por cada pessoa torna-a única e dinâmica, com cariz multidimensional, onde uma dimensão alterada pode contribuir para todas as outras dimensões serem afectadas.

A esperança tem ganho significativo reconhecimento pelo seu potencial numa variedade de domínios: nos mecanismos de coping; no conforto proporcionado; numa intervenção que relacione a esperança, o cuidar e o ajudar, independente da existência de cura ou tratamento.

Magão e Leal (2002, p.325) consideram que a esperança protege contra o desespero, preserva ou restaura o significado da vida, e fornece uma motivação geral para a pessoa continuar a viver.

A esperança é imprescindível à resiliência, que pode ser definida como a capacidade que permite o sujeito, grupo ou comunidade, prevenir, minimizar ou ultrapassar os efeitos perturbadores das adversidades.

Na avaliação de um adolescente é fundamental avaliar a sua capacidade de resiliência e os seus factores inerentes, considerando que a resiliência não é um atributo fixo, mas uma característica que evolui ao longo do tempo e pode ser influenciada por práticas de intervenção.

Para Mendonça *et al* (2008) entende-se por resiliência o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que permitem enfrentar a adversidade. Para estes autores a resiliência é um processo dinâmico entre o sujeito e o meio que o rodeia, daí a importância da sua avaliação para a promoção de factores protectores e consequentemente a prevenção de factores de risco, assim como para a adaptação a novas etapas do ciclo de vida.

Cada indivíduo compreende em si dois tipos de defesas, as defesas fisiológicas que passam pela sua condição física, seu estado nutricional e o património e influências genéticas, assim como as defesas psicológicas que não são mais do que capacidade que cada um tem de se adaptar a situações de stress (Bolander, 1998).

É importante realçar que cada indivíduo organiza os mecanismos de apoio de que dispõe de acordo com os factores internos e externos que influenciam o seu modo de vida, tais como sócio-económicos, culturais, religiosos, experiências anteriores

de perda e a forma como é vivida a morte. Tal como nos é dito por Gameiro (1999, p.58), os mecanismos de coping/apoio são organizados "tendo em conta as crenças e valores fundamentais, as vivências críticas anteriores, as atribuições causais e as expectativas de resolução".

A forma como cada família enfrenta a doença/fim de vida de uma criança/adolescente depende muito da sua capacidade de manter a unidade familiar uma vez que a "... sua maior força reside no apoio que cada membro proporciona aos outros", Whaley e Wong (1989, p.398). Para as mesmas autoras (1989) o promover a comunicação entre os vários membros da família e o fortalecimento das relações interpessoais desta, podem funcionar como mecanismos de apoio de excelência.

As reacções de cada membro da família assim como os seus mecanismos de apoio são variáveis de acordo com a sua individualidade, no entanto segundo as mesmas autoras (1989), a capacidade e possibilidade de verbalização e reflexão sobre os seus sentimentos, a percepção da realidade através de informação verdadeira permitindo o estabelecimento de metas realistas podem ser outra fonte de força de adaptação a esta situação de crise.

Em situação de doença prolongada, de mau prognóstico e perante a eminência do fim de vida, a família e o adolescente procuram como mecanismos de apoio, a negação e a busca de tratamentos mais eficazes assim como a esperança em se adiar mais um pouco o que por vezes é inevitável.

A ajuda e o apoio emocional são outros dos mecanismos que a família pode ter para ultrapassar esta situação, que pode encontrar nos técnicos de saúde inicialmente, na restante família, na entidade patronal e também noutros pais que estejam a passar pela mesma situação, através dos grupos de entreaajuda, como é o caso da instituição "A Nossa Âncora", como nos é dito por Emília (2001,p.31), "a participação nos grupos de entreaajuda é, porventura, a maneira mais eficaz de fazermos com menor sofrimento a caminhada do luto dos nossos filhos".

Perante situações de stress, como a doença prolongada, de mau prognóstico e a morte, a forma como o adolescente/família reagem depende de vários factores, internos e externos, resumidos no Quadro 12.

Quadro 12 - Mecanismos de *Coping* da criança/família

	MECANISMOS DE <i>COPING</i>
ADOLESCENTE	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Negação ♦ Brincadeira ou distração ♦ Somatização das dores ♦ Questionar ♦ Isolamento ♦ Silêncio ♦ Agressividade ♦ Família/Amigos ♦ Grupos de apoio
FAMÍLIA	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Unidade familiar ♦ Amigos/Vizinhos ♦ Crença religiosa ♦ Manutenção da Esperança ♦ Informação verdadeira ♦ Poder falar e reflectir sobre a situação ♦ Negação ♦ Procura de outros tratamentos ♦ Apoio emocional dos profissionais de saúde ♦ Consciência de tudo terem feito para bem da criança ♦ Grupos de entre-ajuda

8. INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ESPERANÇA

Ao considerarmos a importância da esperança como uma característica humana positiva e como uma estratégia de coping poderosa na vida do adolescente/família, esta surge como uma componente fundamental no agir profissional dos enfermeiros, importando assim, identificar quais as intervenções de enfermagem de manutenção/promoção da esperança (Quadro 13).

Quadro 13 - Intervenções de Enfermagem

AO CUIDAR DO ADOLESCENTE/FAMÍLIA DEVERÁ:
<ul style="list-style-type: none">◆ Demonstrar conhecimentos técnicos◆ Estabelecer clima de proximidade, confiança◆ Mostrar disponibilidade◆ Aceitar a opinião do adolescente◆ Envolver o adolescente na tomada de decisão do tratamento◆ Manter a privacidade/confidencialidade◆ Fomentar as integrações ao internamento, respeitando os espaços◆ Promoção do conforto e alívio da dor◆ Saber escutar◆ Aumentar a auto-estima e auto-controlo◆ Ajudar o adolescente a perspectivar o futuro◆ Promover a resiliência por parte do adolescente◆ Ajudar a família a ser unida◆ Facilitar a comunicação◆ Alívio de sentimentos de inadequação nos pais e de inferioridade no adolescente

AO CUIDAR DO ADOLESCENTE/FAMÍLIA DEVERÁ:

- ◆ *Perspectivar com a família as suas competências para lidar com a doença*
- ◆ *Intervenção espiritual - encaminhar para os recursos da comunidade, tendo em conta as suas crenças*
- ◆ *Realizar visitas domiciliárias, se oportuno*

AO CUIDAR DO ADOLESCENTE/FAMÍLIA DEVERÁ:

- ◆ *Dar do seu tempo*
- ◆ *Dar da sua competência*
- ◆ *Dar do seu saber*
- ◆ *Dar do seu interesse*
- ◆ *Dar da sua capacidade de escuta e compreensão*

DAR UMA PARTE DE SI PRÓPRIO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IMPLICAM:

- ◆ *Acreditar que a pessoa é única*
- ◆ *Acreditar que a pessoa tem competências para decidir o que é melhor*
- ◆ *Ser verdadeiro consigo próprio e com os outros*
- ◆ *Aceitar a sua realidade presente e mostrar-lhe consideração*

9. CONFRONTO COM A MORTE/LUTO

Quando um jovem morre, com ela morrem também os seus pais/família, é como se a vida começasse de novo com uma nova contagem, iniciando um longo e penoso percurso que é o luto do seu filho. Como é referido por Bolander (1998, p.1856) "quando uma criança morre, os pais e os membros da família vivem emoções difíceis e dolorosas que podem durar durante meses e até mesmo anos". Neste processo é de extrema importância a comunicação com a família, devendo o enfermeiro estar atento para as formas de comunicação que os familiares utilizam para expressar o seu pesar, dor e sofrimento.

O tipo de morte vai influenciar a vivência do luto dos pais, conforme Whaley e Wong (1989). Quando a morte é esperada a família pode fazer o luto antecipado. Os pais prevêem com antecedência a morte do seu filho, sentindo a sua perda antes mesmo da sua morte. Estas famílias têm a hipótese de participar no planejar dos cuidados ao adolescente em fim de vida, assim como programar conjuntamente com a equipa de saúde o que fazer depois da sua morte.

É um tempo que é concedido ao jovem e sua família, que como nos dizem os mesmos autores (1989, p.404), lhes permite "... completar «tudo aquilo que não tinha sido completado»" e viverem cada momento como se fosse o derradeiro. Momentos ricos de amor e partilha, que permitem aos pais terem a certeza de que contribuíram para que tudo fosse feito em prol do bem-estar e respeito máximo do seu filho.

Diversos são os sintomas, quer somáticos, quer psicológicos, que caracterizam as reacções de resposta individual à perda de um ente querido, (Quadro 14). Podem ocorrer distorções do luto normal, ou reacções de luto patológicas, como atraso ou adiamento do luto. Tornando-se importante o conhecimento das reacções normais de luto à perda de um ente querido de forma a se despistar atempadamente quando ocorrem distorções do mesmo. No entanto, através de intervenção adequada, é

possível transformar essas respostas potencialmente patológicas em reacções normais que resultem na resolução com êxito do luto.

O modo como a família reage à morte na criança/adolescente vai assim depender não só das suas características individuais, como também da sua religião, da sua cultura. Também o facto de a morte ser ou não esperada vai influenciar a sua reacção.

Quadro 14 – Características da Reacção de Luto Normal

SENSAÇÕES DE SOFRIMENTO SOMÁTICO	Sensação de aperto na garganta Sufocação com dispneia Acentuada tendência a suspirar Sensação de vazio no abdómen Ausência de força muscular Intenso sofrimento subjectivo descrito como tensão ou dor mental
PREOCUPAÇÃO COM A IMAGEM DO FALECIDO	Ouve, vê ou imagina que a pessoa morta está presente Leve sensação de irrealidade Sentimento de distância emocional dos outros Sentimento de aproximar-se de uma ruptura mental
SENTIMENTOS DE CULPA	Busca evidências de fracasso na prevenção da morte Acusa a si próprio de negligência ou exagera pequenas omissões
SENTIMENTOS DE HOSTILIDADE	Perda de calor em relação aos outros Tendência a irritabilidade e raiva Não deseja ser perturbado por amigos ou parentes
PERDA DE PADRÃO HABITUAL OU CONDUTA	Agitação, incapacidade de se sentar quieto, movimentação sem objectivo Busca contínua de algo para fazer ou pensamento sobre o que deve ser feito Ausência de capacidade de iniciar e manter padrões organizados de ansiedade

Fonte: WHALEY, Lucille F. & WONG, Donna L. (1989). Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva (2ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,, p.475.

Perante a morte, quer esta seja esperada ou inesperada existe um "... intenso pesar, seguido de uma prolongada fase de luto", (Wong, 1999, p.404). Inicialmente, e logo após a morte, existe um breve período de choque por parte dos familiares. Após a consciencialização e ultrapassado o período inicial de choque, os pais necessitam de tempo para estarem com o filho, para poderem despedir-se dele de acordo com os seus valores, crenças e rituais, (Quadro 15).

Quadro 15 - Estádios de Adaptação ao Luto Esperado

FASES	REACÇÕES
Negação	Choque e descrença Surgem reacções protectoras que aliviam o impacto da inevitabilidade da morte
Raiva	Raiva, hostilidade e revolta (contra profissionais de saúde e restantes familiares)
Negociação	Tentativa de adiamento do inevitável Procura de meios para prolongar a vida
Depressão	Sufrimento Consciencialização da dimensão real da perda Tristeza Tendência para desistir Diminuição do número de visitas Choro Alterações do padrão de sono Perda de apetite
Aceitação	Paz interior Aceitação da morte como uma certeza

Adaptado de: BOLANDER, Verolyn Hae (1998). SORENSEN & LUCKMANN, Enfermagem Fundamental, Abordagem Psicofisiológica (1ª Ed.). Lisboa: Lusodidacta, p.1963.

Após a morte de um filho a família passa por várias fases que lhe permite a adaptação ao sofrimento e à dor da perda, desencadeando um processo de mudança que leva à reorganização de vida de cada indivíduo. A sequência das fases do processo de luto não é fixa e varia de acordo com as particularidades de cada família, de acordo com os mecanismos de apoio de cada um.

Os pais necessitam reforçar o facto de terem feito tudo o que lhes foi possível no tratamento e cuidar do seu filho, como forma de lidar com os sentimentos de culpa e incompetência. Durante o processo de morrer e após esta, "a crença religiosa da família pode ser uma fonte de força e apoio, assim como os vizinhos e amigos...", como nos referem Thompson e Ashwill (1996, p.57), sendo importante o papel do enfermeiro na ajuda da reorganização e reintegração social da família na sociedade novamente como membros úteis e activos.

Como reforça o capelão do H. D^a Estefânia quando nos refere a importância da fé nestes momentos "... não para consolar, somente, mas para abrir caminhos, para valorizar o que possa ser valorizável no meio de tanto absurdo, que é para a nossa consciência a morte e a morte de uma criança".

Cabe aos enfermeiros ter sempre presente as especificidades do processo de luto, quer em situação de morte esperada quer inesperada, e as particularidades de cada família, sociedade, cultura e religião em que estão inseridas. Como referido por Bolander (1998, p.1857), "os mecanismos que as pessoas desenvolvem para lidarem com a perda são fortemente influenciados pela sociedade e cultura em que vivem...", sendo a perda e a morte "... assuntos pessoais e sociais. (...) «a sociedade dita as normas para o sofrimento e o luto, e cada indivíduo sofre, não só numa forma pessoal, mas também num estilo que é o produto do seu processo de socialização»...", o enfermeiro na pessoa que presta cuidados humanizados e centralizados nas particularidades e necessidades da criança/adolescente em fim de vida e sua família em processo de luto, deve ter sempre presente as diferenças que as caracterizam.

Numa situação de morte, a melhor ajuda a dar passa pelo respeito do sofrimento, compreensão das reacções mas principalmente pelo olhar o outro tal qual ele é e respeitando as suas crenças e valores. Como nos diz Vara (1996, p.39), "a melhor ajuda que se pode oferecer ao outro é aquela que lhe permite extrair dele próprio os recursos de que dispõe...".

Após a morte da criança/adolescente sentimentos de isolamento e solidão são frequentes, logo a possibilidade dos pais terem um sítio onde possam encontrar eco da sua dor, sofrimento, angústia e receio do futuro podem funcionar para os pais como trampolins para retornar a viver, como o apoio que encontram nos grupos de entreaajuda (Quadro 16).

Quadro 16 - Instituições de Apoio aos Pais em Luto

	CONTACTOS	ACTIVIDADES
A NOSSA ÂNCORA	<p>Site : www.anossaancora.org Sede: Rua Dr. Almada Guerra, nº 25 2710-417 Sintra Atendimento aos Pais: 219105750 Fax: 219105759 E-mail: info@anossaancora.org</p>	<p>Na Nossa Âncora dão apoio a todos os pais enlutados, através de grupos de apoio distribuídos um pouco por todo o País. Dão igualmente apoio aos irmãos e aos avós enlutados. O apoio que dão aos enfermeiros para além da participação em seminários é o de aulas de formação dadas pelo psicólogo Dr. Carlos Céu e Silva (da Olhar - associação de prevenção e apoio para a saúde mental). Directora: D.ra Emília Agostinho</p>
APELO - Apoio à Pessoa em Luto -	<p>Site: www.apelo.web.pt Geral: Telef. = 968851728 E-mail: apelo@apelo.org.pt Lisboa: Telef. = 962413923 E-mail: Lisboa@apelo.org.pt</p>	<p>A Apelo dá apoio, quer telefónico quer individual, a pessoas/famílias que sofreram perdas emocionais profundas por situações de : Morte, Separação/Divórcio, Perda de Expectativas de Afecto, Danos ao Amor-próprio. Pedido de Apoio: 963084342/918482838</p>
ACREDITAR - Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro -	<p>Site: www.acreditar.org.pt Região Sul - Sede: Rua Professor Lima Basto, nº73 1070-210 Lisboa Telef. =217221150 Fax: 217221151 E-mail: acreditar@acreditar.pt</p>	<p>Na Acreditar dão apoio a todos os pais de crianças com cancro independentemente da fase em que se encontram. O apoio pode ser mais colectivo através de grupos de apoio ou mais individualizado mas é dada preferência a relação com outros pais que já passaram por situação equivalente. Não têm apoio estruturado e organizado a técnicos.</p>
AMARA - Associação pela Dignidade na Vida e na Morte -	<p>Site: www.amara.pt Sede: Rua Alves Redol, nº4 -4°C 2660-215 Santo António dos Cavaleiros Telef. Geral : 219280230 Pedido de Apoio: 912132315 916162911 Formação: 916162911</p>	<p>O apoio principal que dão nesta área está ligado a um projecto chamado Viva a Vida, que são workshops de criatividade com crianças doentes e seus pais, onde os participantes criam objectos de arte e depois partilham entre eles o significado da sua obra. Estes workshops também podem ser para pais em luto. Para além deste tipo de ajuda, AMARA tem voluntários que acompanham doentes em fim de vida e suas famílias. Também temos a possibilidade de fazer sessões de grupo com pais em luto No apoio a profissionais, a AMARA tem uma formação chamada "Vida e Morte, a mesma Preparação" especificamente para quem trabalha com doentes em fim de vida. As pessoas podem-se inscrever através do site. Também dão formação dentro da própria instituição se for a equipe a pedir. Carol Gouveia e Melo, Psicóloga</p>

10. A CULTURA E A RELIGIÃO NA VIVÊNCIA DA MORTE

Como nos refere Abreu (2003, p.13), estar doente "... ou sentir-se doente é um fenómeno de contornos culturais para o qual convergem influências de diversos sistemas simbólicos".

Segundo a UNESCO apud Abreu (2003, p. 28), a cultura pode ser definida como "um conjunto de dimensões espirituais, materiais, emocionais ou intelectuais de uma sociedade ou grupo particular, que se projecta na arte e literatura, nos estilos de vida, quadro de valores, tradições e crenças".

"Cada pessoa "pensa a morte" diferentemente e o silêncio sobre estas diferenças é fonte suplementar de sofrimento e de incompreensão." (Vara, 1996, p.23), muitas vezes agravado pelo desconhecimento da cultura ou da religião daqueles com quem privamos diariamente, sendo por isso, de extrema importância esta abordagem e reflexão sobre cultura e a religião na vivência da morte, principalmente na morte de uma criança.

A percepção que cada indivíduo em fim de vida tem, vai ser influenciada por vários aspectos como, a sua personalidade, experiências passadas, a sua cultura, a sua religião, meio sócio-económico. No sentido de respeitar a individualidade e dignidade de cada adolescente/família de quem cuida, devem os profissionais de saúde ter presente os aspectos atrás referidos e respeitar as crenças e valores de cada um.

Segundo a CIPE (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2002, p.53), a crença cultural é "um tipo de Crença com as características específicas: convicção e disposição pessoal para reter e abandonar acções tendo em conta os valores da cultura própria de cada um".

Assim, o enfermeiro no seu exercício, ao observar os valores humanos, os direitos à vida e o respeito pelo doente terminal, durante o ciclo vital, responsabiliza-se por " Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa", " Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que

protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias", (Estatuto da ordem dos enfermeiros, 1998, p.54- 56, artº 81º, alínea a, artº 82º, alínea a, artº 87). Assim como (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 1998, artigo 81º, alínea f), "respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos", ou seja, deve "respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa", (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 1998, artigo 82º, alínea b).

De igual forma a Convenção dos Direitos da Criança (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989, 2º artigo, alínea 1), salvaguarda o respeito e garantia dos direitos a todas as crianças "... sem discriminação alguma, independentemente de qualquer consideração de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra..."

Mas para respeitar o adolescente e sua família independentemente da sua crença religiosa ou cultural, e responder às suas necessidades, para além de ter conhecimentos das características de cada religião e cultura, torna-se obrigação do enfermeiro estar desperto para as diferenças e cuidar do adolescente/família respeitando-as e fazendo-as respeitar. Tal como é realçado pela UNESCO apud Abreu (2003, p.13), que nos alerta para a "...necessidade de compreender e respeitar a diversidade cultural e acentua o papel dos profissionais de saúde na aceitação e promoção da diversidade".

Tentando criar linhas orientadoras das intervenções dos enfermeiros perante uma situação de morte na criança/adolescente, resumiu-se no Quadro 17 algumas das particularidades inerentes a determinadas culturas e/ou religiões.

Quadro 17 – Particularidades culturais e religiosas perante a morte

CULTURAS / RELIGIÕES	PARTICULARIDADES
JUDAÍSMO	<ul style="list-style-type: none"> • A vida é uma preparação para um mundo vindouro; • A cremação é proibida; • A autópsia é interdita; • Após a morte não tocam no corpo (pelo que o enfermeiro deve usar luvas para evitar o contacto com o corpo); • Os mortos são velados com o caixão fechado, pois a exibição do corpo é considerada desrespeito; • O luto Judaico é realizado em três fases: <i>shivá</i> - sete primeiros dias; <i>shloshim</i> - período de 23 dias; <i>avelut</i> - que se estende até ao primeiro ano após o falecimento.
BUDISMO	<ul style="list-style-type: none"> • Igual a vida presente a uma situação de «sono», considerando que o homem não tem consciência da sua verdadeira natureza, estando este preso a um ciclo de renascimentos e mortes, ou seja, tudo é transitório e interligado; • Dão preferência à cremação; • Cantam à volta da cama do morto; • Durante o luto é importante cultivar sentimentos de gratidão para com os familiares que já morreram e aprender com o morto sobre a inevitabilidade da morte; • Aceitam a autópsia e a doação de órgãos.
HINDUÍSMO	<ul style="list-style-type: none"> • Crê na reencarnação; • Habitualmente o sacerdote ata um hilo à volta do pescoço do moribundo que não deve ser retirado; • A família lava o corpo; • Pode-se tocar no corpo (mesmo as pessoas não hindus); • Aceitam a autópsia e a doação de órgãos; • Deve-se permitir beber ou quando não é possível colocar apenas algumas gotas de água do Rio Gange na boca, pois acreditam que assim a pessoa fica purificada; • Os mortos são cremados num cremadeiro aberto
CRISTIANISMO	<ul style="list-style-type: none"> • Crê na reencarnação do espírito; • Inclui Católicos, Evangélicos, Pentecostais e Ortodoxos; • Os cristãos crêem que após a morte o espírito vai para o céu ou para o inferno (os católicos acreditam no purgatório), consoante os pecados cometidos; • Os rituais de morte incluem: unção, velório, enterro e orações (cultos, missas); • A cremação é aceite.
ISLAMISMO	<ul style="list-style-type: none"> • Vê a morte como uma passagem para uma próxima etapa, a ressurreição; • A cremação voluntária é proibida; • Não há luto, a morte é vista como natural

CULTURAS / RELIGIÕES (Cont.)	PARTICULARIDADES (Cont.)
CANDOMBLÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Origem africana; • Acreditam que o <i>ori</i> (força vital de cada um) volta a reencarnar noutro corpo da mesma família; • O corpo é habitualmente cuidado pelo grupo a que pertence; • O rito funerário começa após o enterro e pode durar dias; • Os objectos pessoais do morto são partidos e atirados em água corrente
MORMONS	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditam que a morte é vida espiritual, ou seja, outra etapa da vida; • Não aceitam a cremação.
PROTESTANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Crêem na morte como uma esperança de vida eterna (a passagem para perto de Deus); • Para alguns é fundamental o baptismo antes da morte; • A autópsia e a doação de órgãos são aceites.
MUÇULMANOS	<ul style="list-style-type: none"> • Após o falecimento a família prepara o corpo: é lavado com água e sabonete, endireitam o corpo com os braços esticados ao longo do tronco e mantêm os pés unidos, fecham a boca e os olhos, enrolam o corpo em três mortalhas se for do sexo masculino e em cinco se for do sexo feminino; • O corpo não deve ser tocado por não muçulmanos, pelo que se deve usar luvas; • Não permitem a autópsia e a doação de órgãos; • Os fetos com mais de 130 dias são cuidados como qualquer outro corpo; • O funeral deve realizar-se dentro das 24 horas após a morte.
TESTEMUNHAS DE JEOVÁ	<ul style="list-style-type: none"> • Crêem no retorno ao pó; • A autópsia e a doação de órgãos depende da consciência de cada um, mas a maioria recusa.
CIGANOS	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditam na vida após a morte; • O corpo pode ser cremado ou enterrado, dependendo dos grupos a que pertencem; • O luto é prolongado.

Fonte: - As religiões e seus preceitos. Disponível em:

http://www.crsp.org.br/a_acerv/jornal_crp/130/frames/fr_sociedade.htm

- PATRÍCIA A. & SARAIVA, H. (2000). Reflexões sobre a Morte. Lisboa: HDE.

11. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO EM SITUAÇÕES DE CRISE

Para Pacheco (2006, p. 33-34): "saber ouvir, estar presente, compreender a dor nas suas mais variadas manifestações e também saber ficar em silêncio são virtudes essenciais para a prática de cuidados humanizados. Todos os momentos devem ser acompanhados com compaixão, humanidade e atenção às necessidades (...) da família. Em muitos momentos é difícil encontrar palavras de conforto, embora nem sempre seja necessário dizê-las. A simples presença pode significar tanto ou mais do que muitas palavras e o facto de o enfermeiro demonstrar a sua solidariedade é muitas vezes o suficiente".

Também segundo Loureiro (2001, p.47-48), o enfermeiro "ao prestar apoio ao doente e sua família, e ao encorajar o uso das suas competências, (...) pode melhorar significativamente a qualidade da vida, quer do doente quer da família".

Para a mesma autora o papel do enfermeiro envolve vários aspectos, (Quadro18).

Quadro 18 - Intervenção do Enfermeiro em Situações de Crise

Promoção do conforto físico e psicológico em situações de doença crónica de mau prognóstico	Torna-se emergente a diminuição ou ausência da dor e sofrimento. O enfermeiro deve ser capaz de estimular a expressão de sentimentos como a raiva, angústia e revolta do adolescente e família, assim como fazer perceber a sua normalidade.	Disponibilizar um elemento da equipa de enfermagem para dar apoio ao adolescente/família/pessoa significativa, que assiste à situação; Fornecer apoio no momento do diagnóstico e/ou notícia de morte;
Promoção e manutenção da independência	Visa a autonomia do adolescente, participação e envolvimento deste e sua família em todas as acções que lhes dizem respeito, permitindo-lhes a possibilidade de escolha. O enfermeiro deve estar disponível para responder de forma verdadeira às perguntas colocadas.	Fornecer informação, de acordo com as necessidades da família/pessoa significativa, tendo em conta os factores étnicos, sociais e culturais, as suas crenças e valores;
Prevenir a solidão e o isolamento	O enfermeiro deve tentar manter e estimular as relações do adolescente com os seus familiares e amigos significativos, estando sempre desperto para a necessidade do afastamento terapêutico da família ou da necessidade de isolamento. É também importante que o enfermeiro se faça presente junto do adolescente e família mesmo que seja em silêncio.	Permitir a presença dos pais junto do jovem se este o solicitar; Demonstrar disponibilidade e serenidade;
Promover o conforto espiritual	<i>"(...) a oração, a expressão do perdão, a meditação (...) constituem (...) caminhos para um desenvolvimento pessoal, (...) de cada pessoa, que a poderá ajudar a viver (...) em fim de vida, de uma forma mais harmoniosa", (FRIAS,2003, p.59).</i>	Saber estar presente; Saber escutar; Ser verdadeiro;
Manter a auto-estima	É importante a qualidade e quantidade de tempo que se despende junto do adolescente e sua família, sendo de extrema importância a atenção e disponibilidade que se coloca nesse estar. Segundo a mesma autora (2001, p.48), <i>"frequentemente o enfermeiro não precisa de dizer nada, só mostrar que ouve e que está ali para o doente, quando ele precisa"</i> .	Estabelecer uma relação de confiança; Compreender, aceitar os comportamentos / reacções emocionais dos pais;
Promover a Unidade Familiar	Mobilização dos recursos internos da família, promovendo a inter relação e união entre os vários elementos, de forma a se apoiarem mutuamente e estabelecerem estratégias de adaptação à nova condição de vida.	Dar espaço ao jovem/pais/família para que se exprimam, sem os julgar; Revelar preocupação e interesse; Respeitar o silêncio; Ajudar a família a enfrentar a situação; Fornecer informação aos pais sobre Instituições de Apoio.

Adaptado de: LOUREIRO, Chotika Yampram (2001). Cuidados de Enfermagem a doentes em fase terminal. Sinais Vitais, (36), p.47-48. WONG, Donna L. (1999). WHALEY & WONG. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.481-490.

12. O ENFERMEIRO E O CONFRONTO COM A MORTE

Falar de morte, mesmo que seja a morte do outro implica ter noção da nossa finitude, da nossa própria morte.

Tendo presente que o enfermeiro é também uma pessoa com uma história de vida, inserido num contexto sócio-cultural, a forma como cada profissional lida com a morte de quem cuida, é influenciada pelos seus sentimentos e vivências; sendo imperativo que o enfermeiro conheça e identifique os sentimentos e atitudes que tem perante a morte, especialmente perante a morte de uma criança/jovem, onde o sofrimento, angústia e revolta é intensificado, pelo sentimento de interrupção prematura da vida.

Bochereau (1978, p.216), refere que: "pelos estudos que fizeram, médicos e enfermeiros não estão preparados para enfrentar a morte (...) Mesmo os hospitais não estão organizados para os que vão morrer (...) Não se previu um lugar calmo, organizado para a permanência da família (...)", " (...) A preparação não estaria no próprio acontecimento, mas na compreensão do seu sentido".

"A perda de uma pessoa amada é uma das experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer. É penosa não só para quem a experimenta, como também para quem a observa, ainda que pelo simples facto de sermos tão impotentes para ajudar", (Bowlby, 1993, p. 4).

Segundo Mercadier (2004, p.140), "testemunhar a morte de um doente é algo que afecta todos os prestadores de cuidados. O mais frequente é sentirem tristeza; mas a juventude do doente altera o modo como a situação é apreendida, transformando-a de entristecedora em revoltante".

Torna-se assim imperativo que se repense a morte e a vivência do luto, de modo a que toda a equipa de enfermagem desenvolva competências técnicas, emocionais e relacionais com o intuito de ajudar estes adolescentes/pais/família a vivenciar e a percorrer esta etapa da vida tão difícil e dolorosa.

Reflectir e compreender a problemática da morte, questionando os nossos valores e crenças de vida, torna-se fundamental para podermos ajudar o adolescente e a sua família a viverem o processo de morrer. Collière apud Pinto (1997, p.25), diz que "os cuidados de enfermagem não podem adquirir sentido, e não podem evoluir, se não forem às fontes de todo o questionar sobre as forças contraditórias e indissociáveis da vida e da morte".

É assim importante que o enfermeiro conheça e compreenda as suas atitudes face à morte, que aceite a morte como um acontecimento natural da vida, que não tenha medo de se envolver emocionalmente.

Quando nos referimos à morte de um jovem, a intensificação dos sentimentos como a tristeza, a ansiedade, a angústia, a impotência e a injustiça são evidentes, principalmente pela falta de sentido que representa a morte de um filho. Pois na nossa cultura o sentido normal do nosso ciclo vital é nascer, crescer, desenvolver, viver e só depois de velhos, morrer. Mas nem sempre assim acontece.

Os enfermeiros ao serem confrontados com uma situação de morte de uma criança/adolescente, apresentam sentimentos como: tristeza, frustração, impotência, medo e ansiedade, o que leva a acreditar que os enfermeiros além de serem sensíveis face uma situação de morte também se sentem pouco capazes e sem argumentos suficientes para lidar com estas situações. Por outro lado, também revelam sentimentos de: amor, serenidade, empatia, compaixão, «sentimentos de dever cumprido, de ter ajudado as pessoas».

A morte digna exige, que os enfermeiros para além de um exercício profissional reflectido, competências científicas e técnicas inspirem a sua conduta no respeito pela dignidade da pessoa, valorizando-a em si mesma. Só assim, a atitude perante a morte do adolescente será uma atitude ética.

De acordo com o artigo 87º do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, referente ao Código Deontológico do Enfermeiro (2005, p.125), consagra-se ao enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, o dever de:

"a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;

b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas".

Por vezes quando a vivência da perda e da morte é prolongada, a equipa de saúde pode apresentar reacções emocionais, tais como nos diz Vara (1996, p.42), de "piedade, medo (...), sentimento de inutilidade, revolta, culpabilidade e fadiga".

O conjunto destes sentimentos podem de alguma forma originar atitudes como uma postura fria e impessoal ou uma «fuga» às perguntas do adolescente/família.

Como é reforçado por Frias (2003,p. 29), "... muitas vezes, sentimo-nos impotentes face ao sofrimento do outro e é por causa desse medo que impomos silêncio ao outro, àquele que sofre e de quem nos protegemos de diferentes formas, como a fuga, a denegação, resguardando-nos atrás de gestos técnicos ou de um discurso de superioridade intelectual, inibindo o desencadear de carinho, que destrói o carácter íntimo".

Diogo (2006, p.222), salienta que, "o envolvimento emocional como condição de cuidar deve ser valorizado e adoptado pelo enfermeiro, no entanto é preciso não confundir a vivência emocional num caminho de fusão, sendo que é necessária uma separação do pensamento e do sentimento, para que o envolvimento não se torne descontrolado. Devemos procurar distinguir as noções de regulação, controlo e descontrolo emocional."

O mesmo autor (2006, p.225), refere que, "o enfermeiro para conseguir lidar com as vivências emotivas dos cuidados pode aprender a defender-se cada vez mais das suas emoções - um controlo e disfarce emocional".

Assim o enfermeiro vai ao longo da sua vida, adquirindo mecanismos de defesa que o ajudam a vivenciar as situações de dor e sofrimento, como é o caso das situações de doença e morte da criança/adolescente (Quadro 19).

Quadro 19 - Mecanismos de defesa dos enfermeiros

A MENTIRA	Quando a informação dada pelo enfermeiro não é objectiva, contornando este a situação real de forma a poupar o doente.
FUGIR PARA A FRENTE	Quando o enfermeiro transmite a informação sem ter em conta o que o doente quer saber, ou quando não valoriza o grau de apreensão e de compreensão deste.
A FALSA SEGURANÇA	Quando o enfermeiro teima em manter a esperança, indo contra a percepção do doente.
RACIONALIZAÇÃO	Quando, embora diga a verdade, o enfermeiro utiliza termos técnicos não compreensíveis pelo doente. Desta forma sente-se de consciência tranquila por dizer a verdade e não permite o seu envolvimento com o doente.
EVITAMENTO	Quando o enfermeiro evita qualquer relação com o doente, funcionando este como um objecto de cuidado.
IDENTIFICAÇÃO PROJECTIVA	Quando o enfermeiro se envolve emocionalmente de tal forma com o doente que considera os sentimentos deste como seus.

Fonte: NEVES & al (2000), citado por autor desconhecido (2006). Cuidar na Morte - Que Sentimentos?. Nursing - Revista de Formação Contínua em Enfermagem (209), p. 42-48.

Para além de todas as formas de defesa atrás referidas o enfermeiro pode ainda adoptar uma postura fria e impessoal, não exteriorizando os seus sentimentos, demonstrando que a situação vivida não o afecta, mantendo a postura do profissional perfeito.

Segundo Diogo (2006), são vários os factores que podem potenciar as dificuldades do enfermeiro em lidar com as suas emoções, ao cuidar da criança/família em situação de morte eminente (Quadro 20).

Quadro 20 - Factores que potenciam as dificuldades do enfermeiro ao lidar com as suas emoções

- ↵ A transferência para os filhos;
- ↵ A transferência para familiares falecidos;
- ↵ As experiências pessoais anteriores;
- ↵ A inexperiência em relação à vivência de situações de morte;
- ↵ As relações na equipa;
- ↵ O estado emocional do enfermeiro;
- ↵ O confronto com a sua própria morte;
- ↵ O envolvimento com a criança/família.

Fonte: DIOGO, Paula (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro - Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1ª ed.). Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica, Lda.

A gestão de todas estas vivências, ao nível dos sentimentos e emoções, é fundamental para que o enfermeiro consiga, segundo Diogo (2006):

- Ter uma atitude de ajuda;
- Cuidar do adolescente/família sem sofrer;
- Realização e bem-estar a nível profissional;
- Não transferir as situações para a sua vida pessoal, mantendo o seu equilíbrio emocional;
- Facilitar a comunicação.

Em qualquer Unidade de Saúde, a morte pode ser considerada uma das situações mais desgastantes e exigentes para o enfermeiro, quer a nível pessoal quer a nível profissional. Assim ao termos em conta que o enfermeiro não é imune ao sofrimento de quem cuida, também ele vive essas situações e necessita de realizar

o seu luto. Sendo por isso importante a mobilização dos seus recursos internos e externos para que seja capaz de manter o seu equilíbrio emocional.

Por tudo isto, torna-se imperativo, a formação dos enfermeiros nesta área, ao nível do saber, uma vez que lhes são exigidas intervenções específicas, e ao nível do saber ser, ao lhes serem exigido o desenvolvimento de competências ao nível da relação.

Então como devemos lidar com a morte? Como nos diz Frias (2003, p.29), "a melhor forma de estar na morte é vivê-la de forma desarmada, não a banalizando e aprendendo com aqueles que vão morrer", sendo ainda segundo a mesma autora indispensável reconhecer a riqueza desse acompanhamento.

Para as instituições hospitalares e seus profissionais, "o enfrentar repetidamente a morte, não é possível sem uma profunda solidariedade. Cada um tem necessidade de ser apoiado pelos outros e de poder exprimir as suas dificuldades ou a sua angústia", Vara (1996,p.43), sendo importante a proposta de criação de grupos de apoio para técnicos de saúde, que permitam a expressão e partilha de sentimentos e experiências, para que falar da morte deixe de ser tabu, principalmente para aqueles que com ela lidam diariamente.

Como também nos é referido por Barros (2001, p.311): "...a melhor forma de ajudar estes profissionais a sentirem-se equilibrados e realizados (...) passa por um conjunto de acções continuadas, de toda a equipa e dos seus responsáveis em particular, no sentido de promover o auto-conhecimento pessoal e profissional, a reflexão sobre as funções e papéis, e a facilitação de atitudes mais reflexivas e autónomas sobre o próprio papel profissional".

Facto também reforçado por Vara (1996, p.44), quando nos diz, que "a ajuda de um psicólogo é também por vezes indispensável, neste tipo de trabalho, a fim de clarificar a problemática de grupo e fornecer uma ajuda pessoal que demonstre compreensão pelo trabalho individual e da equipa". Sendo assim de extrema importância a articulação de vários saberes e da criação de uma equipa multidisciplinar de apoio.

No Hospital de Dona Estefânia, os profissionais que lidam diariamente com a dor e o sofrimento resultante da vivência de situações de doença e morte da criança, podem actualmente recorrer, ao apoio da Unidade de Psicologia e da Capelania do Hospital de Dona Estefânia (Quadro 21).

Quadro 21 - Serviços de apoio aos profissionais do Hospital de Dona Estefânia

SERVIÇO DE APOIO	ELEMENTO DE REFERÊNCIA	CONTACTOS	HORÁRIO
Unidade de Psicologia do HDE	D.ra Joana Pombo	Pedopsiquiatria Extensão 51487	Todos os dias
		Clínica da Juventude 217973526	Terça-feira
Capelania do HDE	Sr. Padre Carlos Azevedo	213126708 963445399	Todos os dias, excepto aos Domingos

13. CONCLUSÃO

O cuidar de adolescentes/família portadores de doença crónica, incapacitante e/ou de mau prognóstico, exige uma reflexão sobre o que fazemos e sentimos.

Ao prestarmos cuidados de enfermagem a estes jovens e família, consideramos que esses cuidados implicam necessariamente a relação com o outro e a comunicação que se estabelece é fundamental e determinante para a boa prática dos cuidados.

Não podemos ainda esquecer que os pais têm necessidades específicas quando confrontados com estas situações de crise, devendo o enfermeiro estar atento e promover não só a expressão de sentimentos como também de preocupações e dificuldades. O enfermeiro, devido à natureza da sua intervenção "com e para" as pessoas, deve procurar fazer uma aproximação que permita uma relação terapêutica e de ajuda.

No contexto dos cuidados de saúde, a esperança parece assumir um papel fundamental ao permitir que a pessoa disponha da sua energia de modo a esperar restabelecer a sua saúde sendo que, o enfermeiro é visto como um agente impulsionador do bem-estar em geral e da esperança em particular (POLLETTI, 1980).

É na resolução dos nossos conflitos em relação à morte, que está a solução para se encarar a morte como a última etapa da vida. É necessário ao enfermeiro, desenvolver capacidades e habilidades promotoras de esperança, para ajudar o adolescente a viver os seus últimos dias, com o menor sofrimento possível e a morrer com dignidade. Para isso, temos de ter disponibilidade, segurança e conhecimentos dos mecanismos de apoio internos e externos que cada adolescente/família possuem, para que possam identificá-los e usá-los como suporte emocional.

Completando esta ideia, um autor desconhecido (2006, p.47), refere que "... o desenvolvimento de confiança nas suas capacidades e competências, sentindo que é útil naquilo que faz, leva a que o enfermeiro atinja um nível de maturidade no qual

reconhece os momentos de sofrimento como enriquecedores do seu percurso profissional e até pessoal”.

Podemos assim considerar que os enfermeiros encontram-se, inevitavelmente, numa posição que pode influenciar positiva ou negativamente a esperança pelo que, esta deve ser uma componente imprescindível do seu agir profissional.

(...) Continuemos a caminhar na esperança! Adeus!

Bento XVI/Porto, 14.Maio.2010

14. BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson Correia - *Saúde doença e diversidade cultural*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. p.13-23. ISBN 972-771-638-5.

Assembleia Geral das Nações Unidas - *Convenção dos Direitos da Criança*. Lisboa: [s.n.]. (1989)

AUTOR DESCONHECIDO - *Cuidar na morte que sentimentos?* Nursing - revista de formação contínua em enfermagem. ISSN 0871-6196. (209), (2006). p.42-48.

AZEVEDO, D. Carlos - *Que lugar para a Esperança na saúde?*. 2º Seminário Nacional de Espiritualidade no Hospital. Consultado a 30/11/2010, disponível em: <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=71449>

BARROQUEIRO, M. C. - *Experiência de hospitalização no adolescente*. Lisboa, (1996). 108f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

BARROS, Luísa - *As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo*. In *Análise Psicológica*. ISSN 0870-8231. (41), (1998). p.1-28.

BARROS, Luísa - *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores. (2003). ISBN 972-796-081-2.

BOCHEREAU, M. A. - *Introdução à Psicologia para Enfermeiras*. Lisboa: Editorial Estampa. (1978). p. 219

BOLANDER, V. B. Sorensen e Luckmann. - *Enfermagem Fundamental: Uma Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta. (1998). 1ª ed. p.1856-1857. ISBN 972-966-10-6-5.

BOWLBY, John - *Psicologia e Pedagogia - Perda, Tristeza e Depressão*. In *Trilogia Apego e Perda* São Paulo: Martins Fontes. Ed., Lda. (1993). Vol.III. p.4.

CUTCLIFFE, J.; HERTH, K. - *The Concept of Hope in nursing 1: its origins, background and nature*. *British Journal of Nursing*. (2002). Vol 11, nº 12. p. 832-840

DAVISON, S.; SIMPSON, C. - *Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study*. *British Medical Journal*. (2006). Vol. 333. nº7574. p.886-889.

DIOGO, Paula - *A Vida Emocional do Enfermeiro - Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. 1ª ed. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda. 2006. p.113-114. p.222. ISBN 972-8485-70-0.

EMÍLIA, Maria - *Grupos de entreaajuda*. A Amarra - Boletim Informativo de A Nossa Âncora (2001). 16. p.2-32.

FRIAS, C. F. C. - *A aprendizagem do Cuidar e a morte. Um desígnio do enfermeiro em formação*. Lisboa: Lusociência, 2003. p.29. ISBN 972-8383-50-9.

GAMEIRO, A. - *Novos Horizontes da Viuvez. Crise, Acompanhamento, Psicologia*. Novo Projecto e Pastoral. Lisboa: Edições Paulistas. (1988). p.34.

HESBEEN, Walter - *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência. (2000). ISBN 72-8383-11-8. p.6.

JESUS, Élvio H. - *A Comunicação de Más Notícias*. Jornal da Madeira [on-line]. (2007). Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&news=273#article380>

JORGE, Ana Maria - *Família e hospitalização da criança. (Re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004. p. 22-24; p.43-46; p.62-67. ISBN 972-8383-79-7.

JUNTUNEN, C. L.; WETTERSTEN, K. B. - *Work hope: Development and initial validation of a measure*. Journal of Counseling Psychology. (2006). 51 (1). p. 94-106.

LOUREIRO, Chotika Yampram - *Cuidados de Enfermagem a doentes em fase terminal*. Sinais Vitais, ISSN 0872-8844. Nº36. (2001). p.45-50.

MACHETE, Rui - *A política europeia da família numa sociedade em mudança*. In Gomes-Pedro [et al.]. *Bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (1995). p.25.

MAGÃO, Maria Teresa; LEAL, Isabel - *A promoção da esperança nos pais de crianças com cancro*. In DIAS, Maria do Rosário; DURÁ, Estrella - *Territórios da psicologia oncológica*. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN 972-796-018-9. p.321-344.

MARÇAL, Teresa. - *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*. Instituto de Apoio à Criança. Lisboa: Fundação Glaxo Smith Kline das Ciências de Saúde, 2006. p.35. ISBN 972-0003-23-4.

MENDONÇA, V.; NEVES, J.; GUIMARÃES, T.; CARVALHO, F.; FONSECA, F.; ROCHA, F. - *Afinal o que é a resiliência?*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Lisboa. Nº16. (Mai-Jun-Jul-Ago. 2008). p. 10-12.

MERCADIER, Catherine - *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2004. p.140. ISBN 972-8383-82-7.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico Dos Enfermeiros. Anotações e comentários*. Edição Ordem dos Enfermeiros, (2003). p. 454.

PACHECO, Susana - *A morte no ciclo vital: perspectiva da enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. .ISSN1646-2629 Nº20. (Janeiro.2006), p.31-34.

PIRES, A. - *O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem*. Loures: Lusociência. (2006). ISBN 972-8930-10-0.

POLLETI, R. - *O conceito de esperança nos cuidados de enfermagem*. Revista Servir. ISSN 0871-2379. Vol. 29, nº 3, (1980). p. 124-128.

POTTER, A. P. & PERRY, A. G. - *Fundamentos de Enfermagem*. 5ª ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan SA, 2004. p.516. ISBN 85-277-0730-6.

SNYDER, C.; SYMPSON, S.; YBASCO, F.; BORDERS, T.; BABYAK, M. & HIGGINS, R. - *Development and validation of the state hope scale*. Journal of Personality and Social Psychology, (1996). 70. p.321-335.

TAMEZ, R. N. & SILVA, M. J. P. - *Enfermagem na UTI Neonatal, Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.178. ISBN 85-277-0730-6.

THOMPSON, E. D. & ASHWILL, J. W. - *Uma Introdução à Enfermagem Pediátrica*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.57. ISBN 85-7307-159-1.

TWYLCROSS, Robert - *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores, (2001). ISBN 972-796-001-4.

VARA, Lília. R. A. - *Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria*. Revista Portuguesa de Enfermagem. ISSN 0873-1586. Ano 1. Nº1. (3º trimestre 1996). p. 5-52.

WATSON, Jean - *Enfermagem: ciência humana e cuidar - Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. 182 p. ISBN 972-8383-33-9.

WHALEY; WONG, Donna L. - *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 1989. 910 p. ISBN 85-226-0329-4.

WONG, Donna L. Whaley & Wong.- *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999 . p.1118. ISBN 85-277-0506-0.

ANEXO XV

Relatório de Formação
“Implicações Ético-Legais no
Atendimento ao Adolescente
Menor”, na Unidade de
Adolescentes

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

DATAS: 13 de Dezembro de 2010
15 de Dezembro de 2010

HORA: 15:00 H

DESTINATÁRIOS:

Médicos e Enfermeiros

LOCAL: Unidade de Adolescentes

FORMADOR(A): M^a Clara Oliveira
(*ACMEESIP da UCP*)

ORIENTADOR(A): M^a Amélia Batista
EESIP

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Implicações ético-legais no atendimento ao adolescente.

Local: Sala de Reuniões da Unidade de Adolescentes
Hora: 15h15

Data: 13 e 15/12/2010

Objectivo geral:

- Identificar os princípios ético-legais que suportam as intervenções dos profissionais de saúde no atendimento ao adolescente menor.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Apresentação da enfermeira/ formadora. Apresentação dos objectivos.	Expositivo		2'	
Autonomia e Tomada de decisão Consentimento Dissentimento/Recusa Liberdade para consentir Privacidade e Confidencialidade Quebra de Sigilo	Interactivo/ Expositivo	Computador	30'	Enfa Maria Clara Oliveira
Comentários Partilha	Interactivo		13'	

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: ADOLESCENTES

Tema: IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Ação tipo: Actualização Aprendizagem Duração: 60' Data: 13 e 15/12/2010

Formador(es): Maria Clara Oliveira

Participantes: dois(2) médicos + sete(7) enfermeiros do serviço + um(1) enfermeiro aluno da especialidade de saúde infantil + dois(2) alunos da licenciatura. Total 12 participantes.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda total- mente	Discorda	Concorda	Concorda total- mente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			33%	67%
2. Os objectivos da formação foram atingidos.			25%	75%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.			17%	83%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				100%
5. A teoria foi relacionada com a prática.			8%	92%
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.			8%	92%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			17%	83%
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.			8%	92%
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.			8%	92%
10. A duração da formação foi adequada.			8%	92%
11. O horário da formação foi adequado.			8%	92%

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

METODOLOGIA	Formador Clara Oliveira		
	Suficiente	Bom	Muito Bom
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			100%
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			100%
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.		8%	92%
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.		8%	92%
16. Interação com o grupo.			100%
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			100%
18. Gestão do tempo.		8%	92%
19. Pontualidade.			100%

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Comentários:

Tema muito pertinente e importante para reflexão e discussão multidisciplinar.
Deveria haver mais tempo para debate e troca de experiências.

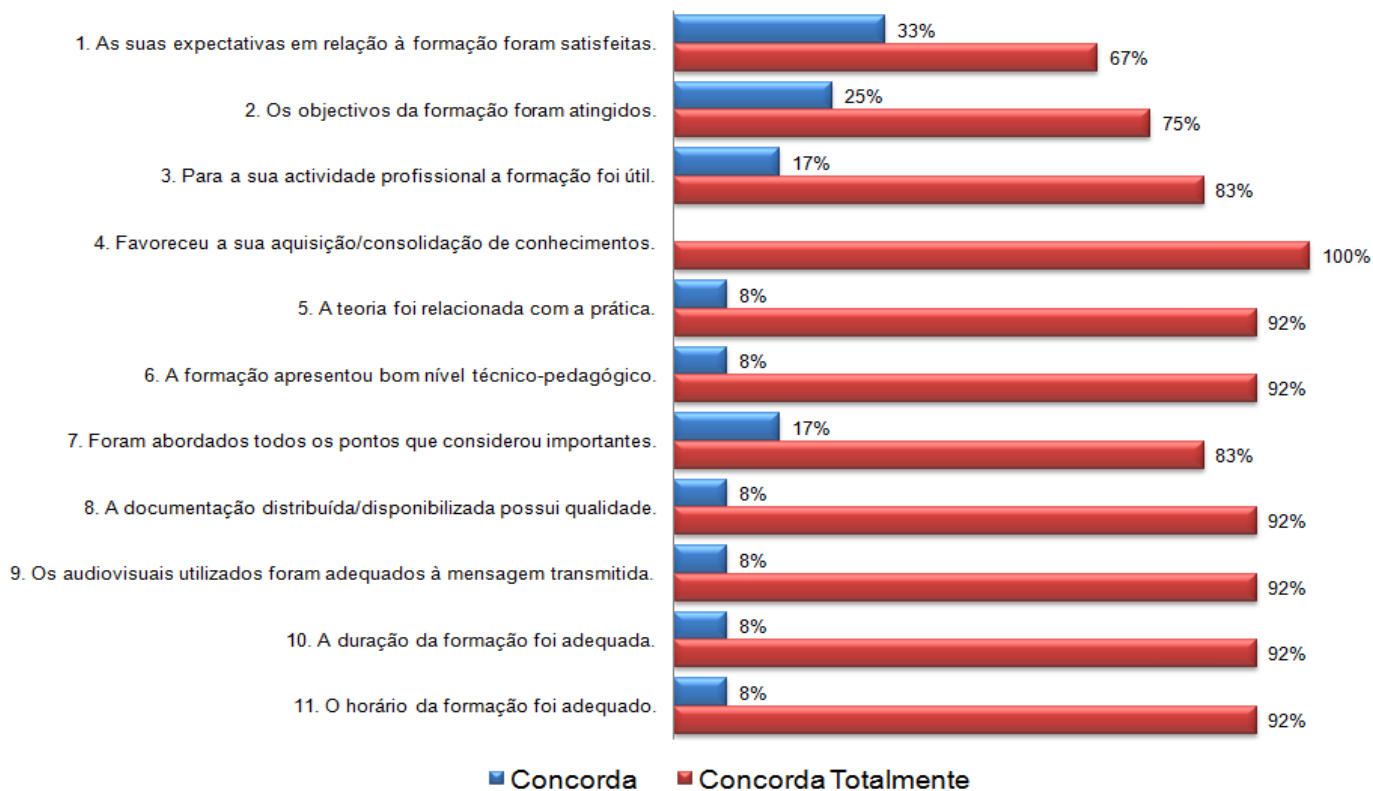
Sugestão:

Apresentação e discussão do tema de forma mais alargada e abrangente (ex: sala de conferências)

Obrigado pela sua colaboração.

Avaliação da formação em serviço - Unidade de Adolescentes
Tema: Implicações ético-legais no atendimento ao adolescente

Apreciação Global



Metodologia

