

# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**


**Estágio com Relatório**

**Promoção da Autonomia do Adolescente na  
Tomada de Decisão dos Cuidados de Enfermagem  
- Contributo do Enfermeiro -**

**Ana Mafalda Morão Machado**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Estágio com Relatório**

**Promoção da Autonomia do Adolescente na  
Tomada de Decisão dos Cuidados de Enfermagem  
- Contributo do Enfermeiro -**

**Ana Mafalda Morão Machado**

**Prof<sup>a</sup> Maria de Lourdes Oliveira**

**2014**



“Yes, and how many years can some people exist  
Before they're allowed to be free?  
Yes, and how many times can a man turn his head  
And pretend that he just doesn't see?”  
Blowin' in the wind,  
Bob Dylan

Todo o meu esforço, dedicação e percurso de aprendizagem  
é dedicado à memória do meu pai,  
cujo processo de doença me ensinou o significado  
de sermos livres para realizar as nossas escolhas,  
e respeitados o suficiente para as vermos aceites.

Agradeço

à Professora Maria de Lourdes a generosa partilha de conhecimentos.

À minha mãe e à minha irmã,  
por serem os pilares de sustentação do meu ser.

Aos meus amigos,  
que suportaram a minha ausência  
e me receberam depois de braços abertos.

À Marta,  
a amizade, gargalhadas, lágrimas e tudo o que me ensinou.

À Enfermeira Rita Neves Carneiro,  
Chefe, conselheira e amiga em todas as circunstâncias.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CAA – Centro de Atendimento a Adolescentes

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDC – Convenção sobre os Direitos da Criança

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

Cfr. – Conforme

CP – Código Penal

DGS – Direção-Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

SP – Serviço de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIEP – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

## **RESUMO**

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio do IV Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas na fase de implementação do projeto de intervenção definido na Unidade Curricular Opção II. A temática escolhida aborda o papel crucial que o enfermeiro assume na promoção da autodeterminação do adolescente relativamente aos cuidados de saúde, através da obtenção do consentimento informado prévio aos atos de Enfermagem. O respeito pela autonomia individual preconiza que o enfermeiro pautar a sua atuação pela veracidade, altruísmo e capacidade de escolha responsável, promovendo o direito à prossecução do projeto de saúde que cada indivíduo define para si, numa prestação de cuidados individualizada e com base nos conhecimentos dos valores da profissão e do cliente de quem cuida. Os valores éticos e deontológicos que consubstanciam a prática de cuidados do enfermeiro, influenciam a definição de objetivos, estratégias e cursos de ação possíveis, estabelecendo-se como recursos que definem uma prática eticamente competente. Sem a devida preparação formal, os valores pessoais do Enfermeiro constituem-se como fatores que influenciam a identificação dos contornos éticos relevantes de cada situação. Definiu-se como objetivo geral apoiar os enfermeiros na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos éticos e legais necessários à promoção da autonomia do adolescente na tomada de decisão relativa à prestação de cuidados de Enfermagem, através de intervenções promotoras de mudanças no ambiente ético organizacional e da formação permanente das Equipas de Enfermagem. Para o percurso como futura enfermeira especialista, perspetivei o desenvolvimento de competências que permitam uma prática de excelência alicerçada na Teoria Humanística de Enfermagem de Josephine Paterson, implementando intervenções promotoras da saúde, bem-estar e desenvolvimento da criança, adolescente e família.

**PALAVRAS CHAVE:** adolescente; enfermagem; autonomia; consentimento informado.

## **ABSTRACT**

This paper occurs within the context of the Curricular Unit Relatório de Estágio from the IV Course of Master Degree in Nursing – Specialization Area in Child Nursing and it aims to describe the activities developed during the implementation phase of the intervention project designed in the Curricular Unit Opção II. The theme we chose to approach is related to the crucial role that nurses undertakes in promoting the self determination of adolescents related to healthcare, through the practice of obtaining consent prior to nursing interventions. Respecting patient autonomy demands that the nurse acts with veracity, altruism and responsibly choosing, promoting the right to the prosecution of the health project that each person chooses for himself, delivering nursing healthcare in an individualized manner and based on the values of the nursing profession and on the values of each individual. Ethical and deontological values of the nursing profession should substantiate nursing healthcare delivery, weighing the definition of goals, strategies and possible courses of action, and establishing the means that define an ethical competent practice. Without the formal preparation, personal values arise as factors that influence how ethical features of each particular situation are identified. It was established as a main objective to help nursing teams to develop the necessary ethical e legal knowledge to promote adolescent's autonomy related to healthcare decision making, through the implementation of interventions that aimed to promote positive changes in the ethical organizational environment. As a future Child Nurses Specialist, I out looked for excellence in my nursing practice, based on Josephine Paterson's Humanistic Nursing Theory and envisaging the wellbeing and healthy development of each child, adolescent and family.

Key-Words: adolescent; nursing; autonomy; informed consent.



## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	15
1.1. Teoria Humanística de Enfermagem	15
1.2. Dimensões Éticas da Ação Humana	16
1.2.1. Ética Aristotélica	17
1.2.2. Ética Principlalista	19
1.2.3. Deontologia	20
1.3. A autonomia do adolescente nos processos de tomada de decisão	21
1.4. Desenvolvimento de competências éticas	24
<b>2. ATIVIDADES E PROCESSOS DE TRABALHO</b>	26
<b>3. RESULTADOS OBTIDOS</b>	42
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	55
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	57
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I:</b> Tabela Planeamento de Atividades	
<b>ANEXO II:</b> Cronograma de Estágio	
<b>ANEXO III:</b> Guião de entrevista ao adolescente segundo a Metodologia HEEADSSS	
<b>ANEXO IV:</b> Planeamento das Consultas de Saúde Infantil	
<b>ANEXO V:</b> Grelha de observação da prática de cuidados do Enfermeiro ao adolescente	
<b>ANEXO VI:</b> Resultados da aplicação da Grelha de observação da prática de cuidados do Enfermeiro ao adolescente	
<b>ANEXO VII:</b> Seminário “O Consentimento do Adolescente: As escolhas em saúde”	
<b>ANEXO VIII:</b> I Encontro das Comissões de Ética da ARSLVT: “Razões Éticas 2013”	
<b>ANEXO IX:</b> Procedimento sobre Consentimento Informado para intervenções de Enfermagem	
<b>ANEXO X:</b> 9º Curso Breve de Pós-Graduação em Consentimento Informado. Centro de Direito Biomédico. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	

**ANEXO XI:** 4ª Reunião de Enfermagem do Serviço de Pediatria. Formação: “Competências éticas na promoção da autonomia do adolescente”

**ANEXO XII:** Centro De Atendimento a Adolescentes. Formação: “Consentimento Informado no Adolescente: aspetos éticos e legais”

**ANEXO XIII:** Lista de artigos disponibilizados no Centro De Atendimento a Adolescentes.

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, e tem como objetivo descrever as fases de execução e conclusão do projeto de intervenção delineado na Unidade Curricular Opção II – Projeto de Estágio. Como a metodologia de projeto determina, planeámos um conjunto de intervenções que permitissem às equipas de Enfermagem o desenvolvimento de conhecimentos éticos e legais necessários à promoção da autonomia do adolescente e que definissem um percurso promotor da aquisição e desenvolvimento de competências como futuras Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) (Nunes, Ruivo e Ferrito, 2010).

Na nossa prática profissional num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), percebemos as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na promoção e defesa da autodeterminação do adolescente relativamente à prática de cuidados de Enfermagem. Compreendemos também que o problema seria transversal às equipas de Enfermagem que compõe o Departamento de Pediatria onde se insere o SUP, o que permitiu a identificação do problema e a respetiva contextualização. Mobilizando contributos pertinentes da evidência científica, realizámos o diagnóstico da situação para “compreender melhor a realidade da população que é afetada pelo problema em questão”, de forma a desenvolver ações promotoras de transformações positivas dessa mesma realidade (Nunes et al., 2010:4).

Constituir-se como indivíduo autónomo é uma finalidade desejada do processo de desenvolvimento individual, que permite a prossecução do projeto de vida que cada um define para si. O contexto assume particular relevância na aquisição de competências que permitem a operacionalização da capacidade para reger-se a si próprio, através do respeito pela liberdade de escolha de cada pessoa. Edificando-se como pilar da promoção da liberdade e autodeterminação individuais, observa-se a prática da obtenção do consentimento informado aquando da prestação de

cuidados de saúde como a proteção dos direitos humanos fundamentais, sustentados na dignidade intrínseca de cada ser humano (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2007). O respeito pela autonomia individual circunscreve a atuação do enfermeiro, alicerçada na aceitação e compreensão das leis que cada indivíduo escolhe para si próprio, na medida em que se acolhe a singularidade e individualidade de cada um (Kelly, 1990).

Para que as escolhas em matéria de cuidados de saúde sejam consideradas como válidas, é necessário reconhecer o indivíduo como competente para as realizar, sendo-lhe reservado o direito à informação necessária para formar a sua vontade, em acordo com o que pretende para si. Ao adolescente com capacidade de discernimento e compreensão, é-lhe reservado o direito à liberdade de expressão e à liberdade de “procurar, receber e expandir informações de toda a espécie”<sup>1</sup>. Respeita-se a autodeterminação individual baseada nos valores, crenças e desejos pessoais, que permitem a prossecução do projeto de saúde determinado pelo próprio (OE, 2001).

Na prática assistencial de Enfermagem ao adolescente, respeitar o direito à inclusão no processo das decisões que lhe dizem respeito, promove a aquisição de competências que permitem a realização de escolhas responsáveis no futuro. De acordo com Runeson, Hallstrom, Elander e Hermerín (2002); Donnelly e Kilkelly (2011) e Levy, Larcher e Kurz (2003), ser incluído nas decisões que lhe dizem respeito proporciona experiência no próprio processo de decisão, promove a adesão ao plano de tratamento proposto e o processo de adaptação à doença, reforçando a autoestima do adolescente, na medida em que este se sente valorizado e respeitado.

Como referem Deatrick e Dickey (2000), os adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, quando devidamente informados apresentam capacidades executórias de decisão semelhantes à de um adulto. No entanto, a perspetiva que o enfermeiro assume relativamente à participação do adolescente no processo de decisão é a bússola que orienta a sua prática. Num

---

<sup>1</sup> Conforme (Cfr.) o número 1 do Artigo 12º da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC).

estudo exploratório realizado por Coa e Pettengil (2006), os enfermeiros que consideravam os adolescentes como capazes para decidir autonomamente, realizavam uma correta preparação para o procedimento proposto, permitiam a verbalização de dúvidas e validavam as suas decisões. Quando os adolescentes eram vistos como imaturos e incompetentes para decidir, o enfermeiro assumia a exclusiva responsabilidade no processo de decisão, com base na crença de que agia no melhor interesse do adolescente.

De modo semelhante, num estudo exploratório realizado por Teixeira e Braz (2010), a decisão de incluir os adolescentes no processo de decisão alicerçava-se nos valores e crenças pessoais que os enfermeiros mobilizavam nas situações de cuidados. Não se considerava o processo de desenvolvimento nem as características individuais de cada adolescente, na convicção que estes careciam da compreensão e competência necessárias para aceitar ou recusar o que lhes era proposto. As autoras concluem que, compreender e aceitar que os adolescentes podem decidir autonomamente quando devidamente informados e esclarecidos é determinante para a promoção da autodeterminação individual.

De acordo com Gastmans (2002), a perceção dos contornos éticos de cada situação situa-se na primeira fase do processo de cuidar, determinando o curso da ação do enfermeiro. Os valores éticos e deontológicos mobilizados na prática de Enfermagem permitem identificar quais os problemas éticos que ocorrem durante a prestação de cuidados ao adolescente, reconhecer as alternativas válidas para a sua resolução e definir os objetivos que se pretendem atingir. Conclui-se que se o enfermeiro não reconhece como dever ético e deontológico promover o direito do adolescente a ser incluído no processo de decisão, este nunca será um problema pertencente ao seu escopo de atuação.

Delimitado o problema e identificadas as suas linhas orientadoras, prosseguimos com a apresentação dos objetivos que nos propusemos atingir no decorrer dos diferentes ensinamentos clínicos. Para cada contexto clínico foram delineadas atividades e implementadas intervenções, que permitissem mobilizar e orientar as equipas de Enfermagem para a “resolução e/ou minimização” do problema identificado (Nunes et al., 2010:7).

Definimos como primeiro **Objetivo Geral** “**Apoiar os enfermeiros na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos éticos e legais necessários à promoção da autonomia do adolescente na tomada de decisão relativa à prestação de cuidados de Enfermagem**”. Elaborámos estratégias, delimitámos cursos de ação e programámos atividades de forma a permitir a concretização dos seguintes **Objetivos Específicos**:

- *Identificar nas Equipas de Enfermagem carências formativas e dificuldades de intervenção na promoção da autonomia do adolescente.*
- *Realizar um Workshop no Departamento de Pediatria subordinado ao tema: “Promoção da autonomia do adolescente para o Consentimento Informado”.*
- *Elaborar um Procedimento sobre Consentimento Informado para as Intervenções de Enfermagem, transversal ao Departamento de Pediatria para a promoção da autonomia do adolescente.*

Para o nosso percurso como futuras EESIP definimos como **Objetivo Geral** “**Desenvolver as competências necessárias à prestação de cuidados de maior complexidade à criança, ao jovem e à família, no âmbito das funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, sustentadas na Teoria Humanística de Enfermagem de Josephine Paterson**”. Planeámos, gerimos e implementámos intervenções de Enfermagem durante a prestação de cuidados à criança, jovem e família na perspetiva da maximização da saúde e nas situações de maior complexidade, apresentando respostas adequadas às necessidades individuais (OE, 2010b). Este objetivo foi substantificado através da concretização dos seguintes **Objetivos Específicos**:

- *Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional;*
- *Prestar cuidados de elevada complexidade à criança, jovem e família em ambiente hospitalar e na comunidade, com base nas funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria;*
- *Desenvolver competências éticas na prestação de cuidados ao adolescente e família.*

Iniciamos o nosso percurso apresentando sucintamente o enquadramento conceptual que sustentou o nosso pensamento, prosseguindo para a descrição e reflexão das atividades e processos de trabalho desenvolvidos por forma a concretizar os objetivos anteriormente definidos. Serão apresentadas as intervenções implementadas com vista à resolução do problema identificado e à avaliação do nosso percurso como futuras EESIP. Terminamos com a exposição das nossas considerações finais, onde serão incluídas as limitações com que nos deparámos na implementação do nosso projeto.

Salientamos que não serão descritas todas as experiências vivenciadas durante o nosso percurso, mas apenas as que considerámos como mais pertinentes para a descrição e justificação das atividades desenvolvidas. O presente trabalho foi formatado em acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos vigente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. As citações e Referências Bibliográficas foram realizadas de acordo com a Norma APA.

# **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

## **1.1. Teoria Humanística de Enfermagem**

A Teoria Humanística de Enfermagem, desenvolvida em 1976 por Josephine Paterson, desenrola-se em torno do conceito de diálogo vivido entre dois indivíduos. A singularidade e perspetiva pessoal de cada um dos intervenientes influenciam esse mesmo diálogo e proporcionam o fundamento para a análise individual de cada experiência de vida. Os pressupostos da teoria alicerçam-se na valorização da capacidade de escolha individual e na qualidade e veracidade do diálogo que se estabelece na relação entre enfermeiro e cliente.

A Enfermagem Humanística é definida através do diálogo entre enfermeiro e cliente, que exige o reconhecimento de cada um na situação particular em que se encontra e o modo como a vivencia e é afetado por ela. É uma experiência de vida partilhada entre dois indivíduos, em que existe uma aceitação genuína das particularidades e potencialidades de cada interveniente, permitindo que cada um seja mais do que era antes do diálogo existir. Considerado como resposta a uma necessidade de ajuda, o ato de Enfermagem está relacionado com a sobrevivência do homem, sendo definido como “uma resposta humana que implica a valorização do potencial humano para além do estreito conceito de saúde tida como ausência de doença” (Paterson, 1976: 27).

O processo de Enfermagem Humanística traduz-se num encontro que tem como propósito ampliar as capacidades individuais, através do poder transformador do diálogo que é estabelecido e das transações intersubjetivas entre enfermeiro e cliente, eventos que ocorrem num determinado tempo e num determinado espaço. O diálogo e o encontro não são fortuitos, têm como propósito o autodesenvolvimento. É um “estar com” e “fazer com” o cliente, em que os cuidados prestados são a expressão comportamental da personalidade do enfermeiro e do compromisso e autenticidade assumidos na relação. A qualidade da comunicação que se estabelece



é definida pela conformidade das respostas apresentadas pelo enfermeiro às necessidades que se percebem como afetadas pela doença ou pela saúde (Paterson, 1976).

Assume particular relevância reconhecer que cada indivíduo é livre para escolher qual o envolvimento que deseja no projeto “que é ele próprio na sua situação”, sem que lhe sejam impostos julgamentos limitadores da sua liberdade de ação. Através de respostas que visam o desenvolvimento do potencial humano, o enfermeiro oferece espaço e oportunidade para que cada indivíduo se transforme através do processo de decisão. Para que o cliente possa escolher uma de entre várias alternativas, é necessário que estas sejam apresentadas como estando verdadeiramente ao seu alcance, mediante uma percepção verdadeira da sua liberdade de escolha e a correspondente aceitação das consequências que podem advir das escolhas realizadas (tradução do autor) (Paterson, 1976:18).

Ao identificar o potencial de desenvolvimento que a escolha responsável permite, o enfermeiro proporciona oportunidade para que o cliente exerça a sua liberdade para decidir. De forma constante, faz uma avaliação das necessidades e capacidades individuais e estimula o envolvimento no plano de cuidados proposto, proporcionando suporte ao processo de decisão, aceitando e compreendendo os pontos de vista individuais. De acordo com Paterson (1976), é necessário ouvir verdadeiramente o que outro diz, apreender genuinamente as suas experiências de vida, num diálogo que traduz a compreensão de que cada ser humano é único mas simultaneamente igual e que decide em solidão, tentando compreender-se a si mesmo na sua relação com os outros.

## **1.2. Dimensões Éticas da Ação Humana**

Ao abordar a dimensão ética da ação humana decidimos apresentar duas perspetivas complementares entre si: a de ação do Homem livre, que se projeta no seu exterior através das suas ações pensadas e a perspetiva particular do Enfermeiro, membro de uma profissão regida por regras de conduta estabelecidas no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (Neves, 2004). Aprofundaremos três abordagens teóricas – Ética Aristotélica, Ética Principlista e Deontologia - que nos

permitem pensar e fundamentar a ação humana, começando por clarificar alguns conceitos fundamentais à nossa análise.

Optamos pela definição de ética como “reflexão explícita, teórica, racional e argumentada sobre as normais morais” que nos conduz a possíveis respostas para as perguntas “como agir?” ou “que devo fazer?”, oferecendo um processo formal para concretizar o pensamento em ação. Já a definição de moral remete-nos para conjuntos de regras, valores e princípios socialmente aceites e que determinam as relações entre os membros de uma sociedade ou grupo (Neves, 2004; Santos, 2012: 53).

Como Neves (2004) explicita, a moral determina exteriormente a ação humana através da fixação de regras, ao passo que a ética oferece os fundamentos do agir pensado pelo Homem, ao que correspondem duas diferentes formas de pensar a ação: a sua fundamentação e a sua regulamentação (Nunes, 2008). Partindo da regulamentação da ação, definimos Deontologia como a disciplina que visa conformar o exercício de uma determinada profissão, estabelecendo um conjunto de deveres de conteúdo ético e moral que regem a ação do profissional que a eles se submete (Nunes, 2008).

Passamos agora a aprofundar cada um destes conceitos, associados a teorias éticas da ação humana mais abrangentes, para progressivamente conduzirmos o nosso pensamento até à ética aplicada ao contexto da prática de cuidados de Enfermagem.

### 1.2.1. Ética Aristotélica

A ética Aristotélica desenvolve-se em torno da problemática de como viver uma vida feliz e bem conseguida, através de ações moralmente virtuosas e justas, cuja última finalidade se traduz na felicidade tanto do sujeito que age como dos outros que o rodeiam. Implícito a todas as atividades humanas e processos de decisão estará um bem comum, um bem que é “aquilo por que tudo anseia”, numa hierarquia de bens particulares que se subordinam a um bem supremo: a felicidade. Esta será a finalidade de todas as coisas, autossuficiente e desejada por si mesma, reduto da excelência da ação ética (Aristóteles, 2012: 21; Beckert, 2004).

O caminho é construído através de ações eticamente virtuosas levadas a cabo pelo homem prudente, que interioriza as normas sociais vigentes no decorrer do seu processo educativo. A disposição de caráter necessária à excelência ética é alcançada através da prática, num processo de habituação conducente à virtude do comportamento humano: “tornamo-nos justos praticando ações justas; temperados, agindo com temperança, (...) corajosos realizando atos de coragem”. Não sendo inata, a disposição do carácter é aperfeiçoada através das nossas relações com os outros, analisando cada situação na sua multiplicidade de escolhas possíveis para a ação, determinando antecipadamente qual o melhor meio disponível considerando a finalidade a que nos propormos, desenvolvendo assim uma sabedoria do agir (Aristóteles, 2012 :48).

Analisando as várias disposições de caráter, a correspondente à excelência ética consubstancia-se na posição intermédia entre o excesso e o defeito, o sofrimento e o prazer, escolhendo de acordo com a “extremidade do que é bom”. Sendo uma pré-disposição para agir, não se considera que um homem seja naturalmente bom ou mau, são as suas ações que o definem como tal. Quanto mais se praticar a excelência ou a virtude, tanto mais o comportamento virtuoso surgirá espontaneamente e sem esforço (Aristóteles, 2012: 57).

Da excelência dos atos e das decisões, e de acordo Beckert (2004), enunciamos três fatores que devem estar presentes: o autoconhecimento do sujeito da ação, o conhecimento da situação particular em que se encontra e a capacidade de deliberar em função deste conhecimento. Para agir voluntariamente, o indivíduo terá de ter “em si próprio o princípio motivador da ação” e ser conhecedor das circunstâncias concretas e particulares nas quais esta se processa. Apenas nestas condições será capaz de deliberar acerca dos meios ou das finalidades em vista, decidindo com verdadeira propriedade acerca das coisas que apenas ao próprio dizem respeito (Aristóteles, 2012: 66).

Tradicionalmente, esta teoria ética encontra-se ligada a modelos paternalistas de cuidados, em virtude de considerar o profissional de saúde como o mais apto a definir o que seria “o bem” para o seu cliente. Se todas as atividades humanas têm

por finalidade um bem comum, será correto considerarmos que a Enfermagem também o terá, com a particularidade de o enfermeiro exercer as suas funções numa relação direta que expõe a fragilidade do cliente. A excelência ética advém do hábito de praticar ações virtuosas, com um saber fazer apenas possível através da ponderação do que será o bem naquela situação em específico, para aquela pessoa em concreto, perscrutando “a sua vulnerabilidade, as suas ansiedades e temores”. Em conjunto, o Enfermeiro e cliente percebem o que é necessário providenciar para que este se autodetermine e defina por si próprio qual o caminho para viver uma vida feliz e bem conseguida (Beckert, 2004: 166).

### 1.2.2. Ética Principlista

Inserida no campo da ética aplicada às Ciências da Vida, designadamente a Bioética, a Ética Principlista é definida por um conjunto de princípios que proporcionam orientação aos profissionais de saúde na resolução de dilemas éticos. Sendo um dilema ético de difícil resolução pela sua própria natureza, em que nenhuma das soluções possíveis se afigura como satisfatória ou todas o serão mas nenhuma se apresenta como óbvia, identificam-se quais os princípios éticos de maior ponderação presentes em cada situação.

Os princípios éticos elencados por Beauchamp e Childress (2001) são: autonomia; não maleficência; beneficência e justiça, sendo que assume particular relevância para o nosso tema o primeiro princípio enumerado. Referimo-nos de modo breve à não maleficência como a obrigação não causar dano a outros; à beneficência como a prática de ações que visem o bem e a justiça à equidade no acesso aos serviços de saúde (Beauchamp e Childress, 2001).

A autonomia refere-se à capacidade de cada indivíduo para se autogovernar, ou seja, para se constituir como ser autónomo, livre e capaz de agir com intencionalidade. A voluntariedade da ação humana requer o poder de dar a si próprio uma regra, sem a existência de pressões externas que condicionem a deliberação prévia à ação. A ação em si mesma pode apresentar diversas motivações, mas o ponto fundamental é que seja determinada pelo indivíduo e em acordo com o que este pretende que seja o seu comportamento (Beauchamp e Childress, 2001; Filipe, 2004; França, 2012).

Numa analogia com a ética das virtudes, o princípio da autonomia está intrinsecamente ligado ao respeito pela dignidade da pessoa humana como virtude em si mesmo<sup>2</sup>. O enfermeiro pauta a relação terapêutica que estabelece com o cliente pela veracidade dos seus atos, no respeito pela privacidade e pela singularidade do outro, promovendo a prossecução dos projetos de saúde que cada indivíduo estabelece e define para si mesmo (Filipe, 2004). A parceria enfermeiro - cliente compreende o quadro de valores (necessariamente diferentes) que cada um partilha, o respeito pelas capacidades do outro e a valorização do seu papel, tendo em vista a autodeterminação individual (Nunes, 2008; OE, 2009; OE, 2001).

### 1.2.3. Deontologia

Como refere Brito (2008:16) a deontologia é a “exteriorização da moral profissional”, ou seja, é o lado visível do acordo que o enfermeiro aceita de forma voluntária aquando da sua adesão à profissão de Enfermagem, comprometendo-se em pautar a sua ação pelas regras, princípios e valores enunciados pelos código deontológico que subscreve. Trata-se, portanto, de uma ética do dever, que se concretiza através da ação prática dos profissionais na sua relação com o cliente, com a equipa multiprofissional na qual se insere e com a instituição onde a prática de Enfermagem decorre.

O carácter de regulamentação que os códigos deontológicos oferecem permite analisar a conformidade da prática do enfermeiro com o que é preconizado e da correspondência da sua ação moral aos padrões vigentes na profissão. Há uma uniformização do que é expectável em termos de competências mínimas do profissional e a explicitação daquilo que serão os padrões de qualidade máxima a atingir, num contributo para a formação do comportamento ético do mesmo (Brito, 2008; Nunes, 2008).

O enfermeiro possui vários referenciais de ação oferecidos pela OE, sinónimo da crescente profissionalização da prática de cuidados de Enfermagem. Desde os Regulamentos de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, aos pareceres emanados pela OE, ao CDE como expoente máximo, os princípios

---

<sup>2</sup> Enunciado pela primeira vez no Relatório Belmont, em 1978, este princípio ético é descrito como o “respeito pelas pessoas”.

enunciados em cada documento sugerem normas de atuação “que a sabedoria prática tem a ambição de conciliar”. Dos fundamentos éticos de cada um, cabe ao enfermeiro procurar um entrelaçar que melhor se ajuste às diferentes e complexas situações de cuidados com que se depara (Nunes, 2008:36).

Como princípios gerais que fundamentam a ação do enfermeiro, o CDE enumera três: a responsabilidade que se assume perante a sociedade aquando da adesão à OE, a excelência no exercício profissional e o respeito pelos direitos da pessoa humana (Nunes, 2008). Quanto à responsabilidade social, defendemos que o enfermeiro tem o dever de prestar cuidados de saúde individualizados e de elevada qualidade a pessoas, famílias e comunidades. A excelência no exercício profissional preconiza que o enfermeiro “incorpore os resultados da investigação na sua prática”, prescrevendo, implementando e assegurando intervenções de Enfermagem autónomas e interdependentes, refletindo sobre a sua própria ação e enriquecendo ao longo do tempo a sua formação inicial (OE, 2009; OE, 2001:11).

O respeito pelos direitos humanos atravessa a prática de cuidados e influencia profundamente o modo como as pessoas e o cuidar são encarados. Toda a pessoa humana é portadora de dignidade própria: esta não é uma condição que se altere com a idade ou com a vulnerabilidade própria da doença. Assim, inerente ao cuidar estará o respeito pela pluralidade de convicções políticas, culturais e religiosas, naquilo a que se poderá apelidar de diferentes formas de cuidar em harmonia com a individualidade de cada um.

### **1.3. A autonomia do adolescente nos processos de tomada de decisão**

Decorrente do respeito pela dignidade humana e do direito à autodeterminação, a inclusão do adolescente nas decisões de saúde que lhe dizem respeito é um processo delicado. A oportunidade de exprimir verdadeiramente a sua vontade apenas surgirá se existir uma genuína capacidade de ouvir o que o adolescente tem para dizer (Delmar, 2012).

Os pais são os representantes legais dos seus filhos no que diz respeito a escolhas de saúde, decidindo não em função de si mesmos mas considerando o superior

interesse da criança. A aceitação da decisão dos pais baseia-se em dois pressupostos: que estes agem em acordo com o que consideram ser a proteção dos melhores interesses dos seus filhos e que a sua opinião foi realmente tida em conta na decisão a ser tomada. Isto será válido para todas as crianças consideradas como incompetentes para decidir. Mas todas as crianças e adolescentes são incompetentes para decidir? Esse será o cerne da nossa reflexão (Iltis, 2010; Amorim, 2011).

É necessário considerar o potencial do adolescente para se autodeterminar, respeitando o seu direito de acesso a toda a informação que desejar e à liberdade de formar e exprimir livremente a sua opinião, de molde a ser verdadeiramente incluído nas decisões de saúde que lhe dizem respeito<sup>3</sup>. Os pais transitam do papel de decisores exclusivos para um plano de suporte à decisão do adolescente, permitindo que este possa desenvolver as competências necessárias à prossecução do seu projeto de saúde. Observa-se uma autonomia progressiva do adolescente à medida que este se aproxima da idade adulta, o que sugere que maior ponderação e aceitação devem ser dadas às suas escolhas (Moisa et al., 2013; Amorim, 2011).

Para atestarmos da validade do consentimento informado em matéria de escolhas de saúde elencamos três pressupostos: a competência para decidir, o discernimento necessário para avaliar as consequências da sua decisão e a idade mínima de 16 anos<sup>4</sup>. O conceito de competência está intrinsecamente ligado à tarefa que é necessário realizar e ao contexto onde ocorre: quanto mais complexa, maiores serão as exigências em termos de aptidões requeridas para a executar. O grau de maturidade necessária para apreciar possíveis cursos de ação; a compreensão das consequências que possam advir da decisão tomada; a fragilidade associada a determinados processos de doença e a familiaridade com a doença<sup>5</sup>, são fatores que assumem particular relevância aquando da avaliação da presença da

---

<sup>3</sup> Cfr. os artigos 12º, 13º e 14º da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC).

<sup>4</sup> Cfr. o número 3 do artigo 38º do Código Penal (CP). Causas que excluem a ilicitude e a culpa. Consentimento.

<sup>5</sup> Referimo-nos à maturidade na doença: crianças portadoras de doenças crónicas possuem uma compreensão mais aprofundada sobre as consequências das suas decisões de saúde, o que poderá traduzir-se numa maior competência para decidir.

competência necessária à decisão a ser tomada (Beauchamp e Childress, 2001; Donnelly e Kilkelly, 2011; Weir e Peters, 1997).

Ao contrário dos adultos para os quais se terá de provar uma incapacidade concreta para agir, para os adolescentes tratar-se-á de provar exatamente o contrário, ou seja, que estes podem decidir autonomamente se forem devidamente informados e considerados como competentes para tal. Se em determinadas circunstâncias não forem considerados aptos para decidir autonomamente, é-lhes reservado o direito de participar no processo de decisão e garantido que a sua opinião é tida em consideração. Participar das decisões que lhe dizem respeito promove a adesão ao plano de tratamento proposto, o aumento da autoestima do adolescente na medida em que se sente valorizado e respeitado, assim como o processo de adaptação e compreensão da própria doença (Donnelly e Kilkelly, 2011; Levy, Larcher e Kurz, 2003).

De forma a proporcionar decisões verdadeiramente esclarecidas, é necessário falarmos de informação. A informação deve ser verdadeira e adequada ao nível de compreensão do adolescente, correspondendo à que este deseja e requerer para formar a sua vontade. A informação deve compreender o diagnóstico; o tratamento que é proposto; benefícios; efeitos secundários; tratamentos alternativos e consequências de uma possível recusa. O ato de informar deve ser encarado como um processo ativo, em que se avalia qual a extensão e profundidade de informação que se deseja obter, em que moldes e qual o momento mais oportuno para o fazer (Amorim, 2011; Orr, 1999).

O pré-requisito de informação subjacente ao consentimento livre e esclarecido apresenta uma grande similitude com o conceito de “empoderamento”<sup>6</sup>: ao proceder a uma análise individual das necessidades de informação, esta é adequada às características únicas de cada adolescente e permite-lhe o controlo do que pretende que sejam as suas escolhas. Na relação terapêutica que se estabelece entre enfermeiro, adolescente e família observa-se uma assimetria de poderes, num encontro que não é fortuito mas sim gerado pela necessidade de procura de

---

<sup>6</sup> Tradução do Inglês: Empowerment.



cuidados de saúde. Este desnivelamento de poderes pode e deve ser minimizado pela capacidade do enfermeiro em partilhar informação e proporcionar espaço para que os pontos de vista e as ações de cada um possam existir livremente (Orr, 1999).

Como ponto último da nossa reflexão abordaremos a problemática da recusa do adolescente. Se um adolescente maior de 16 anos é considerado competente para consentir em relação a um determinado tratamento, também deverá ser considerado também como competente para dissentir. Dado que a avaliação deverá ser contextual, e considerando que existe uma real compreensão das consequências de uma recusa, de um modo geral, a decisão do adolescente deverá ser respeitada. (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2013; Levy et al., 2003)

Impor a realização de um tratamento que um adolescente não aceita afigura-se como eticamente questionável. O conflito que se gera entre adolescente, família e os profissionais de saúde quando a sua decisão é vista como irracional ou passível de provocar danos irreversíveis no seu estado de saúde, pode ser resolvido através de um processo de negociação entre todos os intervenientes. De acordo com Levy et al. (2003) adiar por um período razoável o tratamento, permitindo espaço para debate e discussão dos vários pontos de vista e opções, proporciona espaço ao adolescente para uma maior reflexão acerca da sua decisão e possibilita ao enfermeiro e à família uma maior compreensão da recusa do adolescente.

#### **1.4. Desenvolvimento de competências éticas**

Competência pode ser definida como a correta mobilização de recursos materiais ou intelectuais com vista à resolução de problemas, englobando a capacidade de um individuo realizar determinadas tarefas obtendo resultados ótimos. Trata-se de identificar de forma precisa os contornos do problema que se apresenta e mobilizar os recursos adequados à sua resolução, sendo então a competência saber fazer e saber mobilizar (Dinç e Gorgulu, 2002; Jormsri, Kunaviktikul, Ketefian e Chaowalit, 2005; Pacheco e Rosa, 2009).

Os recursos intelectuais englobam necessariamente o nível de conhecimentos teóricos e práticos do enfermeiro, mas não se limitam a eles. Desenvolver

competências reflexivas sobre a prática de cuidados de Enfermagem permite a identificação de problemas de relevância ética, que exigem um olhar verdadeiro sobre os acontecimentos do dia-a-dia profissional, e a articulação dos conhecimentos teóricos com a prática clínica. Sem a devida preparação formal, os valores pessoais do Enfermeiro constituem-se como fatores que influenciam a identificação dos contornos éticos relevantes de cada situação. A relação terapêutica que se estabelece entre enfermeiro e cliente exige uma base sólida de confiança no profissional, o que implica que este não analise as situações de cuidados de acordo com a sua intuição pessoal (Dinç e Gorgulu, 2002; Jormsri et al., 2005).

Espera-se que o enfermeiro pautar a sua atuação pela igualdade; veracidade; altruísmo e capacidade de escolha responsável, respeitando e promovendo o direito de cada cliente à autodeterminação individual, na compreensão de que “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”. A competência ética conduz o enfermeiro a agir no melhor interesse dos seus clientes, numa prestação de cuidados individualizada e com base nos conhecimentos dos valores da profissão e do cliente de quem cuida (OE, 2001:13; OE, 2009).

Gastmans (2002:505) defende que a formação em ética deve cultivar a sensibilidade ética do Enfermeiro, de modo a que haja uma real capacitação para “discernir do significado ético de cada situação e agir de acordo com essa percepção” (tradução do autor). Conhecer teorias e princípios éticos através da preparação formal, permite que a visão de objetivos e definição de estratégias de ação não se alicerce na intuição individual do que será eticamente correto. Tal implica que a formação seja adaptada às necessidades formativas identificadas, não se limitando a impor procedimentos classificados como certos ou errados.

A prática de Enfermagem decorre em contextos organizacionais específicos, cujas políticas de cuidados também definem o que é considerado ou não como eticamente relevante. Palco de inúmeras interações, demasiada ênfase é colocada num conceito de competência associada aos aspetos técnicos do cuidar e os aspetos mais humanos, como sejam o bem-estar do cliente e o respeito pelos seus direitos fundamentais, têm de encontrar espaço de sobrevivência no ambiente tecnicista que demasiadas vezes impregna a relação enfermeiro - cliente (Gastmans, 2002).

## 2. ATIVIDADES E PROCESSOS DE TRABALHO

No presente capítulo pretendemos descrever as atividades e processos de trabalho desenvolvidos nos diferentes contextos de ensino clínico, realizados com o propósito de atingir os objetivos a que nos propusemos e contribuindo para a articulação de possíveis respostas ao problema de Enfermagem identificado – as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na promoção da autonomia do adolescente no processo de tomada de decisão relativa aos cuidados de Enfermagem. As atividades e respetiva calendarização são apresentadas nos Anexos I e II, mas não correspondem às planeadas no Projeto de Estágio, uma vez que foram alvo de reformulação ao longo dos diversos contextos de ensino clínico. No entanto, existiu um esforço constante da nossa parte para identificar e implementar “medidas de recuperação”, para que a concretização dos objetivos a que nos propusemos não fosse comprometida (Nunes et al., 2010:23).

Considerando a Enfermagem como uma disciplina que tem como missão servir os outros, a prática assistencial do enfermeiro na área da Pediatria tem como centro dos cuidados a criança, o adolescente e a família. Face a estes intervenientes no processo de cuidar, foi utilizado como referencial teórico a Teoria Humanística de Enfermagem de Josephine Paterson e mobilizámos contributos pertinentes da Filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF)<sup>7</sup>. Planeámos processos de trabalho e atividades a realizar, refletindo sobre a prática de Enfermagem de modo a “desenvolver novos esquemas de ação” e mobilizando conhecimentos baseados na evidência científica (Serrano, Costa e Costa, 2011:18).

Os modelos referenciais utilizados permitiram, como refere Fawcett (1992:224), definir a nossa prática de cuidados através da “identificação de problemas com relevância clínica”, desenvolver intervenções e identificar quais os resultados pretendidos, por forma a permitir uma prática baseada na evidência e orientada para o cliente (Burkhardt e Nathaniel, 1998). A utilização de contributos provenientes de

---

<sup>7</sup> A CCF será abordada em maior detalhe no 2º Objetivo Específico.

diferentes sistemas conceptuais permitiu um modelo de sustentação da prática de Enfermagem coerente, que suportou a concretização de objetivos e a consecução de resultados positivos da prática de cuidados de Enfermagem (Boykin, Bulfin, Schoenhofer, Baldwin e McCarthy, 2005).

Iniciámos o nosso percurso em três dos contextos clínicos que compõe o Departamento de Pediatria (Serviço de Urgência Pediátrica; Serviço de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos) do hospital onde exercemos funções. No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, optámos por uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (USCP). A razão desta escolha prendeu-se com a existência de uma consulta para jovens e adolescentes na USCP, mas no decorrer do ensino clínico percebemos que estava desativada por não existir um enfermeiro disponível para a realizar. Procedemos às diligências necessárias para podermos realizar um quinto ensino clínico num contexto inteiramente dedicado à prática assistencial a adolescentes, ou seja, num Centro de Atendimento a Adolescentes (CAA).

**1º Objetivo Específico: Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.**

O primeiro objetivo delineado foi concretizado em dois momentos: primeiramente durante a elaboração do Projeto de Estágio, por forma a planear atividades condizentes com a realidade de cada contexto e posteriormente no decorrer de cada ensino clínico. Passamos a descrever sucintamente a estrutura física, organização e métodos de trabalho dos diferentes contextos clínicos que compõe o Departamento de Pediatria, cuja missão é a prestação dos melhores cuidados ao recém-nascido, criança e adolescente e onde a filosofia de cuidados adotada é a filosofia dos Cuidados Centrados na Família.

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) é constituído por sala de Triagem, sala de Tratamentos e Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e a cada posto de trabalho (Triagem, Tratamentos e UICD) está afeto um enfermeiro, coordenados pelo Chefe de Equipa. Os registos de Enfermagem são realizados no sistema informático Soarian Clinicals, também partilhado pelo Serviço de Pediatria (SP), que é composto por Enfermaria A, Enfermaria B e Hospital de Dia de Pediatria.

De acordo com Rocha (2012), os registos clínicos informatizados promovem a sistematização e uniformização de procedimentos, numa melhoria da organização do armazenamento das informações de saúde. Constatámos que o tempo despendido na realização dos registos de Enfermagem é significativamente superior no SP quando comparado com o SUP. A primeira razão apontada pela equipa para este fato é a dispersão dos dados relativos a cada criança internada, uma vez que é possível fazer os registos de diferentes formas, não existindo uma tipificação na sua realização. Também se observou que o sistema permite que a equipa duplique os registos de Enfermagem, o que torna evidente que o sistema informatizado não reduz verdadeiramente o tempo necessário para realizar os registos. Estas conclusões vão de encontro às razões apontadas por Rocha (2012), quando o autor indica no seu estudo que a complexidade e multiplicidade dos sistemas de registo clínico electrónico poderão interferir com a prestação de cuidados, dado o tempo consumido no seu correto preenchimento.

A UCIEP divide-se na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos. A distribuição da equipa de Enfermagem é realizada no rácio de um enfermeiro para três crianças na Unidade de Cuidados Especiais e no rácio de um enfermeiro para duas crianças na Unidade de Cuidados Intensivos. Estes rácios podem sofrer alterações consoante a complexidade dos cuidados de Enfermagem a prestar, considerando o grau de dependência, o “tipo e frequência das intervenções de Enfermagem requeridas” para cada criança (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006:58). Os registos de Enfermagem são realizados manualmente em impresso próprio.

No que concerne aos métodos de prestação de cuidados existentes no SP e UCIEP observámos que as equipas de Enfermagem utilizam o método de trabalho individual, em que o enfermeiro presta todos os cuidados a um determinado número de crianças e famílias, num um período de tempo definido, que corresponde à duração do turno de trabalho. De acordo com o preconizado pela OE (2011) o método de trabalho que melhor serviria a filosofia de cuidados adotada pelo Departamento de Pediatria – Cuidados Centrados na Família – seria o método de enfermeiro de referência. No entanto, Mendes (2012) considera que o método de trabalho individual também permite desenvolver uma parceria com a família,

envolvendo-a nos cuidados a prestar à criança e promovendo a prestação de cuidados individualizados.

O método de trabalho usado no SUP é o funcional, que se reporta à fragmentação das tarefas executadas por cada membro da equipa, em que a ênfase dos cuidados é colocada na tecnicidade dos cuidados e onde se perde a visão holística do cliente. A distribuição de trabalho da Equipa denota esta parcelização dos cuidados: cada criança e família é cuidada por vários enfermeiros em diferentes momentos da prática de cuidados, quer seja durante a triagem, durante a execução de tratamentos ou aquando do internamento na UICD (Oro e Matos, 2011).

A UCSP onde decorreu o quarto ensino clínico é uma das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Norte. A missão da UCSP é a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica, através da “promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, e a prestação de cuidados de saúde na doença”<sup>8</sup>, orientando a sua ação quer para indivíduos, grupos ou comunidades, com base nos melhores conhecimentos científicos disponíveis. A metodologia de trabalho utilizada é a do enfermeiro de referência, promotora de cuidados de Enfermagem personalizados, que promovem “a comunicação entre os vários intervenientes do processo de cuidar e o desenvolvimento de relações de confiança” (Mendes, 2012:141). Os registos de Enfermagem são informatizados, utilizando o Sistema de Informação para Unidades de Saúde – SINUS.

As atividades planeadas para este ensino clínico sofreram alterações devido aos condicionamentos impostos pela própria UCSP, dos quais decorreria a exclusiva possibilidade de realização de Consultas de Saúde Infantil, sendo que as restantes atividades programadas para o período em questão, nomeadamente consulta de adolescentes, vacinação e participação na equipa de intervenção precoce, não seriam enquadráveis. A duração do ensino clínico na UCSP foi reduzida e reformulámos o cronograma de atividades de forma a podermos incluir um quinto contexto de ensino clínico.

---

<sup>8</sup> Cfr. os números 1, 2, 3 e 4 do artigo 3º da Deliberação nº 1102/2011 de 19 de Abril, que aprova o Regulamento Interno do ACES de Lisboa Norte.

A nossa última experiência em ensino clínico decorreu num CAA, também ele integrado no ACES de Lisboa Norte, que tem como objetivo garantir a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde a adolescentes dos 12 aos 24 anos e orientando a sua atuação para adolescentes, famílias, escolas e comunidade. A equipa é constituída por médicos, enfermeiros, psicóloga, assistente social, socióloga e um especialista em Relações Públicas em regime de voluntariado. O método de trabalho é o individual e os registos de Enfermagem são realizados no sistema informático SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – e na Ficha do Adolescente construída de acordo com a metodologia HEEADSSS<sup>9</sup>, que define as linhas orientadoras na entrevista ao adolescente.

**2º Objetivo Específico: Prestar cuidados de elevada complexidade à criança, jovem e família em ambiente hospitalar e na comunidade, com base nas funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.**

O presente objetivo foi concretizado durante a prestação de cuidados à criança, adolescente e família em ambiente hospitalar e na comunidade, delineando objetivos, refletindo sobre a prática, numa perspetiva holística do cuidar e que permitisse uma melhoria continua dos cuidados. Passamos a abordar as esferas de ação do EESIP que englobam os cuidados à criança, jovem e família perspetivando a maximização da saúde, atuando de forma competente nas situações de especial complexidade, promovendo um desenvolvimento saudável e concretizando uma correta gestão do seu bem-estar, numa perspetiva de minimização do impacto negativo da doença e hospitalização. (OE, 2001; OE, 2011:11; Pereira et al., 2010)

Prestar cuidados de forma holística requer do enfermeiro um olhar que encare a criança, o adolescente e a família como um todo, em que as intervenções de Enfermagem são organizadas e implementadas “em interação e harmonia com as necessidades” dos mesmos (tradução do autor) (Mattsson et al., 2013:529). A prática de cuidados envolveu o cuidado físico, emocional e psicossocial, proporcionando sentimentos de esperança e valorização. Ao iniciarmos as nossas intervenções percebemos que devemos dispor de uma capacidade de escuta ativa, que permita uma disponibilidade intelectual e afetiva para a relação, uma presença

---

<sup>9</sup> Esta metodologia é descrita no Anexo III.

sincera enquanto capacidade para estar com a criança e família e centrarmo-nos na reações emocionais da criança e família ao invés da doença (Phaneuf, 2005).

A Filosofia dos CCF foi um dos referenciais conceptuais utilizados na sustentação das intervenções de Enfermagem implementadas. A prestação de cuidados teve sempre presente o envolvimento, a participação e o trabalho em parceria com os pais ou cuidadores principais, orientada para a segurança e bem-estar das crianças e famílias. Subjacente aos CCF está a capacitação dos pais para o processo de cuidados através da negociação, a “maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança” e a “promoção de uma relação terapêutica baseada na confiança e respeito mútuos” (Mendes, 2012: 138).

O primeiro contacto da criança e família em situação de doença aguda com o hospital e a equipa de Enfermagem, é uma situação geradora de stress e angústia em todos os intervenientes. Ao observarmos a realização da Triagem no SUP percebemos que o estilo comunicacional empregue e a forma como se tranquilizam os pais e se transmite informação, são instrumentos cruciais para o início de uma relação terapêutica profícua que traduza uma ligação real entre o enfermeiro, a criança e a família (Boykin et al., 2005). Os pais percebem o ambiente hospitalar como hostil e apresentam necessidades relacionadas com a informação sobre o estado de saúde dos seus filhos, que ao serem colmatadas permitem reduzir sentimentos de ansiedade e perda de controlo da situação vivida, influenciando de forma positiva futuras vindas ao hospital (Moorey, 2010).

A experiência da hospitalização pode criar uma sensação de dependência nas crianças mais jovens, fazendo-os regredir no seu desenvolvimento e exibir comportamentos reveladores de desconforto emocional, como ansiedade extrema, choro ininterrupto, distúrbios do sono e perda de controlo de esfíncteres. Identificámos como fatores que desencadeiam estes comportamentos a angústia causada pela separação dos pais, o receio do ambiente estranho em que se encontram, o medo da dor e das possíveis consequências da doença e a interrupção brusca de rotinas do dia a dia. (Binnebesel, 2011; Hodapp, 1982; Moorey, 2010; Seifert e Hoffnung, 1997)



No decorrer dos ensinamentos clínicos no Departamento de Pediatria, identificámos diversas intervenções de Enfermagem passíveis de minimizar a rotura do equilíbrio familiar e o impacto negativo da hospitalização no desenvolvimento infantil, através da mobilização dos recursos psicológicos das crianças, jovens e famílias, trabalhando as características pessoais de cada um e promovendo uma vinculação segura (OE; 2010a). A primeira intervenção que descrevemos prende-se com a importância do acompanhamento dos cuidadores principais à criança, uma vez que serão estes que melhor a conhecem, constituindo-se como fonte privilegiada de conforto e salvaguardando um direito consagrado por lei<sup>10</sup>.

Devido às características físicas do SUP, onde as salas de trabalho dos enfermeiros e médicos são exíguas, é permitida a estadia de apenas um acompanhante por criança<sup>11</sup>. A equipa de Enfermagem contornava esta dificuldade negociando a presença de mais acompanhantes, cientes do seu papel regulador no sofrimento físico e emocional provocado pela doença, incentivando a sua presença. Observámos muitos pais que por não quererem deixar os seus filhos sozinhos em circunstância alguma, se recusavam a usufruir das senhas de refeição gratuitas disponibilizadas ou colaboravam na realização de procedimentos que envolviam agulhas, apesar deles próprios exibirem comportamentos sugestivos de fobia a agulhas.

O desenvolvimento da autorregulação emocional permite às crianças desviar a atenção dos estímulos negativos do ambiente através da adoção de comportamentos de auto-conforto. No entanto, na ausência dos pais, observámos em lactentes comportamentos como procurar a chucha ou a fralda de pano e nas crianças em idade pré-escolar comportamentos de isolamento, recusando-se a brincar ou comer, deitadas no leito e viradas de costas para os profissionais de saúde, reclamando pelo contacto físico com os pais através de comportamentos agressivos. As crianças em idade escolar suportam melhor os momentos de separação, uma vez que o desenvolvimento da capacidade de representação lhes permite perceber que a ausência dos pais é temporária (Seifert e Hoffnung, 1997).

---

<sup>10</sup> Cfr. o artigo 2º da Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro, que define o acompanhamento familiar em internamento hospitalar.

<sup>11</sup> Cfr. o artigo 1º da Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho, que define o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde.

No SP e na UCIEP são permitidas aos adolescentes visitas dos amigos e do namorado, o que diminuía o afastamento do grupo de pares e proporcionava momentos de descontração durante o internamento<sup>12</sup>. No SP existe uma enfermaria com vagas reservadas para os adolescentes, uma sala com livros diversos, equipamento informático com ligação à internet e onde podem estudar. Constatámos que as equipas de Enfermagem estão sensibilizadas para as necessidades especiais dos adolescentes, através da existência de espaços dedicados ao seu acolhimento e que lhes permite manter algumas das rotinas habituais.

A segunda intervenção de Enfermagem que passamos a descrever relaciona-se com o cumprimento do dever de informar os pais, as crianças e os adolescentes sobre tudo o que estes desejem saber sobre os cuidados a prestar (OE, 2007). Um dos fatores que torna o contacto com as equipas de saúde tão avassalador é a ausência de conhecimentos em matéria de saúde, algo que trabalhámos ao proporcionar informação de forma personalizada, identificando dúvidas existentes e contribuindo para a diminuição da ansiedade das crianças e famílias. De acordo com Brady (2009), as crianças esperam que o enfermeiro responda às suas questões de forma genuína, estabelecendo uma relação de reciprocidade e equilíbrio. Não ser ouvido, ou ser ignorado, pelos enfermeiros é apontado como um dos fatores que tornam a experiência de hospitalização mais desagradável.

Compreendemos que informar os pais sobre procedimentos, tempos de espera para a realização de meios complementares de diagnóstico ou como podem cuidar do seu filho, ajuda-os a sentirem-se úteis e parte integrante da equipa que cuida da criança (Piskosz, 2007). Para estabelecermos uma relação de parceria começámos por identificar e valorizar os conhecimentos dos pais, colmatando necessidades de informação, na compreensão de que a ausência de informação origina sentimentos de desconfiança na competência dos profissionais e na forma de organização do trabalho (Malley, Brown e Krug, 2008).

---

<sup>12</sup> Cfr. o número 2 do artigo 2º da Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro, que define o acompanhamento familiar em internamento hospitalar.

No SUP ouvimos uma mãe pedir desculpa por pretender informações relacionadas com a terapêutica a ser administrada ao seu filho e presenciámos inúmeras situações em que os pais e as crianças afirmavam não ter qualquer informação sobre os procedimentos prescritos pela equipa médica. Este desequilíbrio de poderes na relação entre pais e profissionais de saúde pode ser reduzido através da partilha honesta de informação sobre os cuidados a prestar.

No momento da admissão no SP, na UCIEP ou na UICD do SUP são prestadas aos pais todas as informações relacionadas com as rotinas dos serviços e dos seus direitos enquanto acompanhantes. É um momento privilegiado para aferirmos as suas expectativas, dúvidas, anseios e temores em relação à situação clínica dos seus filhos e para se conhecerem as rotinas familiares normais. Referimo-nos a aspetos triviais do dia a dia que respeitámos durante o curso do internamento, num esforço que envolveu toda a equipa de Enfermagem e que exige um conhecimento individualizado da história de cada criança, adolescente e família. Constitui-se como a terceira intervenção identificada o respeito pelas preferências pessoais no que concerne a horas de refeição, banhos, brinquedos ou atividades preferidas e pessoas de referência para cada criança. Tornamos possível a hora do banho ao final do dia, como se faz em casa ou não incluir na dieta alimentos que a criança não gosta, constitui-se como sinónimo de respeito pela individualidade de cada criança e família e que permite um sentimento normalizador em todos os intervenientes.

Para articular os cuidados de Enfermagem com a família ou cuidadores principais, é necessário aferir qual o grau de participação que desejam e quais os conhecimentos que é necessário transmitir, para que essa participação seja possível. Exemplificando, haverá situações em que serão os pais a dar o banho com autonomia e segurança. Em situações de maior instabilidade da criança, que implicam ventilação invasiva ou a existência de cateteres centrais, os pais demonstram um medo genuíno de tocar no filho, implicando todo um conjunto de intervenções que permitam uma maior autonomia dos pais para cuidarem do seu filho.

No ensino clínico na UCIEP observámos o papel crucial do enfermeiro ao trabalhar estes receios, promovendo o toque, explicando como é possível ter o filho ao colo ou

mudar uma fralda apesar das traqueias dos ventiladores, fazer uma massagem apesar de toda uma parafernália de fios de monitores e soroterapia. Estas pequenas intervenções proporcionam aos pais sentimentos de utilidade e de controlo, uma vez que até aqui eles eram os cuidadores principais da criança e subitamente, vêm-se remetidos para um papel, diríamos que secundário, num ambiente que desconhecem e que não compreendem.

A quarta intervenção de Enfermagem percebida como crucial no relacionamento com as crianças é o brincar. No estudo realizado por Brady (2009), com crianças internadas num Departamento de Pediatria e com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, foram identificadas algumas características que as crianças apontam para classificar o enfermeiro como bom ou mau. Enumeramos o ser simpático, divertido, capaz de fazer piadas e dar gargalhadas com as crianças, usar nomes carinhosos e ter disponibilidade suficiente para brincar. O brincar é um instrumento terapêutico fundamental na redução da ansiedade, ao permitir a exteriorização de sentimentos negativos vivenciados e ao facilitar aprendizagens sobre o ambiente, assumindo-se como elemento crucial no desenvolver da relação entre o enfermeiro e a criança (Pereira et al., 2010).

Nos diferentes ensinos clínicos encontrámos diversos materiais e brinquedos disponibilizados às crianças mas a sua utilização diferia consoante os objetivos do brincar: presenciámos o uso do brincar dirigido na consulta de Saúde Infantil da UCSP e do brincar livre nos diferentes contextos clínicos do Departamento de Pediatria. Na UCSP o uso do brincar dirigido prendia-se com a necessidade de avaliação do estadio de desenvolvimento de cada criança, onde existiam brinquedos pensados para esse efeito, e onde era permitido às crianças “manipular e explorar o material” com que se deparavam na sala (Pereira et al., 2010:27).

No Departamento de Pediatria, o brincar não estava estruturado e oferecemos materiais e brinquedos consoante as preferências de cada criança. Relatamos a sua particular importância no SUP, principalmente na sala de aerossóis e na sala de tratamentos, como atividade de distração durante a administração de terapêutica e na redução do medo relacionado com a execução de procedimentos dolorosos. Associámos o brincar com a aplicação de medidas não farmacológicas na gestão da

dor na preparação e durante a realização de procedimentos dolorosos (Pereira et al., 2010).

Para prepararmos as crianças mais jovens para os procedimentos dolorosos recorremos ao uso de bonecos onde eram exemplificadas as técnicas, permitindo a manipulação do material que iria ser usado e o **ensaio comportamental**, fingindo que as técnicas eram executadas nos pais. Estes jogos simbólicos do “faz de conta” assumem particular relevância ao facilitarem a organização e processamento dos novos conhecimentos adquiridos. Com as crianças mais velhas, promovemos um ambiente informal e descontraído, colocando questões sobre a escola e os amigos, pedindo que nos descrevessem as suas atividades favoritas. Um aspeto crucial no final dos procedimentos, independentemente da faixa etária, foi o uso do reforço positivo através de expressões como “*foste um corajoso!*” ou “*portaste-te lindamente!*” (Brady; 2009; Czarnecki et al., 2011; DGS, 2012).

Durante a realização dos procedimentos utilizámos **técnicas de relaxamento** usando frases como “*agora contas até 10... E agora para trás!*”; a utilização da **imaginação guiada** “*fechas os olhos e imaginas que estás na praia, com os sol a bater-te na cara*” ou “*agora vais pôr esta máscara e imaginar que vais voar no meio do fumo*” (referindo-nos à máscara de aerossol) e o uso da **música**, em que todos os presentes na sala cantavam músicas infantis e incentivavam as crianças a cantar durante a execução dos procedimentos. (Brady, 2009; Czarnecki et al., 2011; DGS, 2012).

Passamos a descrever as atividades desenvolvidas na UCSP durante as consultas de Saúde Infantil, onde se pretendeu “avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento” de cada criança, identificando precocemente perturbações existentes, conscientes do seu impacto no desenvolvimento harmonioso da criança<sup>13</sup> (OE, 2010a:69).

A observação na consulta de Saúde Infantil tem início no momento em que a criança entra na sala na companhia dos pais, inclusivamente enquanto se conversa com

---

<sup>13</sup> O planeamento das consultas de Saúde Infantil é apresentado no Anexo IV.

estes no decorrer da consulta. Constatámos que a enfermeira de referência do ensino clínico procedia a uma avaliação constante da criança, enquanto esta corria na sala, manipulava os brinquedos existentes ou tentava chamar a atenção dos pais. No decorrer da consulta aplicámos a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada, conscientes de que o desenvolvimento infantil obedece a padrões previsíveis, em que a sequência de aquisições poderá ser comum a todas as crianças mas em que o desenvolvimento se processa de forma descontinuada (DGS, 2013).

Procedemos à avaliação da motricidade global, visão, linguagem, audição, comportamento e relações vinculares com a família, estabelecendo com os pais uma parceria promotora do desenvolvimento infantil, transmitindo informações pertinentes e valorizando os seus conhecimentos sobre a criança. A atitude empática e calorosa é essencial para propiciar um ambiente descontraído, que permita aos pais exprimir os seus receios, dúvidas e expectativas. Com o apoio da enfermeira de referência, foi possível desenvolver capacidades relacionais num contexto que não nos era familiar mas que permitiu conhecer melhor cada família.

A vivência deste ensino clínico foi particularmente proveitosa no que concerne à avaliação sistematizada dos parâmetros de desenvolvimento infantil e dos diferentes fatores que o influenciam, observando o comportamento das crianças num ambiente informal e identificando situações de risco para posterior encaminhamento para outros profissionais. As intervenções promotoras do desenvolvimento infantil foram realizadas de forma assertiva, “promovendo a aliança parental, flexível e de partilha bidirecional, que valoriza os conhecimentos e experiências dos pais” (OE, 2010a:72).

### **3º Objetivo Específico: Desenvolver competências éticas na prestação de cuidados ao adolescente e família.**

Constituindo-se como um grupo etário maioritariamente saudável, a presença dos adolescentes nos serviços de saúde edifica-se como oportunidade privilegiada para promover a “progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde” (OE, 2011:11). É nesta fase que se desenvolvem padrões de uso dos serviços de saúde que se mantêm durante a vida adulta, ressaltando-se a importância do vivenciar de

experiências positivas por parte dos adolescentes durante a sua utilização (Freake, Barley e Kent, 2007).

Reconhecemos como primeiro passo no desenvolvimento de competências éticas no cuidado ao adolescente, a autoanálise dos valores éticos e deontológicos que consubstanciam a nossa prática de cuidados, conscientes da influência que exercem na definição de objetivos, estratégias e cursos de ação durante a prestação de cuidados. Estabelecendo-se como recursos que definem uma prática eticamente competente, permitem identificar sob que perspectiva os problemas éticos são analisados, quais as soluções possíveis para a sua resolução e qual o raciocínio subjacente a essa escolha (Jormsri et al., 2005).

Conscientes da assimetria de poderes na relação de cuidados pautámos a nossa atuação pela defesa dos interesses dos adolescentes e famílias, na ambição de um exercício profissional de excelência ética e adotando uma atitude recetiva que proporcionasse espaço para a realização de escolhas livres e seguras (Caldwell, Lu e Harding, 2010; Delmar, 2012; Nunes, 2008; Jormsri et al., 2005). Definimos como princípios norteadores da prestação de cuidados o respeito pela dignidade humana através da promoção da autonomia individual e da defesa do direito à autodeterminação, o respeito pela privacidade, confidencialidade e pluralidade de convicções e a prestação de cuidados centrados no adolescente (Jormsri et al., 2005).

No decurso dos diferentes ensinamentos clínicos, identificámos diversas intervenções de Enfermagem que promovem o envolvimento e a capacitação dos adolescentes para os processos de decisão. Iniciamos a nossa reflexão abordando novamente a importância do cumprimento do dever ético e legal de informar sobre as intervenções de Enfermagem propostas, a negociação dos planos de cuidados a implementar, a preparação para a obtenção do consentimento informado e o aconselhamento durante as consultas a adolescentes.

De acordo com Orr (1999), o enfermeiro assume um papel fundamental no processo de transmissão de informação, avaliando necessidades, adequando o seu discurso ao nível de desenvolvimento individual, ajuizando do grau de compreensão da

informação prestada e permitindo a existência de períodos de reflexão sobre qual o curso de ação a prosseguir. Percebemos que as equipas de Enfermagem do Departamento de Pediatria desvalorizam o poder que a partilha de informação proporciona, existindo uma crença generalizada de que os tratamentos propostos serão sempre alvo de aceitação por parte do adolescente e família.

Constatámos que os enfermeiros adotam uma visão paternalista dos adolescentes, considerando que estes desejam assumir um papel secundário nas decisões que lhes dizem respeito, constituindo-se como prática transversal a transmissão de informação vazia de conteúdo e de intenção. De acordo com Runeson et al. (2002), assume-se como pré-requisito fundamental para a inclusão do adolescente no processo de tomada de decisão, o conhecimento sobre o que será o plano de cuidados planeado e o porquê de ser aquele plano em específico, permitindo sentimentos de controlo sobre o seu futuro próximo e a perceção de que se é respeitado pelos outros.

No Departamento de Pediatria e no CAA explicámos aos adolescentes as intervenções de Enfermagem propostas, identificando os objetivos que se pretendiam atingir e adaptando cada explicação às necessidades e desejos individuais. Pretendeu-se que o adolescente se sentisse valorizado como pessoa, promovendo a sua autoestima, permitindo a verbalização de dúvidas e receios sobre o decorrer dos procedimentos e proporcionando uma maior compreensão do que era proposto. Criou-se espaço e oportunidade para a expressão livre de pensamentos e ideias, sem receios de julgamentos ou críticas, apresentando-nos como fonte de conhecimentos e apoio para lidar com sentimentos de vulnerabilidade despoletados pela complexidade das decisões a tomar (Delmar, 2012; Risjord, 2014).

Tentámos “administrar poder no paciente”, conforme nos refere Delmar (2012:239), permitindo a progressiva aquisição de competências por parte do adolescente para a realização de escolhas seguras e negociando a implementação do plano de cuidados proposto (tradução do autor). No Departamento de Pediatria a negociação incluiu diversos aspetos, nomeadamente a que horas ou como se iria administrar a terapêutica, qual seria a hora das refeições e de dormir ou como se iriam realizar os procedimentos de Enfermagem. No CAA o processo de negociação foi direcionado



para a adoção de comportamentos saudáveis por parte do adolescente, no decorrer das consultas de Enfermagem, em que apresentámos possíveis opções que permitissem o abandono dos comportamentos de risco identificados durante as entrevistas. Pretendeu-se “orientar mais do que aconselhar”, permitindo que o adolescente adquirisse o controlo das escolhas que pretendia realizar, negociando metas de curto prazo e pequenos passos para que a mudança fosse possível (OE, 2010a:33)

Durante o ensino clínico no SUP constatámos que muitos adolescentes têm uma verdadeira aversão à administração de terapêutica retal. Referimo-nos a uma adolescente que recusava o procedimento, insistindo que preferia que fosse realizada uma punção venosa para a administração da medicação. Através do processo de negociação com a equipa médica e a adolescente, identificando os receios presentes e colmatando as necessidades de informação, foi possível obter o seu consentimento para o procedimento proposto inicialmente, sem recorrer a uma técnica invasiva e dolorosa.

O respeito pela autonomia individual não se resumiu à apresentação de diferentes cursos de ação, exigiu também que adotássemos uma visão do adolescente como indivíduo com potencial de autonomia para o exercício da sua vontade, titular de direitos que lhe permitem expressar-se livremente e “expandir informações e ideias de toda a espécie”<sup>14</sup> (Benner, 2003; Delmar, 2012). O processo de informação e negociação promoveu o envolvimento do adolescente nos processos de tomada de decisão e constituiu-se como a preparação para a obtenção do consentimento informado por parte do adolescente. Cumprimos o nosso dever de apoiar e promover o direito do adolescente à autodeterminação, no respeito pelas decisões que cada um toma sobre si mesmo, isento de coação e em acordo com o que pretende que seja o seu projeto de saúde (OE, 2007).

O direito à confidencialidade e privacidade também foi alvo de ponderação durante a implementação das nossas intervenções. De acordo com Freake et al. (2007), os adolescentes apontam como aspetos fundamentais na relação com os profissionais

---

<sup>14</sup> Cfr. o número 1 do artigo 13º da CDC.

de saúde a garantia do sigilo profissional, a ausência de julgamentos de valor e a valorização dos seus receios e angústias, por forma a construir uma relação baseada na confiança e respeito mútuos.

Nas consultas realizadas no CAA a confidencialidade era um dos primeiros aspetos abordados, por forma a criar as condições necessárias para o acesso a informações delicadas da vida pessoal do adolescente, nomeadamente sexualidade, o uso de drogas ou a existência de comportamentos violentos e de criminalidade. A equipa multidisciplinar acarinhava os adolescentes, reconhecendo a sua dignidade como pessoa humana, numa atitude empática e compreensiva dos seus sentimentos, promotora de uma genuína relação de ajuda. O ensino clínico foi frutuoso em aprendizagens relacionais com os adolescentes e com a equipa, em que tentámos apreender a visão e postura dos profissionais no atendimento ético irrepreensível que tivemos o privilégio de presenciar e participar.

Realizámos um trabalho reflexivo para que a nossa prestação de cuidados fosse isenta de estereótipos, identificando os valores pessoais que trazíamos para cada situação de forma a não os projetar ou impor no adolescente. Partilhámos os nossos conhecimentos teóricos no esclarecimento de dúvidas, de forma adequada ao nível de compreensão individual, sem julgamentos ou críticas que comprometessem a confiança que nos era depositada.

No ensino clínico na UCIEP participámos nos cuidados ao único adolescente admitido na unidade e foi-nos possibilitada a aprendizagem de como se torna possível proteger e manter a privacidade num espaço aberto onde o corpo se encontra permanentemente exposto. Em conjunto com a enfermeira de referência, realizámos uma abordagem ao adolescente que denotava o respeito pelo seu espaço e pelo seu corpo despido, no respeito pela sua autoestima e vulnerabilidade.

### **3. RESULTADOS OBTIDOS**

Neste capítulo começamos por identificar as carências formativas e dificuldades sentidas pelos enfermeiros na promoção da autonomia dos adolescentes durante a prestação de cuidados. Prosseguimos com a descrição das intervenções implementadas para dar resposta às necessidades identificadas, através do desenho de um plano de formação convergente com as necessidades específicas de cada contexto clínico e que promovesse a melhoria da prática assistencial ao adolescente. Concluímos com a reflexão sobre o desenvolvimento de competências como futuras Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, durante o nosso percurso de aprendizagem.

#### **4º Objetivo Específico: Identificar nas Equipas de Enfermagem carências formativas e dificuldades de intervenção na promoção da autonomia do adolescente.**

O diagnóstico das carências formativas das equipas de Enfermagem constituiu-se como o primeiro passo para delinear um projeto de formação contínua, que promovesse a melhoria dos cuidados prestados aos adolescentes através da identificação das necessidades reais de cada contexto. A formação contínua tem como objetivo “adquirir ou aprofundar conhecimentos que visem o desenvolvimento pessoal”, implicando o sujeito em formação, identificando necessidades e conhecimentos pré-existentes. Cada enfermeiro e cada equipa de Enfermagem (os sujeitos em formação) devem ser integrados no planeamento da formação, por forma a promover a sua participação na conceção e implementação do projeto (Santos, 2008:21).

Este objetivo foi concretizado através da aplicação de uma Grelha de observação da prática de cuidados do enfermeiro ao adolescente, que permitiu identificar quais os conhecimentos que os enfermeiros mobilizam na prestação de cuidados ao adolescente; quais as dificuldades sentidas na promoção da autonomia do

adolescente; as lacunas existentes no que concerne a conhecimentos éticos e legais e o que as equipas pretendiam que fosse o plano de formação<sup>15</sup>.

A Grelha de observação da prática de cuidados do enfermeiro ao adolescente foi utilizada como registo das observações realizadas em momentos pré-determinados, ou seja, durante a preparação para a realização de intervenções de Enfermagem autónomas e interdependentes a adolescentes de idade igual ou superior a 16 anos (Ferreira, 2011). A razão para a escolha desta faixa etária prendeu-se com a norma legal que prevê que a validade do consentimento informado, quando prestado por menores de idade igual ou superior a 16 anos e que possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do tratamento proposto<sup>16</sup>. A grelha é composta por itens de avaliação agrupados por domínios e a sua caracterização foi realizada através do registo da presença ou ausência de cada item<sup>17</sup>.

Passamos à análise e discussão dos resultados obtidos em cada contexto clínico, fundamentadas no Modelo dos Cinco Níveis de Participação dos adolescentes no processo de decisão desenvolvido por Harry Shier, a partir do modelo “Escadas de Participação” criado por Roger Hart em 1992 (tradução do autor) (Shier, 2001:108). Este modelo edificou-se como uma ferramenta que permitiu reconhecer e explorar a posição que os enfermeiros adotam relativamente à participação dos adolescentes na tomada de decisões, permitindo identificar posteriormente quais as medidas a adotar para fomentar o nível de participação dos mesmos. O modelo identifica **cinco níveis de participação** possíveis:

Nível 1: os adolescentes são ouvidos;

Nível 2: os adolescentes são incentivados a expressar as suas ideias;

Nível 3: os adolescentes exprimem as suas opiniões e estas são valorizadas;

Nível 4: os adolescentes são envolvidos no processo de decisão;

Nível 5: os adolescentes têm o poder para decidir.

(tradução do autor) (Shier, 2001:110)

---

<sup>15</sup> A grelha de observação da prática de cuidados do enfermeiro ao adolescente é apresentada no Anexo V.

<sup>16</sup> Cfr. o número 3 do artigo 38º do CP. 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.

<sup>17</sup> Os resultados obtidos através da aplicação da Grelha de observação da prática de cuidados do Enfermeiro ao adolescente são apresentados sob a forma de tabelas no Anexo VI.

A cada nível de participação correspondem três **estádios de compromisso de pré-disposição para agir**, que definem a atuação do enfermeiro e que demonstram a posição adotada pelas instituições onde decorre a prática de Enfermagem. No primeiro estadio existe um **acordo** em orientar a prática com que é preconizado no nível que foi adotado e no segundo estadio **existem recursos materiais, competências e conhecimentos** que são ativamente mobilizados durante a prática de cuidados e que permitem a execução do que é preconizado pelo nível escolhido. No terceiro estadio existe uma **obrigação determinada pelas políticas institucionais** para a prática se realizar de acordo com o nível adotado (Shier, 2001).

No SUP o domínio que define os **aspectos relacionais com o adolescente**, como o uso da escuta ativa e a facilitação da expressão de sentimentos, foi o domínio com maior número de itens presentes, num total de 63,33%. No entanto, o domínio da **preparação para o procedimento**, que inclui o processo de informação, a negociação e o esclarecimento de dúvidas e o domínio da **obtenção do consentimento** prévio à realização da intervenção proposta, foi onde se observaram um menor número de itens presentes, apenas 33,33%. Constatámos que o domínio do **reforço positivo no final do procedimento** esteve presente em todas as avaliações.

Verificámos que 66,66% dos enfermeiros observados situam os adolescentes no **nível dois de participação**, uma vez que os adolescentes são incentivados a expressar as suas ideias e opiniões mas estas não são validadas. Apenas 33,33% dos enfermeiros obtém o consentimento prévio à realização da intervenção proposta. Neste nível de participação as decisões são realizadas pela família e equipa de Enfermagem, não existindo uma obrigação para que estas estejam em consonância com os desejos expressos pelo adolescente (Shier, 2001). Respeita-se o direito do adolescente de exprimir livremente a sua opinião, mas não se observa a devida ponderação das suas escolhas<sup>18</sup>. A ausência da partilha de poder constitui-se como a primeira barreira à autodeterminação individual, porquanto o adolescente não é adequadamente informado e preparado para decidir (Risjord, 2014).

---

<sup>18</sup> Cfr. o número 1 do artigo 12º da CDC.

No final da aplicação da grelha debatemos com os enfermeiros os resultados obtidos, tentando perceber quais os conhecimentos e crenças mobilizados na prestação de cuidados ao adolescente. A primeira razão apontada para uma deficiente preparação para os procedimentos, prendia-se com a falta de tempo para se procederem a todas as explicações necessárias à compreensão do procedimento proposto. Os enfermeiros desconheciam a sua obrigação legal e deontológica de obter o consentimento para as intervenções de Enfermagem, convictos que esta obrigação só se aplicava à equipa médica (OE, 2007).

A ausência de um procedimento instituído no serviço que proporcionasse informação pormenorizada quanto aos passos necessários para se obter o consentimento informado, também foi apontada como fator preponderante para que este não se realizasse. Concluimos que a equipa de Enfermagem se situava no **primeiro estadio de compromisso de pré-disposição para agir**, devido aos poucos recursos materiais e humanos, carência de conhecimentos éticos e legais e ausência de suporte institucional que fomentasse a inclusão dos adolescentes no processo de participação.

Conforme nos refere Fernandes (2010:15), as intervenções de Enfermagem concretizam-se “numa e com uma pessoa”, através de ações precedidas de decisões voluntárias e que perspetivam como resultados soluções adequadas para os problemas identificados. Para que uma decisão tenha valor ético é necessário mobilizar recursos cognitivos que permitam a ponderação sobre o que está certo ou errado numa determinada situação, identificando claramente quais os valores éticos e deontológicos que determinam os objetivos que se pretendem atingir (Gastmans, 2002). Concluimos que os enfermeiros, durante a prestação de cuidados, não reconhecem como problema a promoção da autonomia do adolescente e a respetiva inclusão no processo de tomada de decisão. Este facto traduz-se num planeamento de cuidados e implementação de intervenções que pretendem como resultados a mera execução de procedimentos técnicos (Burkhardt e Nathaniel, 1998).

No serviço de Pediatria não nos foi possibilitada a aplicação da grelha de observação, apesar de termos explicado em diversas ocasiões e de diferentes formas o que se pretendia observar. Após reflexão sobre o sucedido, percebemos

que a equipa de Enfermagem também não estava desperta para a necessidade de promover a autodeterminação do adolescente relativamente às intervenções de Enfermagem. Existia uma clara desvalorização do conteúdo ético das intervenções implementadas, constituindo-se como uma parte menos nobre e oculta do cuidado.

Apenas nos foi possível deduzir da existência de carências de conhecimentos éticos e legais por parte dos enfermeiros, que determinavam uma perceção moral distorcida das situações de cuidado ao adolescente. A posição neutra assumida pela equipa de Enfermagem em relação à promoção da autonomia do adolescente, não permitia a identificação dos contornos éticos relevantes da prestação de cuidados. De acordo com Gastmans (2002), a avaliação acurada dos componentes éticos de cada situação de cuidados constitui-se como condição necessária à clarificação do que é necessário realizar ou implementar de forma a conduzir o agente da ação (o adolescente) a realizar ações de forma livre.

A aplicação da grelha de observação na UCIEP e no CAA revelou uma prática de Enfermagem individualizada, centrada no adolescente e eticamente competente. A análise do registo das observações realizadas revelou que em **todos os domínios** 100% dos itens estavam presentes. Foi possível confirmar que os enfermeiros partilhavam de forma consciente o poder com os adolescentes e que a prática da obtenção do consentimento informado prévia à realização da intervenção proposta era observada de forma constante. A liberdade do adolescente revelou-se no agir, “através das escolhas que a vontade livre determina” e que o enfermeiro ao cuidar objetivando esse resultado possibilita (Fernandes, 2010:30). Estes factos colocam os enfermeiros no **nível 5 de participação** do processo de decisão e no **estadio dois do compromisso de pré-disposição para agir**. Existiam conhecimentos e competências por parte das Equipas de Enfermagem que permitiam uma verdadeira promoção da autonomia do adolescente, mesmo na ausência de políticas institucionais que determinassem esta prática.

**1º Objetivo Geral: Apoiar os enfermeiros na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos éticos e legais necessários à promoção da autonomia do adolescente na tomada de decisão relativa à prestação de cuidados de Enfermagem**

Os resultados obtidos nas atividades descritas no objetivo anterior permitiram delinear intervenções e implementar estratégias que colmatassem as necessidades identificadas. Para concretizar o objetivo definido, optámos por uma abordagem de carácter essencialmente formativo, partindo da reflexão crítica sobre o cuidar e identificando soluções que possibilitem mudanças positivas na prestação de cuidados ao adolescente (Santos, 2008). Pretendemos desta forma sensibilizar as equipas de Enfermagem para a promoção da autonomia do adolescente na tomada de decisão relativa à prestação de cuidados de Enfermagem, através da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos éticos e legais.

**Desenho da intervenção nas equipas de Enfermagem**

O desenho das intervenções a implementar foi concretizado em duas fases: a primeira durante a execução do projeto, onde se definiu como 5º Objetivo Específico a organização de um seminário para a equipa multidisciplinar do Departamento de Pediatria subordinado ao tema “O Consentimento do Adolescente: As escolhas em saúde”<sup>19</sup>. A segunda fase decorreu durante a realização dos ensinamentos clínicos, por forma a identificar quais as intervenções que melhor se adaptavam às necessidades específicas de cada contexto e de cada equipa de Enfermagem.

No decorrer do nosso percurso de aprendizagem e através do contacto com as equipas, foi-nos possibilitada a compreensão de que a posição que os enfermeiros assumem no que concerne à promoção da autonomia dos adolescentes e a parca existência de conhecimentos éticos e legais, definem a prática de cuidados e a forma como se estabelece a relação de ajuda. Como referem Donnelly e Kilkelly (2011), aceitar que os adolescentes devem participar das decisões que lhe dizem respeito, constitui-se apenas como o primeiro passo para a sua autodeterminação.

---

<sup>19</sup> Ver anexo VII.



Os adolescentes de idade igual ou superior a 16 anos podem dar o seu consentimento para intervenções de saúde, se possuírem “o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o prestam”<sup>20</sup>. Mas os profissionais não compreendem esta emancipação para atos de saúde, cristalizados na convicção de que o poder para o exercício de qualquer tipo de atos se adquire aquando da maioridade legal aos 18 anos<sup>21</sup>.

Confunde-se a capacidade de exercício de direitos com o ser-se titular de direitos que não admitem limitações, porquanto estes se fundem no respeito pela dignidade humana, nomeadamente o direito à autodeterminação e o direito à inviolabilidade da integridade física (OE, 2007). A progressiva autonomia que se conquista através do desenvolvimento cognitivo permite ao adolescente ajuizar da natureza dos tratamentos que lhe são propostos e das consequências dos seus atos, o que deverá traduzir um crescente envolvimento nas decisões em matéria de cuidados de saúde (Moisa et al, 2013).

A atuação do enfermeiro assume particular importância na defesa dos interesses e direitos do adolescente, partilhando os seus conhecimentos e recuando para um papel de suporte à sua decisão. O respeito pela autonomia individual como princípio ético e como dever deontológico decorrente do respeito pela dignidade humana, aplica-se tanto a adolescentes como a adultos, possibilitando a progressiva aquisição de competências para decidir (Hallstrom e Elander, 2005). O cuidado ético por parte do enfermeiro exige o compromisso de respeitar os valores e princípios que definem a profissão, a motivação para prestar cuidados de acordo com esse compromisso e uma perceção moral acurada dos contornos éticos relevantes de cada situação de cuidados (Nortvedt, Hem e Skirbekk, 2011).

Definimos como intervenção transversal aos contextos clínicos, a promoção de momentos informais de debate e reflexão com as equipas de Enfermagem, que permitissem despertar nos enfermeiros a consciência que promover a autonomia do adolescente é um problema do âmbito da Enfermagem. A formação em serviço, que se desenrola em “simultâneo com a prática profissional”, favorece a mudança de

---

<sup>20</sup> Cfr. o número 3 do artigo 38º do CP. Causas que excluem a ilicitude e a culpa. Consentimento.

<sup>21</sup> Cfr. o artigo 129º do Código Civil. Termo da incapacidade dos menores.

hábitos, através da aquisição e desenvolvimento de novos esquemas de ação com poder para transformar o enfermeiro e o contexto onde se desenrola a prática (Santos, 2008; Serrano et al., 2011).

Os contextos organizacionais apresentam-se como indutores de “transformações identitárias” (Serrano et al., 2011:17) e possuem um carácter formativo, que permite corrigir e reforçar comportamentos através da “consolidação de saberes e da partilha de experiências” (Santos, 2008:20). Refletir sobre conhecimentos, atitudes e relações com os outros - profissionais, adolescentes e famílias - permite a análise de problemas, “procurar o sentido dos seus atos e das suas consequências” e enquadrar as aprendizagens desenvolvidas (Melo e Raposo, 2007:193; Serrano et al., 2011).

No cuidado ao adolescente, o enfermeiro desenvolve todo um conjunto de intervenções que permitem estabelecer uma parceria de cuidados, e a forma como se dá à início à mesma influencia a identificação dos objetivos que se pretendem atingir e a escolha dos meios para os concretizar. Apresentámo-nos como um recurso para incentivar cada equipa de Enfermagem a refletir sobre quais os conhecimentos a mobilizar e como os aplicar na sua prática de atendimento ao adolescente, promovendo assim a aquisição de competências éticas (Santos, 2008; Runeson et al., 2002).

As intervenções implementadas no Departamento de Pediatria tiveram como objetivo trabalhar o ambiente ético organizacional em duas vertentes. Primeiro através da transmissão formal de conhecimentos sobre teorias éticas e deveres deontológicos do enfermeiro, através da formação contínua, e posteriormente pela proposta para implementação de um procedimento sobre consentimento informado para intervenções de Enfermagem.

O ambiente ético é composto pelos valores morais e deontológicos adotados pela instituição, o modo como se processam as relações entre as equipas interdisciplinares e a definição perfilhada pelos colaboradores sobre o que se constituem como boas práticas de cuidados (Suhonen, Stolt, Virtanen e Leino-Kilpi, 2011). Os contextos organizacionais delimitam quais os problemas que assumem

contornos éticos relevantes na prática clínica e quais as soluções que se afiguram como adequadas (Gastmans, 2002).

A formação contínua, como veículo formal de transmissão de conhecimentos teóricos, é promotora de mudanças que permitem melhorar “a qualidade e excelência dos serviços prestados”. Consolida-se a reflexão crítica para o cuidar e desenvolvem-se nas equipas de Enfermagem competências éticas, que estas podem recrutar e transpor para as diferentes situações de cuidados (Santos, 2008: 21).

A primeira intervenção foi a realização de um seminário subordinado ao tema “O Consentimento do Adolescente: As escolhas em saúde”. Pretendemos como objetivos a mudança de paradigma na prestação de cuidados ao adolescente, que permita a promoção do direito à autodeterminação e a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos éticos e legais que suportem a prática da obtenção do consentimento informado por parte dos enfermeiros. Como atividade relevante na nossa preparação como moderadoras do debate que decorreu durante o seminário, assistimos ao I Encontro das Comissões de Ética da ARSLV “Razões Éticas 2013”<sup>22</sup>.

A segunda intervenção foi a elaboração de um procedimento sobre consentimento informado para intervenções de Enfermagem, transversal aos diferentes contextos clínicos que compõe o Departamento de Pediatria<sup>23</sup>. Esta intervenção permitiu dar resposta à necessidade identificada pelos enfermeiros durante a aplicação da Grelha de observação da prática de cuidados ao adolescente e que se constituiu como o 6º Objetivo Específico. Para nos prepararmos para a redação deste procedimento e por forma a desenvolver os nossos conhecimentos legais no que concerne à obtenção do consentimento informado, frequentámos o 9º Curso Breve de Pós-Graduação em Consentimento Informado no Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> Ver Anexo VIII.

<sup>23</sup> Ver Anexo IX.

<sup>24</sup> Ver Anexo X.

A implementação deste procedimento pretendia fazer cumprir a norma deontológica que determina o dever do enfermeiro de obter consentimento para os procedimentos de Enfermagem<sup>25</sup>, definindo qual a posição da instituição no que concerne ao respeito pela autodeterminação do adolescente e sistematizando o comportamento dos enfermeiros (OE, 2007). No momento em que escrevemos o presente trabalho, o procedimento encontra-se sob apreciação.

No SP realizámos uma formação subordinada ao tema “Competências Éticas na Promoção da Autonomia do Adolescente”<sup>26</sup>. Como foi referido anteriormente, deduzimos que a equipa de Enfermagem não estava desperta para a necessidade de promover a autonomia do adolescente durante a prestação de cuidados. Abordámos questões relacionadas com a perceção moral, e de como esta se edifica como fator decisivo na definição de objetivos da prática de cuidados. De acordo com Gastmans (2002), a perceção moral situa-se na primeira fase do processo de cuidar, clarificando o caminho a seguir e moldando a interpretação de cada situação em termos do bem-estar do outro - cliente de cuidados.

No CAA foi estabelecido um plano de formação após uma análise em conjunto com a equipa multidisciplinar das dificuldades sentidas no atendimento ao adolescente, que se prendiam com a necessidade de reciclar conhecimentos sobre as regras para obtenção do consentimento informado e com questões relacionadas com as situações de quebra de confidencialidade. A pedido da equipa, a formação centrou-se na reciclagem de conhecimentos éticos e legais acerca da obtenção do consentimento informado dos adolescentes, dando resposta às necessidades identificadas pela equipa multidisciplinar. Também foi disponibilizada, em formato digital, bibliografia e legislação que os profissionais pudessem consultar<sup>27</sup>.

No planeamento das intervenções de carácter formativo, tivemos o cuidado de observar cada enfermeiro e cada equipa de Enfermagem como detentores de uma história de vida e saberes próprios, identificando as suas motivação para a resolução

---

<sup>25</sup> Cfr. artigo 5º da Convenção Sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina: “Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido”.

<sup>26</sup> Ver Anexo XI.

<sup>27</sup> Ver Anexos XII e XIII, respetivamente.

do problema em causa, por forma a que todos estes fatores fossem “incluídos no conjunto das necessidades formativas” identificadas (Santos, 2008:41).

**2º Objetivo Geral: Desenvolver as competências necessárias à prestação de cuidados de maior complexidade à criança, ao jovem e à família, no âmbito das funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, sustentadas na Teoria Humanística de Enfermagem de Josephine Paterson.**

Um dos objetivos primordiais que pretendemos atingir através da realização deste Relatório de Estágio é o desenvolvimento de competências que permitam a análise crítica e reflexiva do nosso percurso de aprendizagem, como futuras Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP). Perspetivámos como finalidade da nossa reflexão sistematizar os problemas identificados na nossa prática clínica e identificar soluções inovadoras para a sua resolução, de forma a adquirir um “saber agir em contexto e com pertinência” (Correia, 2012; Serrano et al., 2011:22)

Desenvolver competências na prestação de cuidados de maior complexidade à criança, jovem e família, exigiu uma análise das ações desenvolvidas no âmbito da intervenção do EESIP, orientadas por referenciais teóricos que conduziram e permitiram a compreensão das diferentes situações de cuidados, por forma a “reorganizar conhecimentos e repensar a ação” (Melo e Raposo, 2007:192). Elencamos como pontos norteadores da nossa atuação a Teoria Humanística de Enfermagem de Josephine Paterson e a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, determinando como resultados a “satisfação da criança/jovem, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado” (OE, 2011:9).

Através da autoanálise e perscrutando a nossa motivação para a mudança, objetivámos a aquisição de novos esquemas de ação que promovessem a “consciência do outro” (neste contexto entendido por criança, jovem e família) e a “consciência das tarefas a executar” (Serrano et al., 2011:22). Fazemos referência à necessidade de conhecermos os “valores, as crenças e os desejos individuais” de quem cuidamos, reconhecendo cada interveniente da situação de cuidados na sua singularidade e de que forma este deseja envolver-se no plano de cuidados proposto (OE, 2001:14; Paterson, 1976). Esta pré-disposição para a relação proporcionou-nos

o entendimento de como são experienciadas as situações de vida perturbadoras, ao estabelecermos relações de parceria que reconhecem a criança, jovem e família como iguais nas equipas de cuidados (Moloney-Harmon, 1999).

A correta avaliação das necessidades dos intervenientes em cada situação de cuidados, possibilitou a deteção precoce da presença de fatores que comprometiam o bem-estar ou desenvolvimento harmonioso da criança e do jovem. Determinámos quais as intervenções a implementar, de forma a escolher as mais eficazes e que apresentassem os melhores resultados possíveis para a criança, jovem e família. Percebemos a necessidade de sermos autónomas na prescrição e implementação de intervenções de Enfermagem pertinentes, com capacidade de iniciativa ao sermos capazes de “compreender e dominar novas situações” e projetarmos nas equipas uma imagem de modelo e perito (Correia, 2012; Moloney-Harmon, 1999; OE, 2001; OE, 2011).

Aspeto fundamental dos objetivos definidos e intervenções implementadas durante o percurso de aprendizagem, terá sido a prestação de cuidados de Enfermagem de elevada competência técnica, relacional e comunicacional. Assumiu particular importância encararmos o cuidado como um diálogo vivido entre enfermeiro-criança/jovem-família, num ato de cuidar que promove o autodesenvolvimento e a transformação pessoal através da escolha livre. A Enfermagem Humanística preocupa-se com os aspetos da relação que se estabelece durante a prestação de cuidados, relação essa que não pode ser imposta do exterior, mas sim vivida interiormente e de forma verdadeira (Paterson, 1976).

Na relação e no cuidado prestado, acarinhámos o potencial de autodeterminação de todos os intervenientes, conscientes que uma das finalidades do ato de Enfermagem é “aumentar a possibilidade de realizar escolhas responsáveis” (Paterson, 1976:34). Como futuras EESIP, pautamos a nossa prática profissional no respeito pelos deveres éticos e deontológicos que regem a profissão de Enfermagem, promovendo um ambiente ético onde a liberdade de expressão e a defesa dos direitos dos doentes se assumem como expoente máximo (Moloney-Harmon, 1999).

Assumimos um papel de relevância como formadoras na formação contínua e na formação em serviço, proporcionando momentos de aprendizagem promotores do desenvolvimento pessoal de cada enfermeiro e de cada equipa (Santos, 2008). Trabalhámos o ambiente ético organizacional, tendo em vista o trabalho coletivo dirigido para a identificação dos contornos éticos de cada situação de cuidados, implementando intervenções que colmatassem as necessidades formativas identificadas. Como facilitadoras da aprendizagem, orientámos a nossa atuação para a promoção da autodeterminação do adolescente para as escolhas em saúde, na esperança de mudar formas de pensar, comportamentos e atitudes (Moloney-Harmon, 1999).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A relação enfermeiro – adolescente, inserida num contexto que oferece cuidados de saúde e gerada pela procura desses mesmos cuidados, define o espaço de ação necessário à realização de escolhas livres, informadas e seguras por parte do adolescente. Ao enfermeiro exige-se competência ética e uma acurada percepção moral, que previna a cegueira emocional nos cuidados, e que permita a compreensão do outro como ser humano idêntico, mas simultaneamente diferente. A singularidade e a particularidade de cada um, características que fazem de nós detentores de dignidade intrínseca, devem e podem ser respeitadas, acolhidas e compreendidas. Como nos refere Delmar (2012), a oportunidade para nos exprimirmos livremente depende da forma como somos encarados pelos outros e são esses “outros” que definem a nossa liberdade de ação.

A cada situação de cuidados, desenvolve-se um saber agir com pertinência e empatia, que permite amplo espaço para debate de ideias e onde sejam acolhidas as diferenças no modo como cada um escolhe viver a sua vida. Recuar e partilhar o poder na relação de cuidados, promove o autodesenvolvimento individual necessário à autodeterminação e à prossecução do projeto de saúde que se pretende. A cada pessoa, uma correspondente definição de bons cuidados, que o enfermeiro deve procurar incluir no planeamento do seu curso de ação e dos objetivos que pretende atingir.

Na prestação de cuidados aos adolescentes, o espaço de ação existente é influenciado pela perspetiva adotada pelo enfermeiro e pelos valores que este transporta para cada situação de cuidados. A preparação formal em ética e o ambiente organizacional são fatores que fundam os alicerces do cuidar, que podem ser divergentes no modo como este é encarado: ou as diferenças individuais são acolhidas ou a liberdade de ação tanto do enfermeiro como do adolescente são alvo de restrições.



Do nosso percurso de aprendizagem retiramos duas relações fundamentais. Primeiramente, a resistência à mudança pode constituir-se como uma barreira quase intransponível e impeditiva da aquisição de novos esquemas de ação. A segunda, é que essa mudança tem de ser verdadeiramente sentida, não será suficiente proporcionarmos os recursos materiais e cognitivos para que aconteça. A educação, experiências de vida e a preparação formal de cada enfermeiro constituem-se como fontes de conhecimentos mobilizados na resolução e identificação de problemas na prática de cuidados. Pretender que a simples transmissão de conhecimentos éticos e deontológicos seria por si mesma transformadora do modo de pensar e agir individuais, poderia constituir-se como um erro de julgamento.

Assim, enumeramos o primeiro constrangimento com que lidámos no nosso percurso. O segundo, também considerado como uma limitação, prendeu-se com a deficiente avaliação que realizámos do projeto implementado, por força da natureza das intervenções e atividades que desenhámos. O projeto abarcou todas as equipas de Enfermagem com quem tivemos contacto e, na sua maioria, não tornaremos a trilhar o mesmo caminho. No entanto, gostaríamos de sublinhar que, apesar dos constrangimentos e dificuldades encontradas ao longo deste percurso, desenvolvemos uma aprendizagem rica em experiências diversas que nos ajudarão a melhorar o nosso desempenho profissional e a qualidade de cuidados ao adolescente e família.

Mas o percurso não termina. Sedentas de prosseguir, esperamos constituirmo-nos como elemento de referência no nosso contexto profissional, quer exercendo as nossas funções como futura EESIP, quer na função de mediadora de conflitos e dilemas éticos na prática assistencial ao adolescente. A ética é um gosto pessoal, um modo de viver e conviver com os outros, que permite sentimentos de esperança ao melhorarmos as experiências dolorosas de hospitalização e de situações transformadoras da vida quotidiana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim, A. (2011) . O CONSENTIMENTO INFORMADO DE MENORES: REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE A LEI ACTUAL. *Lex Medicinæ*, 15, 113-128.
- Aristóteles (2012) . *Ética a Nicómaco* (A. C. Caeiro. Trad.). (4ª Ed). Lisboa: Quetzal. (Traduzido do Grego)
- Beauchamp, Tom. L., & Childress, James F. (2001) . *PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS*. (5ª ed.). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Beckert, Cristina (2004) . Consciência Moral. Ética das virtudes (Teleologia) e Ética do Dever (Deontologia). In M. C. Neves & S. Pacheco (Eds.) , *PARA UMA ÉTICA DA ENFERMAGEM – DESAFIOS* (pp.159-171) . Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Benner, Patricia (2003) . REFLECTING ON WHAT WE CARE ABOUT. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*, 12(3) , 164-167.
- Binnebesel, J. (2011) . The impact of a chronic disease on the psychosocial development of children (based on the example of cancer). *Advances in Palliative Medicine*, 10, 57-64.
- Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005) . Living Caring in Practice: The Transformative Power of the Theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring*, 9(3) , 15-19.
- Brady, M. (2009) . HOSPITALIZED CHILDREN'S VIEWS OF THE GOOD NURSE. *Nursing Ethics*, 16(5) , 544-560. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=1265ebf1-8661-4059-a081-023c7c9d8744%40sessionmgr4005&hid=4206>

- Brito, J. H. S. (2008) . Deontologia e Direitos Humanos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 31, 12-16.
- Burkhardt, M. A., & Nathaniel, A. K. (1998) . *ETHICS & ISSUES IN CONTEMPORARY NURSING*. New York: Delmar Publishers .
- Caldwell, E. S., Lu, H., & Harding, T. (2010) . Encompassing multiple moral paradigms: A challenge for nursing educators. *Nursing Ethics*, 17(2) , 189-199.  
Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=1265ebf1-8661-4059-a081-023c7c9d8744%40sessionmgr4005&hid=4206>
- Coa, T. F., & Pettengill, M. A. (2006) . Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4) , 433-438.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006) . Dotações seguras, salvam vidas - Instrumentos de Informação e Acção. Genebra: international Council of Nurses.
- Correia, M. C. B. (2012) . Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Czarnecki, M. L. et al (2011) . Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Managment Nursing*, 12(2) , 95-111. Disponível em:  
[http://ac.els-cdn.com/S1524904211000749/1-s2.0-S1524904211000749-main.pdf?\\_tid=97f635a2-d4b2-11e3-9699-00000aab0f02&acdnat=1399335107\\_913b848612480a32ddca7c6ece43f8fd](http://ac.els-cdn.com/S1524904211000749/1-s2.0-S1524904211000749-main.pdf?_tid=97f635a2-d4b2-11e3-9699-00000aab0f02&acdnat=1399335107_913b848612480a32ddca7c6ece43f8fd)
- Deatrick, J. & Dickey, S. (2000) . Autonomy and decision making for health promotion in adolescence. *Paediatric Nursing*, 26(5) , 461-478.
- Delmar, C. (2012) . The excesses of care: a matter of understanding the assymetry of power. *Nursing Philosophy*, 13, 236-243.

Dewar, B. (2013) . Cultivating compassionate care. *NURSING STANDARD*, 27(34) , 48-55. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=32&sid=1265ebf1-8661-4059-a081-023c7c9d8744%40sessionmgr4005&hid=4206>

Dinç, L., & Gorgulu, R. S. (2002) . TEACHING ETHICS IN NURSING. *Nursing Ethics*, 9(3) , 259-268.

Direção Geral da Saúde. (2012) . Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2013) . Norma em discussão pública. Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação.

Donnelly, M. & Kilkelly, U. (2011) . CHILD-FRIENDLY HELTHCARE: DELIVERING ON THE RIGHT TO BE HEARD. *Medical Law Review*, 19, 27-54.

Fawcett, J. (1992) . Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 224-228.

Fernandes, S. J. (2010) . *DECISÃO ÉTICA EM ENFERMAGEM: DO PROBLEMA AOS FUNDAMENTOS DO AGIR*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Lisboa.

Ferreira, I. M. D. (2011) . *DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS SUPRALÓGICOS. PERCURSO FORMATIVO*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de Mestrado. Coimbra.

Filipe, Firmino (2004) . AUTONOMIA E RESPEITO. In M. C. Neves & S. Pacheco (Eds.) , *PARA UMA ÉTICA DA ENFERMAGEM – DESAFIOS* (pp.237-248) . Coimbra: Gráfica de Coimbra.

França, Ana. P. (2012) . *A CONSCIÊNCIA BIOÉTICA E O CUIDAR*. Coimbra: Formasau.

Freake, H., Barley, V., & Kent, G. (2007) . Adolescents' views of helping professionals: A review of the literature. *Journal of Adolescence*, 30, 639-653.

Gastmans, C. (2002) . A FUNDAMENTAL ETHICAL APPROACH TO NURSING: SOME PROPOSALS FOR ETHICS EDUCATION. *Nursing Ethics*, 9(5) , 494-507.

Hallstrom, I., & Elander, G. (2005) . DECISION MAKING IN PAEDIATRIC CARE: AN OVERVIEW WITH REFERENCE TO NURSING CARE. *Nursing Ethics*, 12(3) , 223-238.

Hodapp, R. M. (1982) . Effects of Hospitalization in Young Children: Implications of Two Theories. *CHILDREN'S HEALTH CARE*, 10(3) , 83-86. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&sid=1265ebf1-8661-4059-a081-023c7c9d8744%40sessionmgr4005&hid=4206>

Ittis, A. S. (2010) . Toward a Coherent Account of Paediatric Decision Making. *Journal of Medicine and Philosophy*, 35(5) , 527-551.

Jormsri, P., Kunaviktikul, W., Ketefian, S., & Chaowalit, A. (2005) . MORAL COMPETENCE IN NURSING PRACTICE. *Nursing Ethics*, 12(6) , 582-594.

Kelly, B. (1990) . Respect and Caring: Ethics and Essence of Nursing. In M. M. Leininger (Eds.) , *ETHICAL AND MORAL DIMENSIONS OF CARE* (pp.67-79) . Detroit: Wayne State University Press.

Levy, M. , Larcher, V., & Kurz, R. (2003) . Informed consent/assent in children. Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics. *European Journal of Pediatrics*, 162, 629-633. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=42&sid=1265ebf1-8661-4059-a081-023c7c9d8744%40sessionmgr4005&hid=4206>

Malley, P. J., Brown, K., & Krug, S. E. (2008) . Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS*, 122(2) , 511-522.

Mattsson, J., Forsner, M., Castren, M., & Arman, M. (2013) . Caring for children in pediatric intensive care units: An observation study focusing on nurses' concerns. *Nursing Ethics*, 20(5) , 529-538.

Melo, R. C., & Raposo, N. V. (2007) . Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: Estudo com estudantes de Enfermagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(1) , 189-209.

Mendes, M. G. (2012) . A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria. In J. C. et al (Eds.) , *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 137-142) . Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Moloney-Harmon, P. A. (1999) . The Synergy Model: Contemporary Practice of the Clinical Nurse Specialist. *Critical Care Nurse*, 19(2) , 100-104.

Moisa, S. M. et al (2013) . Models of decision making in pediatrics - part I. *Revista Romana de Pediatrie*, 27(1) , 39-42. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=49&sid=1265ebf1-8661-4059-a081-023c7c9d8744%40sessionmgr4005&hid=4206>

Moorey, S. (2010) . Unplanned hospital admission: supporting children, young people and their families. *Paediatric Nursing*, 22(10) , 20-23.

Nortvedt, P., Hem, M. H., & Skirbekk, H. (2011). The ethics of care: Role obligations and moderate partiality in health care. *Nursing Ethics*, 18(2) , 192-200.

Neves, M. (2004) . ÉTICA, MORAL, DEONTOLOGIA E BIOÉTICA: CONCEITOS QUE PENSAM A ACÇÃO. In M. C. Neves & S. Pacheco (Eds.) , *PARA UMA ÉTICA DA ENFERMAGEM – DESAFIOS* (pp.145-157) . Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Nunes, L. (2008) . Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 31, 33-34.

Nunes, L. , Ruivo, M. A. & Ferrito, C. (2010) – Metodologia de Projecto: colectânia descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL, ENUNCIADOS DESCRITIVOS. Disponível em:

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

Ordem dos Enfermeiros. (2007). CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010a) . *GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA*. Série I 3(1) . Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores\\_BoaPratica\\_SaudeInfantil\\_Pediatria\\_volume1.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010b) . REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov\\_ aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011) . REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Oro, J., & Matos, E. (2011) . Organização do trabalho da Enfermagem e assistência integral em saúde. *Enfermagem em Foco*, 2(2) , 137-140.

Orr, F. E. (1999) . The role of the paediatric nurse in promoting paediatric right to consent. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 291-298.

Pacheco, M. S. (2011) . *DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA ÉTICA DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM - UMA TEORIA EXPLICATIVA*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Lisboa. Disponível em:<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7947/1/Desenvolvimento%20da%20compet%C3%Aancia%20%C3%A9tica%20dos%20estudantes%20de%20Enfermagem.pdf>

Pacheco, S., & Rosa, D. O. (2009) . IMPORTÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ÉTICAS NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM. *Revista Nursing (Edição Portuguesa)*, Fevereiro 2009, 8-13.

Paterson, Josephine. G. (1976) . *Humanistic Nursing*. Hamburg: Tredition Gmbh.

Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010) . Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) Através da Actividade de Brincar:



Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14(1) , 24-38.

Phaneuf, Margot (2005) . *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: LUSOCIÊNCIA.

Piskosz, Z. (2007) . One Pediatric Emergency Department's Successful Approach to Family-Centered Care. *Journal of Emergency Nursing*, 33(2) , 169-171.

Teixeira, V. M. F. & Braz, M. (2010) . Estudo sobre o Respeito ao Princípio da Autonomia em Crianças e/ou Adolescentes sob Tratamento Oncológico Experimental, através do Processo de Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(1) , 51-59.

Risjord, M. (2014). Nursing and human freedom. *Nursing Philosophy*, 15, 35-45.

Rocha, B. G. (2012) . *Adopção de Standars no Registo Clínico de Enfermagem - Estudo de Caso em Hospital Português*. Universidade Fernando Pessoa. Dissertação de Mestrado. Porto.

Runeson, I. H., Hallstrom, I., Elander, G., & Hermerín, G. (2002) . CHILDREN'S PARTICIPATION IN THE DECISION MAKING PROCESS DURING HOSPITALIZATION: AN OBSERVATIONAL STUDY. *Nursing Ethics*, 9(6) , 583-598.

Santos, E. M. (2008) . *FORMAÇÃO EM SERVIÇO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL: DESAFIOS E CONSTRANGIMENTOS NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS*. Universidade do Algarve. Dissertação de Mestrado. Faro.

Santos, José. M. (2012) . *Introdução à Ética*. 1ª Ed. Lisboa: DOCUMENTA.

Seifert, K. L., & Hoffnung, R. J. (1997) . *Child and Adolescent Development*. New York: HOUGHTON MIFFLIN COMPANY.

Serrano, M. T., Costa, A. S., & Costa, N. M. (2011) . Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3) , 15-23.

Sheir, H. (2001) . Pathways to Participation: Openings, Opportunities and Obligations. *CHILDREN & SOCIETY*, 15, 107-117. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=55&sid=1265ebf1-8661-4059-a081-023c7c9d8744%40sessionmgr4005&hid=4206>

Suhonen, R., Stolt, M., Virtanen, H., & Leino-Kilpi, H. (2011) . Organizational Ethics: A literature review. *Nursing Ethics*, 18(3) , 285-303.

Teixeira, V. M., & Braz, M. (2010). Estudo sobre o Respeito ao Princípio da Autonomia em Crianças e/ou Adolescentes sob Tratamento Oncológico Experimental, através do Processo de Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(1) , 51-59. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a11.pdf>

UNICEF. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em:  
[http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

Weir, R. F., & Peters, C. (1997). Affirming the Decisions Adolescents Make about Life and Death. *Hastings Center Report*, 27(6) , 29-40.

**ANEXOS**

**ANEXO I**  
**Tabela Planejamento de Atividades**

**1º Objetivo: Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.**

	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
<b>Transversal aos contextos clínicos.</b>	<p><b><u>Abril a Junho de 2013</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- reuniões informais com os Enfermeiros Chefes dos diferentes contextos clínicos;</li><li>- diagnóstico inicial das necessidades formativas dos diferentes contextos clínicos.</li></ul> <p><b><u>Outubro de 2013 a Fevereiro de 2014</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- visitas aos contextos clínicos, sob a orientação dos Enfermeiros de Referência;</li><li>- caracterização dos serviços;</li><li>- consulta dos diferentes métodos de registo de Enfermagem;</li><li>- observação da metodologia de trabalho das Equipas de Enfermagem;</li><li>- exposição e clarificação de dúvidas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Enfermeiros Chefes,</li><li>- Enfermeiros de Referência;</li><li>- Equipa de Enfermagem;</li><li>- Procedimentos; Protocolos e Políticas existentes em cada contexto clínico;</li><li>- Registos de Enfermagem.</li></ul>

**2º Objetivo: Prestar cuidados de elevada complexidade à criança, jovem e família em ambiente hospitalar e na comunidade, com base nas funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.**

	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
<p><b>Serviço de Urgência Pediátrica; Serviço de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- colaborar na prestação de cuidados de maior complexidade à criança, jovem e família;</li><li>- prestar cuidados de forma individualizada à criança e família com doença aguda; crónica ou rara;</li><li>- prestar cuidados de forma não traumática durante a realização de procedimentos invasivos, fazendo uma correta gestão da dor;</li><li>- aplicar conhecimentos teóricos que permitam a otimização do estado de saúde da criança, jovem e família;</li><li>- desenvolver a análise crítica do processo ensino-aprendizagem através da elaboração do relatório de estágio, como forma de expressar as aprendizagens desenvolvidas ao longo do ensino clínico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bibliografia selecionada de acordo com a realidade de cada contexto clínico;</li><li>- Enfermeiro de Referência em cada contexto clínico;</li><li>- Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil;</li><li>- Equipa de Enfermagem.</li></ul>

**2º Objetivo: Prestar cuidados de elevada complexidade à criança, jovem e família em ambiente hospitalar e na comunidade, com base nas funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.**

	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
<b>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- observar as consultas de Enfermagem ao recém-nascido; criança e jovem;</li> <li>- planear e realizar consultas de Enfermagem, consoante o estadio de desenvolvimento do recém-nascido; criança e jovem;</li> <li>- realizar consultas de Enfermagem com avaliação do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia específica para o contexto clínico;</li> <li>- Enfermeiro de Referência;</li> <li>- Equipa de Enfermagem.</li> </ul>
<b>Centro de Atendimento a Adolescentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- observar as consultas de Enfermagem ao adolescente;</li> <li>- planear as consultas ao adolescente conforme a metodologia "HEADSS";</li> <li>- realizar consultas de Enfermagem ao adolescente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia para o contexto clínico;</li> <li>- Enfermeiro de Referência;</li> <li>- Equipa de Enfermagem;</li> <li>- Equipa Médica.</li> </ul>

### 3º Objetivo: Desenvolver competências éticas na prestação de cuidados ao adolescente e família.

	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
<b>Transversal aos contextos clínicos.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- revisão de literatura pertinente sobre promoção de autonomia no adolescente; conduta ética e desenvolvimento de competências éticas;</li><li>- consulta de manuais, políticas e procedimentos relacionados com o atendimento do adolescente;</li><li>- estabelecer um relacionamento com a família e o adolescente baseado no respeito pelas suas crenças e valores individuais;</li><li>- promover a autodeterminação do adolescente nos cuidados de Enfermagem;</li><li>- desenvolver competências que permitam o reconhecimento de dilemas éticos na prestação de cuidados ao adolescente;</li><li>- frequentar o 9º Curso Breve de Pós-Graduação em Consentimento Informado no Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Janeiro de 2014).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bibliografia selecionada;</li><li>- Enfermeiro de Referência em cada contexto clínico;</li><li>- Equipa de Enfermagem;</li><li>- Equipa multidisciplinar;</li><li>- 9º Curso Breve de Pós-Graduação em Consentimento Informado.</li></ul>



**4º Objetivo: Identificar nas Equipas de Enfermagem carências formativas e dificuldades de intervenção na promoção da autonomia do adolescente.**

	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
<b>Transversal aos contextos clínicos.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- observar o atendimento aos adolescentes pela Equipa de Enfermagem;</li><li>- construir uma grelha de observação da prática de cuidados do Enfermeiro ao adolescente;</li><li>- aplicar a grelha antes e durante a prestação de cuidados a adolescentes de idade igual ou superior a 16 anos;</li><li>- analisar os dados obtidos através da aplicação da grelha ;</li><li>- promover momentos de debate com a Equipa de Enfermagem para identificar necessidades formativas.</li><li>- planear momentos de formação que colmatem as necessidades sentidas pelas Equipas de Enfermagem.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bibliografia seleccionada para a construção da grelha;</li><li>- Grelha de observação da prática de cuidados do Enfermeiro ao adolescente</li><li>- Enfermeiros Chefes,</li><li>- Enfermeiros de Referência;</li><li>- Equipa de Enfermagem.</li></ul>

**5º Objetivo: Realizar um Workshop no Departamento de Pediatria subordinado ao tema: “Promoção da autonomia do adolescente para o Consentimento Informado”.**

	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
<p><b>Serviço de Urgência Pediátrica; Serviço de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- pedido de autorização à Direção de Enfermagem;</li><li>- entrega do plano de trabalho do Workshop após autorização para a sua realização;</li><li>- pedido de colaboração dos Enfermeiros Chefes de cada serviço do Departamento;</li><li>- pedidos de reunião com peritos de diversas áreas (Psicólogos; Enfermeiros; Médicos e Juristas) para dar a conhecer o Workshop e fazer o convite para participar na realização do mesmo;</li><li>- frequentar o I Encontro das Comissões de Ética da ARSLVT “Razões Éticas 2013”;</li><li>- divulgação do Workshop através da afixação de cartazes e junto das Equipas de Enfermagem.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Direção de Enfermagem;</li><li>- Enfermeiros Chefes;</li><li>- Equipas de Enfermagem;</li><li>- Plano de trabalho do Workshop;</li><li>- Departamento de Formação;</li><li>- Cartazes para divulgar a realização do Workshop;</li><li>- Auditório do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.</li></ul>

**6º Objetivo: Elaborar um Procedimento sobre Consentimento Informado para as Intervenções de Enfermagem, transversal ao Departamento de Pediatria para a promoção da autonomia do adolescente.**

	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
<b>Serviço de Urgência Pediátrica; Serviço de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- pedido de autorização às Chefes de Enfermagem para a elaboração do procedimento;</li><li>- pedido de colaboração dos enfermeiros para a elaboração de um novo procedimento;</li><li>- consultar os procedimentos existentes relacionados com o atendimento ao adolescente;</li><li>- consultar bibliografia relevante para a elaboração do procedimento;</li><li>- mobilizar as aprendizagens realizadas durante o 9º Curso Breve de Pós-Graduação em Consentimento Informado;</li><li>- reunir legislação adequada.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bibliografia e legislação selecionadas;</li><li>- Procedimentos; Protocolos e Políticas existentes em cada serviço.</li><li>- Enfermeiros Chefes;</li><li>- Equipas de Enfermagem.</li></ul>

## **ANEXO II**

### **Cronograma De Estágio**





## **ANEXO III**

**Guião de entrevista ao adolescente segundo o método HEEADSSS**

A entrevista realizada ao adolescente possibilita a identificação de necessidades, comportamentos de risco e potenciais problemas de saúde, constituindo-se como momento privilegiado na colheita de dados relativos à história psicossocial. O adolescente assume-se como o protagonista nas possíveis soluções para os problemas que o afetam, adquirindo uma autonomia progressiva em matéria de escolhas de saúde e adoção de estilos de vida saudáveis (OE; 2010).

A relação terapêutica que tem início no primeiro contacto entre adolescente e enfermeiro, é crucial para se estabelecer uma parceria que envolva todos os intervenientes, respeitando as “opiniões individuais, sentimentos e competências”. A primeira impressão gerada pelo encontro entre ambos, dará o mote para o decorrer da entrevista, pelo que se preconiza que o adolescente possa decidir se deseja estar acompanhado, e quais os termos da proteção da confidencialidade dos dados fornecidos. (Goldenring e Rosen; 2004; OE; 2010:14).

Goldenring e Rosen (2004) afirmam que a presença dos pais durante a entrevista poderá ser prejudicial à disponibilidade do adolescente em revelar aspetos privados da sua vida pessoal, pelo que assume particular importância explicar a necessidade do respeito pela privacidade deste. É frequente entre os profissionais de saúde a assunção de que os adolescentes carecem de poder e maturidade para assumirem as suas decisões, num sentido em que estas possam ser prejudiciais à saúde individual ou coletiva. Respeitar os princípios éticos da autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo, afiguram-se como pedras basilares no seu correto atendimento (OE; 2010:19).

A entrevista deverá decorrer num espaço próprio para o atendimento a adolescentes, que seja acolhedor e confortável. As primeiras questões deverão abordar tópicos mais casuais, como acontecimentos do dia a dia, de forma a gerar um ambiente descontraído. Nesta fase inicial usam-se questões que permitam uma avaliação do estadio de desenvolvimento cognitivo, estado de humor, preocupações com o estado de saúde atual e problemas de saúde pré-existentes (Goldenring e Rosen; 2004).



Numa segunda fase, a entrevista assume uma forma estruturada, que permite a organização da história psicossocial, segundo a metodologia de avaliação HEEADSSS. Desenvolvida em 1972 por Harvey Berman e posteriormente alargada por Eric Cohen, esta metodologia estrutura as questões a ser colocadas durante a entrevista, por forma a avaliar as seguintes áreas da vida do adolescente: **H**ome (Casa); **E**ducation (Educação e Emprego); **E**ating (Hábitos alimentares); **A**ctivities (Atividades); **D**rugs (Consumo de drogas); **S**exuality (Sexualidade); **S**uicide/Depression (Suicídio e Depressão) e **S**afety (Segurança), cujas iniciais em inglês constituem o acrónimo HEEADSSS (Goldenring e Rosen; 2004).

As questões que são colocadas inicialmente são de carácter informal, prosseguindo-se para questões de carácter mais pessoal e do foro íntimo, o que permite o estabelecer de uma relação de confiança antes de se colocarem questões mais difíceis de responder. Pretende-se maximizar a comunicação através da informalidade da entrevista, permitindo a identificação precoce de problemas e comportamentos de risco, que possam ter um impacto significativo na morbilidade e mortalidade do adolescente (Goldenring e Rosen; 2004).

A entrevista deverá ter uma duração média de trinta minutos, observando sempre a necessidade de permitir uma quantidade de tempo suficiente no final da avaliação, para que o adolescente possa colocar as suas questões e esclarecer as suas dúvidas. Embora algumas questões sejam obrigatórias na avaliação de cada área em particular, outras podem assumir um papel mais secundário por restrições de tempo. Se no decorrer da avaliação se identificam áreas mais problemáticas ou que coloquem em risco a saúde do adolescente, preconiza-se uma avaliação mais detalhada (Katzenellenbogen; 2005).

Apresentamos esquematizadas em tabelas e organizadas hierarquicamente por ordem de importância, as questões chave a colocar na avaliação de cada área.

<b>Casa (Home)</b>	<b>Educação e Emprego (Education)</b>	<b>Hábitos alimentares (Eating)</b>	<b>Atividades (Activities)</b>	<b>Consumo de Drogas (Drugs)</b>	<b>Sexualidade (Sexuality)</b>	<b>Suicídio/ Depressão (Suicide/ Depression)</b>	<b>Segurança (Safety)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- com quem e onde vive</li> <li>- como é o relacionamento familiar</li> <li>- com fala mais em casa</li> <li>- há alguém novo a morar em casa</li> <li>- alguém saiu de casa recentemente</li> <li>- alguma vez esteve afastado de casa e porquê</li> <li>- alguma vez fugiu de casa</li> <li>- se existe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disciplinas favoritas na escola</li> <li>- resultados de avaliações escolares</li> <li>- mudanças de escola</li> <li>- objetivos para o futuro</li> <li>- se está empregado e onde</li> <li>- insucesso escolar</li> <li>- se já foi suspenso ou expulso</li> <li>- se já considerou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quais os aspetos do seu corpo que gosta e quais os que não gosta</li> <li>- existência de oscilações bruscas de peso</li> <li>- se faz dieta e com que frequência</li> <li>- que outros métodos utiliza para controlar o peso</li> <li>- prática de exercício físico</li> <li>- conhecimentos existentes sobre alimentação saudável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quais são e com que frequência pratica atividades de lazer</li> <li>- quais as atividades de lazer que pratica com a família</li> <li>- participação em desportos coletivos</li> <li>- participação em clubes</li> <li>- passatempos favoritos</li> <li>- quantidade de tempo despendido a ver televisão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se algum amigo consome tabaco, álcool ou outras drogas</li> <li>- se alguém na família consome tabaco, álcool ou outras drogas</li> <li>- se consome tabaco, álcool ou outras drogas</li> <li>- se bebe álcool ou consome drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se já teve relações românticas</li> <li>- se já iniciou vida sexual e com quantos parceiros</li> <li>- como eram os parceiros</li> <li>- se as relações sexuais e amorosas eram satisfatórias</li> <li>- conceitos relacionados com "sexo seguro"</li> <li>- quais os métodos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sentimentos de angústia e tristeza frequentes</li> <li>- sentir-se sempre aborrecido</li> <li>- dificuldade em adormecer</li> <li>- comportamentos de automutilação para alívio do sofrimento emocional</li> <li>- perda de interesse nas atividades habituais</li> <li>- afastamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- existência de lesões físicas antigas</li> <li>- uso do cinto de segurança</li> <li>- conduzir sob o efeito de drogas</li> <li>- andar de carro com condutores sob o efeito de drogas</li> <li>- uso de equipamentos de segurança durante a prática de desporto</li> <li>- violência doméstica</li> </ul>

violência doméstica	desistir da escola  - se sente confortável e integrado na escola	- identificar erros alimentares na sua dieta  - preocupações com o peso atual		quando está sozinho  - se possível estabelecer padrões de consumo	contracetivos usados  - a atração sexual é dirigida a rapazes ou raparigas  - se alguém o tocou sem a sua autorização  - se já esteve grávida	do grupo de amigos  - permanecer muito tempo sozinho  - tentativas de suicídio no passado  -	- violência na escola ou entre os amigos  - envolvimento em acidentes de viação  - agressões físicas a terceiros
---------------------	--	---	--	---	---	--	--

Adaptado de: Goldenring, J. M., Rosen, D. S. (2004) . “Getting into adolescents heads: An essential update”. Contemporary Pediatrics, (1). 1-19.

### Referências Bibliográficas

- Goldenring, J. M. , Rosen, D. S. (2004) . “Getting into adolescents heads: An essential update”. Contemporary Pediatrics, (1). 1-19.
- Katzenellenbogen, R. (2005) . HEADSS: The “Review of Systems” for Adolescents. *Virtual Mentor*, 7 (3). 1-3.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) . GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros*, Série I, 3 (1). Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989—8444-00-4.

## **ANEXO IV**

### **Planeamento das Consultas de Saúde Infantil**

## **Aspetos norteadores da Consulta de Saúde Infantil**

- utilizar como referencial teórico a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família;
- considerar cada criança/adolescente e famílias como únicas;
- proporcionar um ambiente descontraído e facilitador da comunicação;
- fomentar a aliança parental;
- promover o bem-estar familiar;
- avaliar rede de suporte familiar e fatores de risco presentes no ambiente familiar;
- identificar intercorrências desde a consulta anterior (se aplicável);
- avaliar e valorizar conhecimentos pré-existentes;
- partilhar conhecimentos, sem prescrever comportamentos;
- considerar padrão de desenvolvimento previsível para cada criança;
- conhecer o perfil de desenvolvimento de cada criança individualmente;
- avaliar os fatores que influenciam o desenvolvimento individual;
- avaliar sinais e sintomas indicadores de maus tratos;
- aplicar instrumento de avaliação psicomotor: Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada
- identificar perturbações do desenvolvimento, comportamento e emocionais, para posterior encaminhamento;
- avaliar competências sociais e problemas de comportamento.

### Referências Bibliográficas:

- Direção-Geral da Saúde (2013) . Norma. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
- Direção-Geral da Saúde (2013) . Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010) . *GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA*. Série I 3(1) . Ordem dos Enfermeiros.

## 1ª CONSULTA

<b>Dados Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- avaliar e registar peso, comprimento e perímetro cefálico</li></ul>
<b>Avaliação Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- realizar avaliação com o recém-nascido acordado e confortável;<ul style="list-style-type: none"><li>- postura simétrica em decúbito dorsal;</li><li>- se tração para sentar: queda da cabeça para trás;</li></ul></li><li>- apoiado em posição sentado: queda da cabeça para a frente;<ul style="list-style-type: none"><li>- em suspensão ventral: cabeça abaixo do plano do corpo;</li><li>- em decúbito ventral: cabeça para o lado, com os membros fletidos sob o abdómen;</li></ul></li><li>- presença de reflexos primitivos: reflexo de Moro; reflexo de sucção e procura (pontos cardeais); reflexo de preensão palmar e reflexo da marcha automática quando os pés estão apoiados numa superfície firme;<ul style="list-style-type: none"><li>- fixa o olhar; pode acompanhar lentamente com o olhar;</li><li>- qualquer reação a sons altos e súbitos.</li></ul></li></ul>
<b>Amamentação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- validar conhecimentos pré-existentes;</li><li>- identificar aspetos culturais na alimentação;</li><li>- respeitar as decisões dos pais quanto às escolhas realizadas;</li><li>- identificar e esclarecer dúvidas horários e intervalo entre refeições; posição para a mamada; extração e conservação do leite materno;</li><li>- estimular o papel do pai como um elemento ativo;<ul style="list-style-type: none"><li>- se possível, avaliar a mamada;</li><li>- avaliar tolerância oral;</li><li>- avaliar padrão intestinal.</li></ul></li></ul>
<b>Higiene e Vestuário</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- conhecer hábitos diários de higiene (banho e higiene oral);</li><li>- conhecer as condições ambientais onde decorre a prática do banho;</li><li>- aconselhar a manter a hora para o banho, por forma a criar uma rotina;</li><li>- identificar e esclarecer dúvidas.</li></ul>
<b>Sono</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- conhecer padrões e hábitos de sono;</li><li>- conhecer as condições ambientais;</li><li>- identificar problemas de sono da criança;</li><li>- estimular a adoção de rituais simples e consistentes;</li><li>- identificar e colmatar as necessidades de informação.</li></ul>

<b>Segurança/ Afetos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar as características da relação pais/recém-nascido; <ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar vinculação mãe-bebe;</li> <li>- avaliar a adaptação a novas rotinas;</li> <li>- presença de gestos de carinho,</li> </ul> </li> <li>- avaliar a interpretação e adequação das respostas dos pais ao recém-nascido; <ul style="list-style-type: none"> <li>- conhecer as condições físicas do ambiente familiar;</li> </ul> </li> <li>- avaliar risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer.</li> </ul>
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- promover a amamentação;</li> <li>- administração de vitamina D; <ul style="list-style-type: none"> <li>- posição de deitar;</li> <li>- posição acordado;</li> <li>- acidentes e segurança;</li> </ul> </li> <li>- sinais de sintomas para recorrer aos serviços de saúde;</li> </ul>
<p><b><u>Tabela adaptada de :</u></b>  Direção-Geral da Saúde (2013) . Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.  Ordem dos Enfermeiros. (2010) . <i>GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA</i>. Série I 3(1) . Ordem dos Enfermeiros.</p>	

## CONSULTA DOS 5 ANOS

<b>Dados Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- avaliar e registar peso, altura e tensão arterial.</li></ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- avaliar motricidade global (caminha pé ante pé; corre em bicos dos pés; mantém-se num pé 10 segundos; salta à corda; joga à bola com habilidade, respeitando as regras do jogo; apertas as duas mãos com força);</li><li>- avaliar visão e manipulação (identifica as cores; constrói uma escada com 6 cubos; dedos ágeis a manipular um lápis com precisão; lateralidade definida; desenha e pinta os desenhos, sem dificuldades nos contornos; desenha figuras geométricas; autónomo em todas as tarefas do cuidar; constrói jogos de lego e puzzles);</li><li>- avaliar comportamento e adaptação social (procura agradar aos pais; mais educado e cumpridor; brinca com outras crianças com prazer, respeitando regras; compreende o sentido de arrumação; tem sentido de humor; ajuda em pequenas tarefas; aprende a partilhar e dividir; brinca a jogos simbólicos de forma mais elaborada; conhece o dinheiro, diferencia as moedas e as notas; sexualidade pensada de forma diferente da dos adultos);</li><li>- avaliar linguagem (compreensão; desenvolvimento da narrativa; combina 5 a 8 palavras numa frase; compreende e executa ordens com grande complexidade; domínio das consoantes e fluência do discurso).</li></ul>
<b>Alimentação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- verificar o estado da dentição;</li><li>- avaliar padrões de alimentação;</li><li>- conhecer as crenças, práticas e atitudes parentais face à alimentação;</li><li>- saber se utiliza os talheres de forma correta;</li><li>- postura correta quando sentado à mesa;</li><li>- promover um regime alimentar saudável e equilibrado;</li><li>- reforçar importância do pequeno almoço e do lanche a meio da manhã;</li><li>- identificar e esclarecer dúvidas.</li></ul>
<b>Higiene e Vestuário</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- conhecer hábitos diários de higiene (banho e higiene oral);</li><li>- conhecer as condições ambientais onde decorre a prática do banho;</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aconselhar a manter a hora para o banho, por forma a criar uma rotina;</li> <li>- identificar e esclarecer dúvidas.</li> </ul>
<b>Sono</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conhecer padrões e hábitos de sono;</li> <li>- conhecer as condições ambientais;</li> <li>- identificar problemas de sono da criança;</li> <li>- identificar e valorizar a existência de dificuldades em adormecer ou ocorrência de pesadelos frequentes.</li> <li>- estimular a adoção de rituais simples e consistentes.</li> </ul>
<b>Segurança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conhecer as condições físicas do ambiente familiar;</li> <li>- avaliar existência de exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa;</li> <li>- avaliar risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer.</li> </ul>
<b>Afetos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar as características da relação pais/ criança;</li> <li>- identificar a existência de ansiedade, preocupações ou medos excessivos;</li> <li>- identificar dificuldades na socialização;</li> <li>- avaliar adaptação ao infantário.</li> </ul>
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ler com os pais as indicações no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>- estimular hábitos de leitura;</li> <li>- incentivar a redução das horas passadas a ver televisão;</li> <li>- rastreio da visão;</li> <li>- preparar a entrada para a escola.</li> </ul>

**Tabela adaptada de :**

Direção-Geral da Saúde (2013) . Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

Ordem dos Enfermeiros. (2010) . *GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA*. Série I 3(1) . Ordem dos Enfermeiros.

## **ANEXO V**

**Grelha de observação da prática de cuidados do Enfermeiro ao adolescente**

**Grelha de observação da prática de cuidados do Enfermeiro ao adolescente**

**- Promoção da autonomia do adolescente face às intervenções de Enfermagem –**

<b>Serviço:</b>			
<b>Domínios</b>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Estabelece uma relação de confiança com o adolescente</b>	- respeita a privacidade		
	- usa um discurso aberto		
	- usa a escuta ativa		
	- facilita a expressão de sentimentos		
	- cria proximidade		
<b>Presta cuidados individualizados ao adolescente</b>	- identifica necessidades		
	- respeita preferências		
	- aceita/respeita a opinião		
	- respeita a cultura; valores e crenças		
<b>Prepara o adolescente para a intervenção de Enfermagem proposta</b>	- assegura o acesso à informação		
	- adequa a informação à capacidade e compreensão do adolescente		
	- utiliza linguagem acessível, sem recorrer a termos técnicos		
	- proporciona espaço para colocação de questões		
	- esclarece dúvidas		
	- negocia e proporciona tempo para reflexão		
	- procura evidência de compreensão da informação		
- facilita a tomada de decisão			
<b>Obtém o consentimento do adolescente?</b>			
<b>Proporciona reforço positivo?</b>			
<b>OBERVAÇÕES</b>			

**Grelha de observação da prática de cuidados do Enfermeiro ao  
adolescente**

**- Promoção da autonomia do adolescente face às intervenções de  
Enfermagem -**

<b>Domínio</b>	<b>Itens</b>	<b>Aspetos presentes</b>
<b>Estabelece uma relação de confiança com o adolescente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- respeita a privacidade</li><li>- usa um discurso aberto<ul style="list-style-type: none"><li>- usa a escuta ativa</li></ul></li><li>- facilita a expressão de sentimentos<ul style="list-style-type: none"><li>- cria proximidade</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- mantém o contacto visual;</li><li>- mantem a proximidade física;</li><li>- facilita o diálogo;</li><li>- cria um diálogo dinâmico;</li><li>- repete o que lhe é dito;</li><li>- usa a escuta ativa para colocar os interlocutores em pé de igualdade;</li><li>- trata pelo nome próprio; apresentando o reflexo do que foi ouvido.</li></ul>

**Referências Bibliográficas**

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: LUSOCIÊNCIA.

Domínio	Itens	Aspectos presentes
<p align="center"><b>Presta cuidados individualizados ao adolescente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identifica necessidades</li> <li>- respeita preferências</li> <li>- aceita/respeita a opinião</li> <li>- respeita a cultura; valores e crenças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- usa questões fechadas que proporcionem informação precisa;</li> <li>- usa questões abertas para facilitar a expressão de sentimentos e emoções;</li> <li>- permite a livre expressão de ideias e pensamentos relativamente aos cuidados de Enfermagem propostos;</li> <li>- ausência de comportamentos reveladores de preconceitos;</li> <li>- ausência de julgamentos de valores;</li> </ul>

### Referências Bibliográficas

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Brady, M. (2009). HOSPITALIZED CHILDREN'S VIEWS OF THE GOOD NURSE. *Nursing Ethics* , 16 (5), 544-560.
- Deatrick, J., & Dickey, S. (2000). Autonomy and decision making for health promotion in adolescence. *Pediatric Nursing*, 26(5), 461-478.
- Freake, H., Barley, V., & Kent, G. (2007). Adolescents' veiwrs of helping professionals: A review of the literature. *Journal of Adolescence* , 30, 639-653.
- Malley, P. J., Brown, K., & Krug, S. E. (2008). Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS* , 122 (2), 511-522.
- Moisa, S. M. et al (2013). Models of decision making in pediatrics - part I. *Revista Romana de Pediatrie* , 27 (1), 39-42.
- UNICEF. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança.

Domínio	Itens
<p align="center"><b>Prepara o adolescente para a intervenção de Enfermagem proposta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assegura o acesso à informação</li> <li>- adequa a informação à capacidade e compreensão do adolescente</li> <li>- utiliza linguagem acessível, sem recorrer a termos técnicos</li> <li>- proporciona espaço para colocação de questões</li> <li>- esclarece dúvidas</li> <li>- negocia e proporciona tempo para reflexão</li> <li>- procura evidência de compreensão da informação</li> <li>- facilita a tomada de decisão.</li> </ul>

#### **Referências Bibliográficas**

- Amorim, A. (2011). O CONSENTIMENTO INFORMADO DE MENORES: REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE A LEI ACTUAL. *Lex Medicinae* , 15 (113-128).
- Beauchamp, Tom. L., & Childress, James F. (2001). *PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS*. (5ª ed.). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma em discussão pública. Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação.
- Entidade Reguladora da Saúde (2009). CONSENTIMENTO INFORMADO – RELATÓRIO FINAL.
- Itis, A. S. (2010). Toward a Coherent Account of Pediatric Decision Making. *Journal of Medicine and Philosophy* , 35 (5), 527-551.
- Levy, M. d., Larcher, V., & Kurz, R. (2003). Informed consent/assent in children. Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics. *European Journal of Pediatrics* , 162, 629-633.
- Ribeiro, G. R. (2010). QUEM DECIDE PELOS MENORES? (ALGUMAS NOTAS SOBRE O REGIME JURÍDICO DO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACTOS MÉDICOS). *Lex Medicinae*. 14. 105-138.
- UNICEF. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança.

## Domínio

### Obtém o consentimento do adolescente?

#### Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma em discussão pública. Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação.
- Entidade Reguladora da Saúde (2009). CONSENTIMENTO INFORMADO – RELATÓRIO FINAL.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico.

## Domínio

### Proporciona reforço positivo?

#### Referências Bibliográficas

- Brady, M. (2009). HOSPITALIZED CHILDREN'S VIEWS OF THE GOOD NURSE. *Nursing Ethics*, 16 (5), 544-560.

## **ANEXO VI**

**Resultados da aplicação da Grelha de observação da prática de cuidados do  
Enfermeiro ao adolescente**



## RESULTADOS POR SERVIÇO

<b>Serviço de Urgência Pediátrica (n=6)</b>					
<b>Domínios</b>	<b>Itens</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Grupo Sim</b>	<b>Grupo Não</b>
<b>Estabelece uma relação de confiança com o adolescente</b>	- respeita a privacidade	4	2	<b>63,33%</b>	<b>36,67%</b>
	- usa um discurso aberto	3	3		
	- usa a escuta ativa	4	2		
	- facilita a expressão de sentimentos	4	2		
	- cria proximidade	4	2		
<b>Presta cuidados individualizados ao adolescente</b>	- identifica necessidades	4	2	<b>50,00%</b>	<b>50,00%</b>
	- respeita preferências	3	3		
	- aceita / respeita a opinião	3	3		
	- respeita a cultura; valores e crenças	2	4		
<b>Prepara o adolescente para a intervenção de Enfermagem proposta</b>	- assegura o acesso à informação	4	2	<b>33,33%</b>	<b>66,67%</b>
	- adequa a informação à capacidade de compreensão do adolescente	4	2		
	- utiliza linguagem acessível, sem recorrer a termos técnicos	4	2		
	- proporciona espaço para colocação de dúvidas	1	5		
	- esclarece dúvidas	1	5		
	- negocia e proporciona tempo para reflexão	0	6		
	- procura evidência de compreensão da informação	1	5		
- facilita a tomada de decisão	1	5			
<b>Obtém o consentimento do adolescente?</b>		2	4	<b>33,33%</b>	<b>66,67%</b>
<b>Proporciona reforço positivo?</b>		6	0	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>

## RESULTADOS POR SERVIÇO

<b>Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (n=4)</b>					
<b>Domínios</b>	<b>Itens</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Grupo Sim</b>	<b>Grupo Não</b>
<b>Estabelece uma relação de confiança com o adolescente</b>	- respeita a privacidade	4	0	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>
	- usa um discurso aberto	4	0		
	- usa a escuta ativa	4	0		
	- facilita a expressão de sentimentos	4	0		
	- cria proximidade	4	0		
<b>Presta cuidados individualizados ao adolescente</b>	- identifica necessidades	4	0	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>
	- respeita preferências	4	0		
	- aceita / respeita a opinião	4	0		
	- respeita a cultura; valores e crenças	4	0		
<b>Prepara o adolescente para a intervenção de Enfermagem proposta</b>	- assegura o acesso à informação	4	0	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>
	- adequa a informação à capacidade de compreensão do adolescente	4	0		
	- utiliza linguagem acessível, sem recorrer a termos técnicos	4	0		
	- proporciona espaço para colocação de dúvidas	4	0		
	- esclarece dúvidas	4	0		
	- negocia e proporciona tempo para reflexão	4	0		
	- procura evidência de compreensão da informação	4	0		
	- facilita a tomada de decisão	4	0		
<b>Obtém o consentimento do adolescente?</b>		4	0	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>
<b>Proporciona reforço positivo?</b>		4	0	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>

## RESULTADOS POR SERVIÇO

<b>Centro de Atendimento a Adolescentes (n=4)</b>					
<b>Domínios</b>	<b>Itens</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Grupo Sim</b>	<b>Grupo Não</b>
<b>Estabelece uma relação de confiança com o adolescente</b>	- respeita a privacidade	4	0	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>
	- usa um discurso aberto	4	0		
	- usa a escuta ativa	4	0		
	- facilita a expressão de sentimentos	4	0		
	- cria proximidade	4	0		
<b>Presta cuidados individualizados ao adolescente</b>	- identifica necessidades	4	0	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>
	- respeita preferências	4	0		
	- aceita / respeita a opinião	4	0		
	- respeita a cultura; valores e crenças	4	0		
<b>Prepara o adolescente para a intervenção de Enfermagem proposta</b>	- assegura o acesso à informação	4	0	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>
	- adequa a informação à capacidade de compreensão do adolescente	4	0		
	- utiliza linguagem acessível, sem recorrer a termos técnicos	4	0		
	- proporciona espaço para colocação de dúvidas	4	0		
	- esclarece dúvidas	4	0		
	- negocia e proporciona tempo para reflexão	4	0		
	- procura evidência de compreensão da informação	4	0		
	- facilita a tomada de decisão	4	0		
<b>Obtém o consentimento do adolescente?</b>		4	0	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>
<b>Proporciona reforço positivo?</b>		4	0	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>

## RESULTADOS GLOBAIS

<b>Resultados globais (n= 15)</b>			
<b>Domínios</b>	<b>Itens</b>	<b>Grupo Sim</b>	<b>Grupo Não</b>
<b>Estabelece uma relação de confiança com o adolescente</b>	- respeita a privacidade	<b>75,87%</b>	<b>24,13%</b>
	- usa um discurso aberto		
	- usa a escuta ativa		
	- facilita a expressão de sentimentos		
	- cria proximidade		
<b>Presta cuidados individualizados ao adolescente</b>	- identifica necessidades	<b>71,15%</b>	<b>28,85%</b>
	- respeita preferências		
	- aceita / respeita a opinião		
	- respeita a cultura; valores e crenças		
<b>Prepara o adolescente para a intervenção de Enfermagem proposta</b>	- assegura o acesso à informação	<b>61,54%</b>	<b>38,46%</b>
	- adequa a informação à capacidade de compreensão do adolescente		
	- utiliza linguagem acessível, sem recorrer a termos técnicos		
	- proporciona espaço para colocação de dúvidas		
	- esclarece dúvidas		
	- negocia e proporciona tempo para reflexão		
	- procura evidência de compreensão da informação		
	- facilita a tomada de decisão		
<b>Obtém o consentimento do adolescente?</b>		<b>46,15%</b>	<b>53,85%</b>
<b>Proporciona reforço positivo?</b>		<b>92,31%</b>	<b>7,69</b>

**ANEXO VII**

**Seminário**

**“O Consentimento do Adolescente:**

**As escolhas em saúde”**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DE ENFERMAGEM ENVIADO A  
16/07/2013, COM PARECER FAVORÁVEL**

Exma. Sr<sup>a</sup> Enfermeira Supervisora Alda Lino:

O meu nome é Ana Mafalda Machado e exerço funções no Serviço de Urgência Pediátrica. Encontro-me a frequentar a Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Presentemente estou a elaborar o meu projeto de estágio, cuja temática é a “Promoção da autonomia do adolescente na tomada de decisão dos cuidados de Enfermagem – Contributo do Enfermeiro”.

O estágio irá decorrer nos vários serviços do Departamento de Pediatria. Sumariamente, o que se pretende é apoiar os enfermeiros na aquisição de conhecimentos éticos e legais necessários à promoção da autonomia do adolescente na tomada de decisão relativa à prestação de cuidados.

Tomei a liberdade de falar com as Enfermeiras Chefes de cada serviço para dar a conhecer o projeto e realizar um diagnóstico de necessidades, para posteriormente elaborar um plano de formação que possa ir de encontro às mesmas.

Gostaria de pedir autorização para programar um Workshop, previsto para o final do ano e dirigido a profissionais de saúde que trabalham com adolescentes, que permita trabalhar a aquisição de competências éticas e com espaço para debate de ideias. O objetivo é uniformizar práticas de cuidados; clarificar dúvidas e contribuir para a melhoria na prestação de cuidados de Enfermagem aos adolescentes e famílias.

Desde já agradeço a atenção dispensada.

Com os mais cordiais cumprimentos,

Enfermeira Mafalda Machado

## PLANO DE FORMAÇÃO INTERNA



### Formulário de Planeamento de Formação Interna

<b>Serviço</b>	Urgência Pediátrica
<b>Designação da Ação de Formação</b>	"O Consentimento do Adolescente: as escolhas em saúde"
<b>Objectivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aquisição de conhecimentos acerca do desenvolvimento cognitivo e moral nos processos de decisão nos adolescente;</li> <li>- aquisição de conhecimentos éticos na promoção da autonomia do adolescente;</li> <li>- aquisição de conhecimentos legais no que concerne à prestação do consentimento informado por parte dos adolescentes e família;</li> <li>- contribuir para a melhoria na prestação de cuidados de enfermagem aos adolescentes e famílias;</li> <li>- proporcionar espaço de debate acerca do consentimento informado em adolescentes;</li> <li>- esclarecer dúvidas dos profissionais;</li> </ul>
<b>Competências a adquirir</b>	- competências éticas e legais na prestação de cuidados ao adolescente e família.
<b>Conteúdo programático</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. "Desenvolvimento cognitivo e adolescência: implicações no Consentimento Informado"</li> <li>2. "O adolescente e a tomada de decisão em saúde"</li> <li>2.1. Autonomia e Autodeterminação</li> <li>2.2. Processo de tomada de decisão</li> <li>2.3. Considerações éticas</li> <li>3. "Informação e esclarecimento; consentimento e recusa: conceitos perturbadores num mundo de hierarquias de vulnerabilidades"</li> <li>3.1. O direito ao esclarecimento</li> <li>3.2. A indemnização por danos causados ao doente na sequência de uma intervenção sem informação suficiente.</li> </ol>
<b>Destinatários</b> (Grupo Profissional, N.º por Ação)	Profissionais de saúde que trabalham com adolescentes
<b>Equipa</b>	- Dr. Catarina Luis, Neuropediatra; pós-graduada em Desenvolvimento

<b>Pedagógica</b>	Infantil;		
	- <b>Profa.</b> Maria João Santos: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Mestre em Bioética; Docente na Universidade Atlântica		
	- <b>Profa.</b> André Dias Pereira: Mestre em Direito; Pós-graduado em Direito da Medicina; Tesoureiro da Associação Mundial de Direito Médico; docente na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.		
<b>Coordenação</b>	<b>Enf.</b> Ana Mafalda Morão Machado		
<b>Método(s)/Meio(s) Pedagógicos</b>	Método expositivo		
<b>Tipo de Avaliação</b> (Quantitativa ou Qualitativa)	Não aplicável		
<b>Data(s)</b>	4 de Dezembro de 2013		
<b>Horário</b>	9.00-13.00	<b>N.º Total Horas</b>	4
<b>Local</b>	Sala 2		

**Nota:** - O Formulário deve ser entregue no Centro de Formação com pelo menos **duas semanas de antecedência** da Ação de Formação a planear



## CARTAZ INICIAL



### Programa

**Dra. Ana Carina Mendes.**

Psicóloga

"Processos de Desenvolvimento na Adolescência". Duração 40 min

**Prof. Maria João Santos.**

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Mestre em Bioética; Docente na Universidade Atlântica

"O adolescente e a tomada de decisão em saúde". Duração 40 min

Intervalo. Duração 20 min

**Prof. André Gonçalo Dias Pereira:**

Mestre em Direito; Pós-graduado em Direito da Medicina; Tesoureiro da Associação Mundial de Direito Médico

"Informação e esclarecimento; consentimento e recusa: conceitos perturbadores num mundo de hierarquias de vulnerabilidades". Duração 40 min

Espaço para Reflexão e encerramento

Destinatários: Profissionais de Saúde que trabalham com crianças e adolescentes

Local: Anfiteatro do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Inscrições: [ws.cons.informado@hff.min-saude.pt](mailto:ws.cons.informado@hff.min-saude.pt)

## PROGRAMA FINAL



**Workshop Hff**  
**O Consentimento do Adolescente:  
As escolhas em Saúde**  
4 dezembro 2013 às 9h às 12,30h  
Inscrição Gratuita

**Programa**

**Início: 9,00h**

**9,10h: Dr<sup>a</sup> Catarina Luis:**  
"Desenvolvimento cognitivo e adolescência:  
implicações no Consentimento Informado"  
Neuropediatra; Pós graduada em Desenvolvimento  
Infantil

**9,50h: Prof.<sup>a</sup> Maria João Santos**  
"O adolescente e a tomada de decisão em  
saúde"  
Docente na Universidade Atlântica; Enfermeira  
Especialista em Saúde Infantil e Pediatria; Mestre  
em Bioética

**10,40-11h: Coffebreak**

**11h: Prof.<sup>e</sup> André Dias Pereira**  
"Informação e esclarecimento:  
consentimento e recusa: conceitos  
perturbadores num mundo de hierarquias e  
vulnerabilidades"  
Docente na Faculdade de Direito da Universidade de  
Coimbra; Pós-graduado em Direito da Medicina;  
Mestre em Direito; Tesoureiro da Associação Mundial  
de Direito Médico

**11,40h: Discussão**

**12,30h: Encerramento**

# REGISTO DE PRESENÇAS



## WORKSHOP: "O Consentimento do Adolescente: as escolhas em saúde"

Presenças dos Formandos

Data: 4 Dezembro de 2013

Folha nº 1

NOME COMPLETO	NºMEC.	CAT. PROF.	SERVIÇO/INSTITUIÇÃO
Mariz Louredo	524	Esp. Unife	CBSE
Sara Pinto	1000	Ped. tra.	CBSE
Vanda Amalho	5048	Ped. tra.	CBSE
Jana Leites	4671	Ped. tra.	Interno
Yara Esteves	5928	Ped.	Interno
Três Curto Vidal	523	Gen. Child	D. Ped. e Saúde

Centro de Formação

Sofia Oliveira

João Muralha da Silva	U.Católica	Aluno Lic. Enfermagem	<i>João Muralha</i>
Joana Fonseca	HFF	UCIPed, Enfª	<i>Joana Fonseca</i>
Maria João Neves	HFF	Educadora de Infância	<i>Mª João Neves</i>
Maria de Lourdes Oliveira	ESEL	Professora	
Maria de Lurdes Torres	HFF	SUP, Médica	<i>Maria de Lurdes Torres</i>
Maria Inês Serrão	HSFX	SUP, Enfª	<i>Maria Inês Serrão</i>
Mário Macedo	HFF	SUP, Enfª	
Marta Ferreira	HFF	UCIPed, Enfª	<i>Marta Ferreira</i>
Marisa Paulo	HFF	Pediatria, Enfª	
Paula Costa	HFF	UCIPed, Enfª	
Rita Neves Carneiro	HFF	Pediatria, Enfª Chefe	<i>Rita Carneiro</i>
Ruth Archilla Delgado	HFF	UCIPed, Enfª	<i>Ruth Archilla Delgado</i>
Sara Raquel Marques	HFF	SUP, Enfª	<i>Sara Raquel Marques</i>
Sara Jacinto	HGO	Pediatria, Enfª	<i>Sara Jacinto</i>
Sónia Semião	HFF	UCIPed, Enfª Chefe	<i>Sónia Semião</i>
Sofia Marques	HFF	Pediatria, Enfª	<i>Sofia Marques</i>
Susana Mascarenhas	HFF	Educadora de Infância	<i>Susana Mascarenhas</i>
Susana Costa	HDE	C.E. Ginec/Obst, Enfª	<i>Susana Costa</i>
Teresa Vidal	HFF	SUP, Enfª Chefe	<i>Teresa Vidal</i>
Vanda Bento	HFF	SUP, Médica	<i>Vanda Bento</i>

*Lino Antunes*

HFF

ESEL

*Lino Antunes*

Nome	Instituição	Serviço/ Função	Assinatura
Ana Cristina Oliveira	HDE	Unidade de adolescentes, Enfª	Ana Oliveira
Ana Cristina Ribeiro	HFF	SUP, Enfª	Ana Cristina Ribeiro
Ana Cristina Silva	HDE	Educadora de Infância	
Anabela Lopes Moura	HDE	Cirurgia Pediátrica, Enfª	Anabela Lopes Moura
Ana Luisa Martiniano	HDE	C.E. Ginec/Obst, Enfª	Ana Luisa Martiniano
Ana Sofia Neves	HFF	Educadora de Infância	Ana Sofia Neves
António Gonçalves	HFF	SUP, Enfª	Ag
Catarina Melancia	HFF	UCIPed, Enfª	Ana Catarina Melancia
Cláudia Olho Azul	HCascais	UCIPed, Enfª	Cláudia Olho Azul
Célia Matos	HDE	Cons. Adolescentes; Enfª	Célia Matos
Clara Abadesso	HFF	UCIPed, Médica	
Elsa Gomes Neves	HDE	Unidade de adolescentes, Enfª	Elsa Gomes
Fátima Rodrigues	USF São Julião	Enfermeira	Fátima Rodrigues
Filipa Carreira	HCascais	UCIPed, Enfª,	
Gina Melo Silva	HDE	Educadora de Infância	
Helena Isabel Almeida	HFF	UCIPed, Médica	
Inês Mascarenhas	HFF	UCIPed, Médica	
Isabel Santiago Gomes	HDE	Educadora de Infância	

Ado minor uno

Hff

DE/ Enf deljunta

DE/ Enf deljunta

**ANEXO VIII**  
**I Encontro das Comissões de Ética da ARSLVT**  
**“Razões Éticas 2013”**



### **9h00 Sessão Abertura**

Luis Pisco (ARSLVT); António Faria Vaz (CES ARSLVT); António Vaz Carneiro (CES ARSLVT); José Pereira de Almeida (CES ARSLVT)

#### **Painel I**

**9h15** *"Declaração antecipada de vontade - "Testamento de vida" e "Decisão para não reanimar." - Aplicação da legislação.*

**10h30** Pausa café

#### **Seminário**

**11h00** *"Mediação Ética em Cuidados de Saúde."*

**Ateliês:** *Mediação Ética em cuidados primários e em contexto hospitalar*

**13h00** Almoço (livre)

#### **Painel II**

**14h15** *"A Ética e Investigação em contexto pré e pós-graduado"*

**15h45** Pausa café

#### **Conferência de Encerramento**

**16h15/17h15**

*Pensar, hoje, os cuidados de Saúde: que formação Ética?*

#### **17:30 Sessão de Encerramento**

Paulo Moita de Macedo (Ministro da Saúde); Luis Cunha Ribeiro (ARSLVT); Miguel Oliveira e Silva (CNECV); António Faria Vaz (CES ARSLVT).



Local: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa Av. do Brasil, 53 - 1749-002 Lisboa

Inscrições para o e-mail: [etica@arslvt.min-saude.pt](mailto:etica@arslvt.min-saude.pt) ou [paule.monteiro@arslvt.min-saude.pt](mailto:paule.monteiro@arslvt.min-saude.pt)

## CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Mafalda Morão Machado participou no I Encontro das Comissões de Ética da ARSLVT, "Razões Éticas 2013", promovido pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no dia 21 de Novembro, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.



António Manuel Nuncio Faria Vaz

Presidente da Comissão de Ética da ARSLVT

LISBOA E VALE DO TEJO



**ANEXO IX**

**Procedimento sobre Consentimento para Intervenções de Enfermagem**

**NOTA:** A organização e estrutura deste procedimento está de acordo com as normas vigentes na instituição de saúde.

## **Procedimento**

### **Consentimento informado para intervenções de Enfermagem**

#### **1. Objectivo**

Apresentar uma definição para consentimento informado, livre e esclarecido.

Descrever o processo de obtenção de consentimento informado para intervenções de Enfermagem.

#### **2. Âmbito**

Todos os Enfermeiros do Departamento de Pediatria, aplicado previamente à implementação de intervenções de Enfermagem autónomas ou interdependentes.

#### **3. Definições e siglas**

CI: Consentimento Informado

#### **4. Descrição**

A obtenção do CI por parte do Enfermeiro decorre da estreita observação do respeito pela dignidade humana, do respeito pela autonomia individual e do dever ético e deontológico de obter consentimento para a implementação de intervenções de Enfermagem.

##### **4.1. Definição**

A criança, adolescente e família manifestam a sua concordância ou discordância relativamente à intervenção proposta pelo Enfermeiro, após terem sido devidamente informados e deliberado, na ausência de pressões externas, sobre o que lhes é proposto. É um processo contínuo e revogável em qualquer altura, sem que tal condicione qualquer prejuízo para a criança, adolescente e família.

## **4.2. Eficácia do Consentimento**

- Evidência da capacidade para consentir sobre a intervenção proposta;
- Evidência da compreensão da informação proporcionada;
- Ausência de pressão ou coação externa;
- Compreensão do alcance e consequências da decisão;
- Atualidade do consentimento.

### **4.2.1. Crianças menores de 16 anos ou que não possuam a competência necessária para consentir**

- O CI é obtido junto dos pais ou tutor legal;
- O menor recebe informação adequada ao seu grau de compreensão, se assim o desejar;
- O menor é envolvido no processo de tomada de decisão, sendo a sua opinião tida em conta conforme a sua idade e grau de maturidade;
- A responsabilidade da decisão deve ser partilhada entre o menor e os pais ou tutor legal.

### **4.2.2. Adolescentes maiores de 16 anos**

- Se o adolescente maior de 16 anos possuir o discernimento necessário para avaliar o alcance e consequências da sua concordância com a intervenção de Enfermagem proposta, o seu consentimento é considerado como válido;
- Se o adolescente maior de 16 anos for considerado como capaz para consentir, do mesmo modo deverá ser considerado como capaz para dissentir.

## **4.3. Sequência do procedimento**

- Avaliar o grau e extensão de informação que a criança, adolescente e família desejam receber, respeitando o direito a não serem informados se assim o desejarem;
- Proporcionar informação utilizando linguagem clara, acessível e adequada ao grau de compreensão da criança, adolescente e família;
- Confirmar a compreensão da informação proporcionada;
- Esclarecer dúvidas, no caso de existirem;

- Proporcionar tempo de reflexão para que exista uma avaliação da informação prestada;
- Obter o CI previamente à implementação da intervenção de Enfermagem proposta.
- Registrar em processo clínico.

## **5. Referências de Suporte**

- Beauchamp, Tom. L., & Childress, James F. (2001) . *PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS*. (5ª ed.). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma em discussão pública. Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação.
- Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro. Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 400/82. **D.R I Série**. 170 (4/09/2007)
- Entidade Reguladora da Saúde (2009). CONSENTIMENTO INFORMADO – RELATÓRIO FINAL.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico.
- UNICEF. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança.

**ANEXO X**

**9º Curso Breve de Pós-Graduação em Consentimento Informado**

**Centro de Direito Biomédico**

**Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra**

**Organização:** Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito de Coimbra

**Direção:** Prof. Doutor Guilherme de Oliveira e Mestre André Dias Pereira

**Duração:** 15 horas

**Horário:** Sábados, das 10h30 às 13h00 e das 14h30 às 17h00

**Local:** Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

**Vagas:** 45 vagas (25 juristas, 20 não juristas)

**Inscrição:** Por ordem de chegada, até 6 de Janeiro de 2014.

**Condições de admissão:** Licenciatura

**Documentação para inscrição:** *Curriculum vitae* abreviado, cópia do certificado de habilitações, uma foto tipo passe, fotocópia do cartão de cidadão / bilhete de identidade / passaporte, cópia do boletim de vacinas.

**Preço:** (Inscrição: 100 euros; Propina: 125 euros)

**Certificado de Frequência de Pós-graduação:** 85% de presenças

**Diploma de Pós-graduação em Direito da Medicina:**

- mediante apresentação de Certificados de Frequência em 4 Cursos de Pós-graduação do CDB (Responsabilidade Médica + Consentimento Informado + 2 cursos)
- elaboração de um trabalho escrito (propina de 250 €)



*Centro de*  
Direito **Biomédico**

Centro de Direito Biomédico  
Faculdade de Direito de Coimbra  
3004 – 545 Coimbra  
Tel. / Fax 239 821 043  
Email: [cdb@fd.uc.pt](mailto:cdb@fd.uc.pt)  
Url: [www.centrodedireitobiomedico.org](http://www.centrodedireitobiomedico.org)

---

9.º CURSO BREVE DE PÓS-GRADUAÇÃO

EM CONSENTIMENTO  
INFORMADO

2014

---



DIREITO DA MEDICINA

## 9.º CURSO BREVE DE

### PÓS-GRADUAÇÃO EM

## CONSENTIMENTO INFORMADO

**11 de Janeiro de 2014 (10h30-13h00)**

Justificação do Consentimento Informado

A Informação:

- Quando informar
- Quanto informar; o caso dos riscos raros e graves
- Quem deve informar; equipas e intervenção de serviços diversos
- A quem informar; o doente ou a família?
- Prova da informação
- O direito a não-saber
- O privilégio terapêutico

Mestre André Dias Pereira  
(Faculdade de Direito de Coimbra)

**11 de Janeiro de 2014 (14h30-17h00)**

O Consentimento:

- Consentimento presumido
- Consentimento expresso
- Oral ou escrito? Os formulários
- Consentimento do doente ou da família?
- Dispensa do consentimento

Mestre João Vaz Rodrigues  
(Advogado; Universidade de Évora)

Mestre André Dias Pereira  
(Faculdade de Direito de Coimbra)

**18 de Janeiro de 2014 (10h30-13h00)**

- Quem decide pelos Menores?
- Quem decide pelos Incapazes adultos?
- Os casos especiais de:  
Declarações antecipadas de vontade  
Requisitos e limites
- Procurador de cuidados de saúde

Mestre Paula Távora Vitor  
(Faculdade de Direito de Coimbra)

Mestre Geraldo Ribeiro  
(Faculdade de Direito de Coimbra)

**18 de Janeiro de 2014 (14h30-17h00)**

Responsabilidade criminal por falta de Consentimento

Prof. Doutor Manuel da Costa Andrade  
(Faculdade de Direito de Coimbra)

**25 de Janeiro de 2014 (10h30-13h00)**

A) Casos especiais de Consentimento Informado: PMA, esterilização, IVG, transplante de órgãos e tecidos, investigação com seres humanos, biobancos, etc.

B) As intervenções compulsivas

C) Responsabilidade civil e responsabilidade disciplinar por falta de Consentimento Informado

Mestre André Dias Pereira  
(Faculdade de Direito de Coimbra)

Mestre Rafael Vale e Reis  
(Faculdade de Direito de Coimbra)

**25 de Janeiro de 2014 (14h30-17h00)**

Análise da prática do Consentimento Informado

Casos e "Formulários"

Mestre André Dias Pereira  
(Faculdade de Direito de Coimbra)

Dr. Fernando Martinho (ap.)  
(Médico dos HUC)

## **ANEXO XI**

**4ª Reunião de Enfermagem do Serviço de Pediatria**

**Formação: “Competências éticas na promoção da autonomia do adolescente”**



## 4ª Reunião de Enfermagem do Serviço de Pediatria

9.00h - 9.15h Sessão de Abertura

◊ Filme: "Viver Pediaticamente"

9.15h - 9.45h Livopan no controlo da dor processual

Enf.ª/ Responsável pela formação Linde Healthcare Portugal Tiago Esteves

9.45h - 10.20h Vamos cuidar da dor na criança

Enf.ª Ângela Baptista

10.20h - 10.50h Feridas: quando e como actuar?

Enf.ª Catarina Escobar/ Enf.ª Raquel Martins/ Enf.ª Marisa Paulo

10.50h - 11.00h Intervalo/ Coffee Break

11.00h - 12.00h Cuidados Paliativos Pediátricos

- Uma realidade.

Enf.ª Rute Sequeira/ Enf.ª Vera Lavrador

- Vivências da criança/ família/ profissionais de saúde.

Enf.ª Marisa Ventura/ Enf.ª Sofia Bettencourt

12h - 12h35m Alimentação e nutrição do latente-  
Recomendações da Comissão de Nutrição da SPP

Enf.ª Tiago Dias da Silva/ Enf.ª Rita Alves

12.35h - 13.00h Gasimetria e interpretação dos resultados

Enf.ª João Sousa

13.00h - 14.00h Almoço

14.00h - 14h45m Algoritmo do SBV Pediátrico

Enf.ª Catarina Conceição

14.45h - 15:30h Educação Terapêutica na Diabetes tipo  
1: Apresentação de suportes ao ensino

Enf.ª Dina Jorge

15.30h - 16:00h Competências Éticas na promoção da  
autonomia do Adolescente.

Enf.ª Mafalda Machado

16.00h - 16:30 Maternidade na Adolescência: Qual o  
papel do enfermeiro?

Enf.ª Sofia Marques

16.30h - 17.00h Resultados das monitorizações internas  
da qualidade no Serviço de Pediatria.

Enf.ª Tiago Dias da Silva

17.00h Sessão de Encerramento

Filme: Flash mob




## “Competências éticas na promoção da autonomia do adolescente”

<b>Formandos</b>	Enfermeiros do Serviço de Pediatria
<b>Local da Sessão</b>	Centro de formação do Hospital...
<b>Data e hora</b>	11 de Dezembro de 2013 às 15.30
<b>Duração</b>	30 minutos
<b>Formador</b>	Ana Mafalda Morão Machado
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- definir os conceitos em estudo;</li><li>- apresentar a perceção moral e o papel das emoções como a primeira fase do processo de cuidar;</li><li>- clarificar o papel do enfermeiro na promoção da autonomia do adolescente;</li><li>- identificar os deveres éticos e deontológicos que devem nortear a prestação de cuidados ao adolescente.</li></ul>
<b>Metodologia</b>	Método expositivo
<b>Avaliação</b>	Não se aplica

	<b>Conteúdos</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apresentação do formador;</li> <li>- apresentação dos objetivos;</li> <li>- visualização de fotografias relacionadas com maus tratos; fome e miséria humana;</li> <li>- brainstorming sobre sentimentos vividos durante a visualização das fotografias;</li> <li>- visualização de uma situação de cuidados a uma criança;</li> <li>- discussão sobre os contornos morais identificados nas diferentes situações exibidas.</li> </ul>	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definição de perceção moral</li> <li>- relação da perceção moral com traços de personalidade do enfermeiro e formação em ética,</li> <li>- a função da perceção moral na motivação para a adoção de uma conduta altruísta;</li> <li>- o papel das emoções na identificação de problemas éticos na prestação de cuidados;</li> <li>- o envolvimento afetivo com o cliente como inibidor da cegueira emocional e frieza nos cuidados;</li> </ul>	15 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definição de Enfermagem como resposta a uma necessidade humana, promotora do autodesenvolvimento;</li> <li>- a importância de mobilizar competências técnicas, humanas, relacionais e éticas no ato de cuidar</li> <li>- como identificar dilemas éticos na prestação de cuidados ao adolescente</li> <li>-apresentar uma perspectiva do adolescente como sujeito autónomo</li> <li>- definição de competência ética;</li> </ul>	
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deveres éticos e deontológicos do enfermeiro na prestação de cuidados, relacionados com a promoção da autonomia individual</li> <li>- o direito a sermos cuidados segundo as nossas preferências;</li> <li>- o direito a sermos respeitados na nossa individualidade e singularidade</li> <li>- o direito a manifestarmos as nossas opiniões;</li> <li>- o direito a sermos tratados de forma digna e individualizada.</li> </ul>	10 minutos



# COMPETÊNCIAS ÉTICAS NA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO ADOLESCENTE

**4ª Reunião do Serviço de Pediatria  
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca  
Enfª Mafalda Machado  
11 de Dezembro de 2013**





# Percepção Moral

**Personalidade**

**Formação moral**

**Sensibilidade**

**Particularidade**

**→ Primeira fase do processo de cuidar**

?

Brito, 2007  
Gastmans, 2002

# Enfermagem...

**Resposta a uma necessidade humana**

**Interacção entre dois seres humanos**

**Expressão comportamental**

**Competência**

**Relação**

?

**Dignidade humana**

**Fazer o bem**

**Qualidade**

?

Gastmans, 2002  
Paterson, 1976

**Dignidade humana**



**Respeito pela singularidade**



**Respeito pelo projeto de vida**



**Respeito pela autonomia**



**Consentimento**

## **A autonomia do adolescente....**

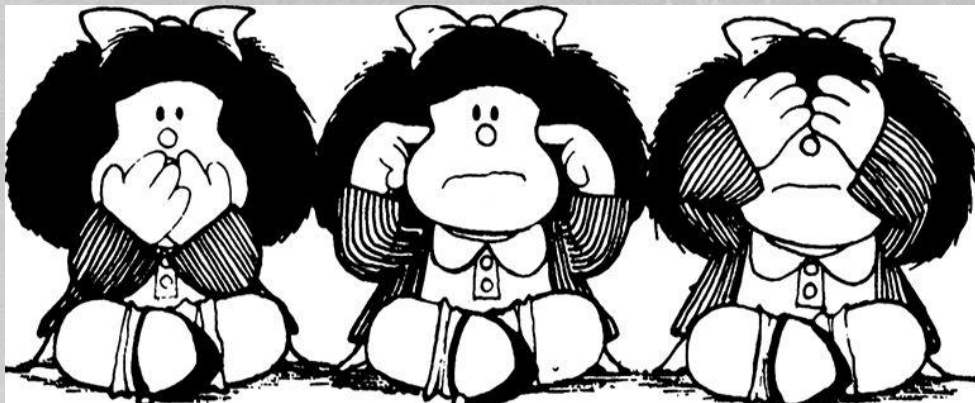
**Se não sentimos...**

**Se não falamos...**

**Se não ouvimos...**

**Se não vemos...**

**É porque não existe?**







## **Eticamente competentes...**

**Mobilizar conhecimentos**

**Refletir**

**Identificar**

**Resultados positivos**

?

?

?

**Respeitar**

**Privacidade**

**Direito a expressar opiniões**

**Direito a ser ouvido**

**Direito a ser informado**

**Direito a consentir**

Sporrong; Arnetz; Hansson; Westerholm e Hoglund, 2007

Pachaco e Darci, 2009

Levy; Larcher e Kurz, 2003

Ordem dos Enfermeiros, 2007

# Bibliografia

Brito, Henrique Silveira de (2007). *Ética das Profissões*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia Universidade Católica Portuguesa.

Código Penal Português.

Hickey, Kathrin (2007). MINOR'S RIGHTS IN MEDICAL DECISION MAKING. *ONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 9(3), 100-104.

Gastmans, C. (2002). A FUNDAMENTAL ETHICAL APPROACH TO NURSING: SOME PROPOSALS FOR ETHICS EDUCATION. *Nursing Ethics*, 9(5), 494-507.

Levy, M. D., Archer, V., & Kurz, R. (2003). INFORMED CONSENT/ASSENT IN CHILDREN. STATEMENT OF THE ETHICS WORKING GROUP OF THE CONFEDERATION OF EUROPEAN SPECIALISTS IN PAEDIATRICS. *European Journal of Pediatrics*, 162, 629-633.

Orr, Fiona (1999). THE ROLE OF THE PAEDIATRIC NURSE IN PROMOTING PAEDIATRIC RIGHT TO CONSENT. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 291-298.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM*.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico*.

Pacheco, S., & Rosa, D. D. (2009). IMPORTÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ÉTICAS NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM. *Revista Nursing (Edição Portuguesa)*, (Fevereiro de 2009), 8-13.

Paterson, J. G. (1976). *Humanistic Nursing*. Hamburg: Tredition GmbH.

Redman, Barbara Fry, Sara (2000). NURSES' ETHICAL CONFLICTS: WHAT'S REALLY KNOWN ABOUT THEM? *Nursing Ethics*, 7(4), 360-366.

UNESCO. (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.

UNICEF (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*.

Sporrong, K., Arnetz, B., Hansson, M., Westerholm, P., & Hoglund, A. (2007). DEVELOPING ETHICAL COMPETENCE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Nursing Ethics*, 14(6), 825-837.

?

## **ANEXO XII**

**Formação:**

**“Consentimento Informado no Adolescente: aspetos éticos e legais”**

**Centro De Atendimento a Adolescentes**

**“Consentimento Informado no Adolescente: aspetos éticos e legais”**

<b>Formandos</b>	Equipa multidisciplinar do Centro de Atendimento a Adolescentes (CAA)
<b>Local da Sessão</b>	Sala de Reuniões do CAA
<b>Data e hora</b>	12 de Fevereiro de 2014 às 15 horas
<b>Duração</b>	30 minutos
<b>Formador</b>	Ana Mafalda Morão Machado
<b>Objetivos</b>	- reciclar conhecimentos teóricos sobre aspetos éticos e legais na obtenção do consentimento informado do adolescente.
<b>Metodologia</b>	Método expositivo

<b>Conteúdos</b>		<b>Duração</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apresentação do formador;</li> <li>- apresentação dos objetivos.</li> </ul>	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definição de criança;</li> <li>- definição de poder paternal;</li> <li>- direitos das crianças;</li> <li>- aspetos legais do consentimento informado nos adolescentes;</li> <li>- considerações éticas na obtenção do consentimento informado nos adolescentes;</li> <li>- critérios de avaliação de competência para decidir;</li> <li>- resolução de conflitos entre adolescentes e famílias;</li> <li>- análise de situações que justificam a quebra de confidencialidade;</li> <li>- análise de casos especiais de consentimento informado: Centros de Atendimentos a Adolescentes; Interrupção Voluntária da Gravidez; Saúde Mental.</li> </ul>	20 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- discussão de casos práticos;</li> <li>- esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	5 minutos

**Espaço "APARECE"**  
**12 de Fevereiro de 2014**

# **Consentimento Informado no Adolescente**

**Ana Mafalda Morão Machado**  
**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**  
**Especialidade de Saúde Infantil**

---

## **Criança**

**Quem ainda não tiver 18 anos de idade**

- ⇒ Dignidade humana**
  - ⇒ Direito à vida**
  - ⇒ Direito à integridade pessoal**
  - ⇒ Desenvolvimento da personalidade**
-

# Poder paternal

- ⇒ **Incapacidade de agir**
- ⇒ **Vulnerabilidade**
- ⇒ **Superior interesse da criança**
- ⇒ **Maturidade e Autonomia**
- ⇒ **Representação para atos médicos**

# Direitos das Crianças

- ⇒ **Liberdade de expressão**
- ⇒ **Informação**
- ⇒ **Opinião**
- ⇒ **Aos 12 anos...**
- ⇒ **Adopção → Consentimento**
- ⇒ **Intervenção da CPCJ → Não oposição**
- ⇒ **Autorização para tratamentos médicos**
- ⇒ **Aos 16 anos...**
- ⇒ **Confidencialidade**
- ⇒ **Liberdade religiosa**
- ⇒ **Consentimento para atos médicos**

# Os adolescentes podem consentir?

**Aos 16 anos...**

**“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”**

**Direito à confidencialidade e proteção do segredo médico**

---

## Consentimento para Intervenções em Cuidados de Saúde

- ⇨ **Princípio da autonomia**
- ⇨ **Prévio a qualquer intervenção em saúde**
- ⇨ **Informação → Formação da Vontade**
- ⇨ **Capacidade para consentir ou recusar**
  - ⇒ **Ofensas corporais**
  - ⇒ **Intervenções médicas arbitrárias**



## **Competência para decidir**

- ⇒ **Capacidade**
- ⇒ **Tarefa**
- ⇒ **Maturidade/ Maturidade na doença**
- ⇒ **Compreensão**
- ⇒ **Comunicação**
- ⇒ **Justificação**
- ⇒ **Riscos/ Benefícios**
- ⇒ **Decisão razoável?**

## **Criança incompetente para consentir**

- ⇒ **Informação**
- ⇒ **Participação**
- ⇒ **Opinião**

### **EM CASO DE CONFLITO: SUPERIOR INTERESSE DA CRIANÇA!!!**

**MP ou CPCJ ⇒ Impõe o cumprimento da decisão médica**

**Em caso de urgência ⇒ Decisão médica favorável**

## **Criança competente para decidir**

### **Menor de 16 anos:**

- **Consentimento dado pelos pais**
- **Obrigação de obter autorização**
- **Situações de risco: co-consentimento**

### **Maior de 16 anos:**

- **Competência plena para decidir**
- **Direito à confidencialidade e proteção do segredo médico**

---

## **Quebra de Confidencialidade**

**Direito à vida**



**Superior interesse da  
crianç a**

---

# **Casos Especiais de Consentimento Informado**

## **Centros de Atendimento para jovens**

- ☞ **Todos os jovens em idade fértil**
- ☞ **Informação**
- ☞ **Métodos contraceptivos**
- ☞ **Acesso livre e gratuito**

# **Casos Especiais de Consentimento Informado**

## **IVG:**

- ☞ **Menor de 16 anos:**
  - **Incompetente: representante legal, salvo caso de urgência**
  - **Competente: imposição de co-consentimento**
  
- ☞ **Maior de 16 anos:**
  - **Incompetente: representante legal, salvo caso de urgência**
  - **Competente: decide sozinha**

# **Casos Especiais de Consentimento Informado**

## **Saúde Mental**

☞ **Menores de 14 anos ou incapazes**

- **representante legal**
- **informação**
- **consentem nas intervenções/ tratamento proposto/ investigação**

☞ **Salvo se...**

**Urgência ou Internamento Compulsivo**

---

# **Obrigado!**

---

## **ANEXO XIII**

### **Lista de Artigos Disponibilizados no Centro de Atendimento a Adolescentes**

## ARTIGOS

- Amorim, A. (2011). O CONSENTIMENTO INFORMADO DE MENORES: REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE A LEI ACTUAL. *Lex Medicinæ* , 15 (113-128).
  - Deatrick, J., & Dickey, S. (2000). Autonomy and decision making for health promotion in adolescence. *Pediatric Nursing*, 26(5), 461-478.
  - Donnelly, M., & KilKelly, U. (2011). CHIL-FRIENDLY HEALTHCARE: DELIVERING ON THE RIGHT TO BE HEARD. *Medical Law Review*, 19, 27-54.
- Acedido
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma em discussão pública. Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação.
  - Entidade Reguladora da Saúde (2009). CONSENTIMENTO INFORMADO – RELATÓRIO FINAL.
  - Freake, H., Barley, V., & Kent, G. (2007). Adolescents' views of helping professionals: A review of the literature. *Journal of Adolescence* , 30, 639-653.
  - Goldenring, J. M. , Rosen, D. S. (2004). “Getting into adolescents heads: An essential update”. *Contemporary Pediatrics*, (1). 1-19.
  - Itis, A. S. (2010). Toward a Coherent Account of Pediatric Decision Making. *Journal of Medicine and Philosophy* , 35 (5), 527-551.
  - Katzenellenbogen, R. (2005). HEADSS: The “Review of Systems” for Adolescents. *Virtual Mentor*, 7 (3). 1-3.
  - Levy, M. d., Larcher, V., & Kurz, R. (2003). Informed consent/assent in children. Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics. *European Journal of Pediatrics* , 162, 629-633.
  - Malley, P. J., Brown, K., & Krug, S. E. (2008). Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS* , 122 (2), 511-522.
  - Moisa, S. M. et al (2013). Models of decision making in pediatrics - part I. *Revista Romana de Pediatrie* , 27 (1), 39-42.
  - Ordem dos Enfermeiros. (2007). CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.
  - Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico.

- Ribeiro, G. R. (2010). QUEM DECIDE PELOS MENORES? (ALGUMAS NOTAS SOBRE O REGIME JURÍDICO DO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACTOS MÉDICOS). *Lex Medicinæ*. 14. 105-138.
- UNICEF. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança.
- Vasey, J. (2009). Consent & refusal: selective respect for a young person's autonomy. *Journal of Community Nursing*, 23(4), 32-34. Acedido 06/01/2013.

## LEGISLAÇÃO

Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro. Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 400/82. **D.R I Série.** 170 (4/09/2007)

Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Lei de Saúde Mental. **D.R I Série.** 169 (24-7-1998)

Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. **D.R I Série.** 75 (17/04/2007)

Portaria Nº52/85 de 25 de Janeiro de 1985. Regulamento das consultas de planeamento familiar e centros de atendimento para jovens. **D.R I Série.** 22 (26/01/1985)