

Melissa Batista Almeida

Alargamento da idade de atendimento pediátrica, opinião dos Enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Melissa Batista Almeida

Alargamento da idade de atendimento pediátrica, opinião dos Enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Melissa Batista Almeida

Alargamento da idade de atendimento pediátrica, opinião dos Enfermeiros

“Projeto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem.”

A aluna: _____

Porto, 2015

Sumário

A adolescência é uma das etapas da vida com características muito específicas e o investimento nesta fase tem vindo a evoluir, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem. A adolescência envolve um conjunto de mudanças, a nível físico e psicossociocultural.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), “os adolescentes constituem um grupo etário bastante saudável, pelo que, quando adoecem, é sempre uma situação difícil de aceitar para o adolescente e para a sua família. Este problema agrava-se quando a situação de doença obriga à hospitalização”.

Atualmente, nos Serviços de Pediatria ficam internadas crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias. Este aumento de idade pediátrica vem alterar as condições e os cuidados prestados pelos Enfermeiros que trabalham em ambiente pediátrico, porque as necessidades são diferentes, nomeadamente ao nível da comunicação com crianças e com adolescentes e no que concerne à necessidade de condições de estrutura física que respeitem a individualidade e privacidade dos adolescentes.

Surgiu assim o interesse de desenvolver o tema “Alargamento da idade de atendimento pediátrica, opinião dos Enfermeiros”, tendo como objetivo: conhecer a opinião dos Enfermeiros de um Serviço de Pediatria de um Hospital Central da Região do Grande Porto acerca do alargamento da idade de atendimento pediátrica.

Para que seja possível perceber quais são as implicações do aumento da idade pediátrica para os Enfermeiros, é necessário entender como é que os adolescentes reagem à hospitalização. Ou seja, os Enfermeiros devem ser capazes de identificar quais os sentimentos que estão presentes para que possam adequar o seu plano de cuidados ao adolescente de maneira mais fácil e eficiente.

Os resultados obtidos com este Projeto de Graduação permitem-nos afirmar que os Enfermeiros valorizam a comunicação assertiva, o diálogo e a escuta ativa nas estratégias que utilizam para lidar com os adolescentes agora internados nos Serviços de Pediatria devido ao alargamento da idade pediátrica até aos 17 anos e 364 dias. São também referidas necessidades ambientais, no que toca às instalações e à salvaguarda da privacidade.

Conceitos-chave: Enfermeiro, adolescência, comunicação e hospitalização no adolescente, doença crónica, consentimento informado.

Abstract

Adolescence is one of life's stages with very specific characteristics, and the investment put into this stage regarding nursing care has been evolving. Adolescence includes physical and psychosociocultural changes.

According to the Ministry of Health (2004), "teenagers who belong to a very healthy age group, when sick, it's a hard to accept situation, both for the teenager and the family. This issue aggravates when the sickness requires hospitalization".

Currently, children and teenagers until the age of 17 years and 364 days old are allowed to be hospitalized in the pediatric service. This extent in pediatric age changes conditions and the way nurses who work in that environment care for their patients, because there are different needs, namely regarding the difference between communicating with a child and communicating with a teenager and regarding the need of decent physical structures that respect the individuality and privacy of the teenagers.

The interest to develop the topic "The extent of pediatric age, Nurses' opinion" arose, with the following goal: knowing the opinion of a Pediatric service Nurse, working at a main Hospital in the Region of Oporto, about the extent of the pediatric age.

To make it possible to understand what this pediatric age extent implies for the Nurses, it's vital to understand how teenagers react to the hospitalization. Meaning, Nurses must be able to identify which feelings exist to later adjust to their care plan, the easiest and most efficient way.

With this Graduation Project's results, we're allowed to claim that nurses value assertive communication, dialogue and active listening as strategies to be used to deal with teenagers now hospitalized in pediatric services, due to the extent of the pediatric age – until the age of 17 years and 364 days. Also referred are the environmental needs, regarding the hospital itself and privacy safeguard.

Keywords: Nurse, adolescence, communication and teenage hospitalization, chronic disease, informed consent.

Dedicatória

Dedico este Projeto de Graduação ao meu avô Cassiano Batista, que apesar de já não se encontrar presente em corpo, encontra-se em pensamento e no coração.

Agradecimentos

A realização deste trabalho de investigação não seria possível sem o empenho e dedicação não só da minha parte mas também de determinadas pessoas. Assim sendo, os agradecimentos têm como objetivo demonstrar a gratidão e o apreço a todas as que contribuíram para que este trabalho fosse elaborado com o maior sucesso.

Assim sendo, em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora Professora Amélia José Monteiro, que se demonstrou não só uma Professora mas também uma Amiga que me incentivou na dedicação a este trabalho para que este estivesse concluído no tempo determinado pela Universidade Fernando Pessoa (UFP). Os seus conselhos, as suas recomendações, o seu apoio e a confiança foram os fatores que levaram com que este trabalho fosse finalizado de forma positiva, de acordo com os objetivos inicialmente definidos por mim e pela mesma.

Por outro lado, agradeço também aos Enfermeiros de um dos Serviços de Pediatria (onde tive oportunidade de realizar o meu ensino clínico de Enfermagem Materno-Infantil), que se disponibilizaram a responder aos meus questionários, necessários para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Agradeço aos meus amigos que sempre me apoiaram durante o meu percurso académico.

Por fim, e não menos importante, um muito obrigada aos meus pais e aos meus avós que me proporcionaram o estudo nesta Universidade e seguiram o meu percurso com orgulho, apoio e que nunca me deixaram desistir.

Pensamento

“A Enfermagem é uma arte e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”

Florence Nightingale

Lista de abreviaturas

DGS – Direção Geral de Saúde

E1 – Entrevistado número 1

ERS – Entidade Reguladora de Saúde

IAC – Instituto de Apoio à Criança

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

UFP – Universidade Fernando Pessoa

% - Percentagem

Índice

0. Introdução.....	16
I. FASE CONCEPTUAL.....	18
1. Definição e justificação do tema	18
2. Problema de Investigação.....	19
3. Questão de partida	19
4. Questões de investigação.....	20
5. Revisão da literatura	20
i. Alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria.....	21
ii. Enfermeiro.....	22
iii. Adolescência	23
iv. Hospitalização do adolescente.....	24
v. Comunicação com o adolescente.....	28
vi. Doença crónica	30
vii. Consentimento informado	31
6. Objetivos.....	33
6.1. Objetivo geral	33
6.2. Objetivos específicos	33
II. FASE METODOLÓGICA.....	34
1. Desenho de investigação	34
1.1. Tipo de estudo	34
1.2. População-alvo e amostra.....	35
1.3. Instrumento de recolha de dados e pré-teste.....	36
1.4. Tratamento e apresentação dos dados	37
2. Salvaguarda dos princípios éticos.....	37
III. FASE EMPÍRICA	39

1. Apresentação e análise dos dados.....	39
1.1. Dados quantitativos	40
1.2. Dados qualitativos	49
2. Discussão dos resultados	55
IV. Conclusão	57
Referências Bibliográficas Literárias	59
Referências Bibliográficas Online.....	60

ANEXOS

ANEXOS - Questionário

Índice de gráficos

Gráfico nº 1 - Todos os doentes até aos 18 anos são internados no Serviço de Pediatria?	40
Gráfico nº 2 – Os Enfermeiros têm conhecimento acerca da incidência de adolescentes internados no Serviço de Pediatria?.....	41
Gráfico nº 3 – Os Enfermeiros concordam com a admissão de jovens até aos 18 anos no Serviço de Pediatria?	42
Gráfico nº 4 – Os Enfermeiros consideram que devem ter formação específica para comunicar com os adolescentes?.....	43
Gráfico nº 5 – Os Enfermeiros consideram que os adolescentes se sentem confortáveis quando estão hospitalizados junto de crianças mais pequenas?	44
Gráfico nº 6 – Os Enfermeiros consideram que o Serviço onde trabalham possui as condições de espaço e conforto, bem como os equipamentos adequados para o internamento de adolescentes?	45
Gráfico nº 7 – Os Enfermeiros concordam que no Serviço onde trabalham estão reunidas as condições necessárias para adolescentes que tenham patologias que envolvam internamentos prolongados e muito frequentes?	46
Gráfico nº 8 – Os Enfermeiros concordam que os adolescentes devem ser informados acerca do seu estado de saúde mesmo quando a situação é grave?.....	47
Gráfico nº 9 – Os Enfermeiros consideram que o adolescente pode tomar uma decisão ou ser ouvido sobre o seu tratamento?.....	48

Índice de quadros

Quadro nº 1 – Categorias e subcategorias emergentes da análise às respostas obtidas..	49
Quadro nº 2 – Apresentação das unidades de registo para a categoria “Privacidade” ...	49
Quadro nº 3 – Apresentação das unidades de registo para a categoria “Comunicação Assertiva”	50
Quadro nº 4 – Apresentação das unidades de registo para a categoria “Decisão sobre cuidados ao adolescente”	52
Quadro nº 5 – Apresentação das unidades de registo para a categoria “Consentimento Informado”	53
Quadro nº 6 – Quais as patologias mais frequentes?.....	54

0. Introdução

Ao finalizar o quarto ano da Licenciatura em Enfermagem realizada na UFP – Porto, é apresentado este Projeto de Graduação com o tema: “Alargamento da idade de atendimento pediátrica, opinião dos Enfermeiros.”

Abordar a importância da motivação no processo de pesquisa neste trabalho é um dos principais objetivos para a sua conclusão. Para que o trabalho de investigação ocorra de acordo com o previsto pela aluna não é suficiente que apenas exista rigor nas normas metodológicas. É fundamental que a aluna se sinta motivada academicamente a executar as etapas da investigação para atingir o objetivo final da pesquisa.

Por outro lado, como motivação pessoal, a principal razão da escolha desta temática resulta da experiência que a aluna teve oportunidade de obter no ensino clínico em Enfermagem Materno-Infantil que realizou no terceiro ano da sua licenciatura. Constatase que os adolescentes têm vindo a ser internados no mesmo serviço onde se encontram crianças mais jovens e, daí, o interesse em perceber de que maneira é que os Enfermeiros reagem a esta mudança e qual a opinião dos mesmos.

Assim sendo, foi definida a pergunta de partida: “Qual a opinião dos Enfermeiros acerca do alargamento da idade de atendimento pediátrica?” O objetivo principal foi conhecer a opinião dos Enfermeiros de um Serviço de Pediatria de um Hospital Central da Região do Grande Porto acerca do alargamento da idade de atendimento pediátrica.

Para que fosse possível desenvolver o tema escolhido para esta investigação, foram utilizados métodos e técnicas de pesquisa, nomeadamente, pesquisas através da internet, documentos legais da Ordem dos Enfermeiros (OE) e do Ministério da Saúde, livros disponíveis na biblioteca da UFP e trabalhos publicados com temas similares.

Este trabalho tem como finalidade ser objetivo, claro e sistematizado. Encontra-se dividido em três partes: a fase conceptual, onde se pretende escolher e formular o problema de investigação, rever a literatura que se considera pertinente, elaborar um quadro de referência e enunciar os objetivos, questões de investigação e hipóteses; a fase metodológica que pretende definir o desenho de investigação, caracterizar a população e a amostra, selecionar a técnica de recolha de dados, analisar e interpretar os mesmos e descrever as conclusões do estudo; por fim, a fase empírica, onde se recolhe e analisa os dados, se organiza a informação recolhida e se discute os resultados.

Para que este Projeto de Graduação fosse possível, foram realizados questionários, como técnica de recolha de dados, a alguns Enfermeiros do Serviço de Pediatria indicado anteriormente. Assim sendo, este trabalho de investigação é de carácter qualitativo mas também de carácter quantitativo.

Como em todos os estudos de investigação, existem sempre dificuldades que acabam por restringir o processo de pesquisa, nomeadamente o tempo, pois a aluna acabou por não conseguir terminar durante o tempo previsto inicialmente. Outra das restrições incidu nos questionários que foram realizados aos Enfermeiros, pois a escassez de informação neles expressa acabou por condicionar o tratamento de dados. Todavia, a aluna conseguiu superar todos estes desafios e desenvolveu o seu trabalho, procurando obter os melhores resultados.

Com este Projeto de Graduação foram alcançados resultados que a aluna considera positivos e espera, deste modo, transmitir o seu conhecimento e bibliografia a todos que possam mostrar interesse em ler o seu trabalho, assim como entender o que pensam os Enfermeiros sobre uma mudança efetuada no internamento dos adolescentes.

I. FASE CONCEPTUAL

Não é fácil encontrar uma definição para investigação, mas é consensual admitir que se investigue, entre outras razões, para solucionar problemas, aprofundar conceitos e construir conhecimento. Procurar dar respostas consistentes e válidas aos problemas é um dos desafios normalmente associados ao conceito de investigação.

Investigar “é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico que permite descobrir novos factos ou dados, relações ou leis em qualquer campo do conhecimento”, citado por Marconi e Lakatos (2003).

Segundo Fortin (1999, p.39), “conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo”.

Assim sendo, Fortin (2006, p.49) “o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe informação sobre um tema preciso.” Para isso, o autor escolhe e formula o problema de investigação, revê a literatura pertinente para que seja mais fácil entender o tema, elabora um quadro de referência onde se encontram “as bases teóricas ou conceptuais sobre as quais apresentará a sua investigação” e enuncia os objetivos, questões de investigação e hipóteses.

Fortin (1999, p.39) explica que “a fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação”.

1. Definição e justificação do tema

Quando se inicia um trabalho de investigação, a primeira das etapas passa por escolher o tema que o autor vai querer desenvolver e pesquisar. Esta escolha determina todas as restantes etapas do trabalho.

Fortin (2009, p.67) explica que “o tema de investigação é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos”.

Segundo a perspectiva de Andrade (1993, p.36), “a escolha do tema pode fundamentar-se no desejo de aprofundar o estudo de uma questão, no interesse particular ou profissional sobre determinado assunto ou seguir sugestões de leitura ou ainda aprofundar estudos realizados anteriormente, de maneira superficial”.

Deste modo, Fortin (2006, p.49) acrescenta “o investigador deve escolher um tema relativo a um problema geral que necessita de uma investigação sistemática”.

Após a conclusão do ensino clínico de Enfermagem Materno-Infantil e de alguma reflexão nesta área, surge o interesse em perceber qual a opinião dos Enfermeiros acerca do aumento da idade pediátrica em meio hospitalar – ou seja, o facto de se ter aumentado o atendimento para adolescentes no mesmo local onde são atendidas crianças. Este tema suscita curiosidade, pois verifica-se que a abordagem que os Enfermeiros utilizam para cuidar de pessoas de diferentes faixas etárias são específicas e adaptadas a essa idade. Assim sendo, o cuidar de um adolescente implica mudanças no trabalho do Enfermeiro, nomeadamente ao nível de estratégias de comunicação a utilizar.

Surge então o tema: “Alargamento da idade de atendimento pediátrica, opinião dos Enfermeiros”, pois para que os cuidados de enfermagem sejam otimizados é necessário perceber o que sentem e quais as preocupações dos Enfermeiros relativamente a este assunto; para estes cresce a exigência na competência do saber cuidar, para além da competência na execução das técnicas.

2. Problema de Investigação

De acordo com Fortin (2009), “um problema de investigação é uma situação que necessita de elucidação ou de uma modificação. Uma situação pode ser considerada como problemática quando há um desvio entre uma situação julgada insatisfatória e uma situação desejável”.

O problema de investigação incide na necessidade de saber quais as implicações, em termos de cuidados de enfermagem, que existem para os Enfermeiros que trabalham num Serviço de Pediatria, como consequência do aumento da idade de atendimento pediátrica.

3. Questão de partida

A pergunta de partida é definida por Quivy e Campenhoudt (2008, p.31-32) como a fase “(...) através da qual o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor”.

Assim a questão de partida que surge é a seguinte: Qual a opinião dos Enfermeiros acerca do alargamento da idade de atendimento pediátrica?

4. Questões de investigação

Segundo Fortin (2009, p.72) “Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe”.

Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente e que inclui, por via de regra, o público alvo a estudar.

Assim sendo, tendo em conta os pressupostos definidos pelo autor anterior, as questões de investigação escolhidas são:

- Os Enfermeiros concordam com a admissão de jovens até aos 18 anos nos Serviços de Pediatria?
- Os Enfermeiros devem ter formação específica para comunicar com os adolescentes?
- Quais as estratégias que os Enfermeiros definem como importantes na comunicação com o adolescente hospitalizado?
- Os Enfermeiros consideram que os adolescentes devem ser ouvidos na tomada de decisão sobre o seu tratamento?
- Os Enfermeiros consideram que os Serviços onde trabalham reúnem as condições suficientes para a hospitalização de adolescentes?

5. Revisão da literatura

De acordo com Santos (2012), “A revisão da literatura, também chamada revisão bibliográfica, estado da arte ou estado do conhecimento, visa demonstrar o estágio atual da contribuição académica em torno de um determinado assunto. Esta proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores”.

Segundo Noronha e Ferreira (2000, p.191), “As revisões da literatura são estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório do estado-da-arte sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada”.

i. Alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria

As condições de internamento pediátrico sofreram diversas alterações, no decurso dos tempos, relacionadas com a evolução da sociedade e com a assunção dos Direitos da Criança. Estas condições dizem respeito às condições físicas, à presença dos pais e pessoas significativas e à idade de internamento das crianças nos Serviços de Pediatria.

Nos primeiros anos do século XX, não era permitida a presença dos pais no hospital. Existia uma preocupação única, que era evitar as infeções cruzadas no hospital, não havendo espaço para uma atenção individualizada a cada criança e respetiva família. A assistência à criança era muito rotinizada e com normas hospitalares inflexíveis, não sendo permitido aos pais permanecerem junto dos filhos, e as visitas dos mesmos eram limitadas a pouco minutos, o que dificultava o desenvolvimento da relação pais/filhos.

Até meados da década de 70, as crianças a partir dos doze anos eram internadas nos Serviços de Adultos, independentemente da doença e da sua gravidade. Esta situação manteve-se até 2010, apesar de alguns hospitais aceitarem crianças até aos 15 anos; no entanto, a idade de internamento variava consoante os hospitais, pois alguns só aceitavam crianças até aos 12 anos.

Em 2010, a então Ministra da Saúde, Doutora Ana Jorge, no Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho, determinou o alargamento da idade de atendimento pelos Serviços de Pediatria, no Serviço de Urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento, até aos 17 anos e 364 dias.

Este Despacho surge na sequência de estudos realizados pela Direção Geral de Saúde (DGS) e pelo Instituto de Apoio à Criança (IAC) – Setor de Humanização, que indicavam que a idade limite para o atendimento nos Serviços de Pediatria em todos os hospitais variava entre os 12 e os 18 anos.

No Despacho, a Ministra da Saúde afirma que “nesta medida, o âmbito subjectivo do Programa Tipo Saúde Infantil e Juvenil da DGS aprovado em 2005 e que revogou a circular normativa n.º 9/DSI, de 6 de Outubro de 1992, e que constitui a orientação técnica dada ao Sistema Nacional de Saúde em matéria de avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças abrange crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos”.

Acrescenta também que “a idade pediátrica em Portugal foi inicialmente estabelecida por despacho da Direcção Geral dos Hospitais, em 24 de Fevereiro de 1987, até aos 14 anos e 364 dias nas consultas,

urgência e internamento. Na sequência da aprovação da Convenção sobre os direitos das crianças, e da consequente evolução da prática internacional, em Portugal, quando as crianças necessitam de cuidados hospitalares são frequentemente seguidas nos serviços de pediatria, até que seja feita a transição para a idade adulta, o que sucede em idades variáveis, de acordo com a patologia em questão e os protocolos aplicáveis ao caso concreto”.

No mesmo Despacho, a governante explica “com vista à realização plena dos direitos decorrentes do artigo 1.º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças, cumpre proceder à harmonização da idade de atendimento à criança e ao adolescente em todo o País, assegurando a acessibilidade à rede de cuidados pediátricos em todo o Sistema Nacional de Saúde a todos os utentes até aos 18 anos. Considerando que no seu percurso de crescimento e desenvolvimento as crianças têm necessidades muito diversas, deverá atender -se às especificidades das diferentes características da idade da criança e adolescente, criando as condições para o cumprimento das recomendações das Nações Unidas e da Carta da Criança Hospitalizada no âmbito da rede de cuidados pediátricos”.

Em suma, a Ministra da Saúde, no Despacho nº9871/2010 de 11 de Junho determina que:

- 1) O alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos 17 anos e 364 dias.
- 2) A implementação do alargamento da idade de atendimento deverá ser gradual e progressiva, em termos a definir por cada instituição, em articulação estreita com a respectiva administração regional de saúde, atendendo às especificidades de cada área de intervenção.

ii. Enfermeiro

Os Enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem. (Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril)

Segundo o Artigo 4º do Estatuto da OE, “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”. (Lei 111/2009)

Compete ao Enfermeiro “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, como o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. (Artigo 76º do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril)

Para os Enfermeiros que trabalham em Saúde Infantil e Pediátrica, é fundamental a preocupação de desenvolver capacidades que lhes permitam trabalhar com a família, traduzindo uma filosofia de cuidados, contribuindo inevitavelmente para a mudança de esquemas tradicionais em enfermagem pediátrica. (Mano, 2002)

Estas premissas estão patentes nas funções especializadas do Enfermeiro de saúde da criança e do jovem, que enfatizam a promoção da maximização da saúde da criança paralelamente à adequação da parentalidade à situação, mobilizando para tal, recursos de apoio à criança/jovem e família mediante as necessidades manifestadas. (OE, 2010)

iii. Adolescência

A adolescência é uma das fases da vida do ser humano que implica inúmeras mudanças nomeadamente, a nível físico e psicossociocultural. É então necessária uma definição completa de adolescência para que se possa compreender e caracterizar estas mudanças; porém, esta mesma definição tem sido alterada ao longo dos anos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1965) “atribui as designações de adolescentes e jovens aos indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos e entre os 15 e 24 anos, respectivamente. Esta última organização divide o período da adolescência em três fases: a adolescência anterior dos 10-14 anos, a adolescência média dos 14 aos 17 anos e a adolescência tardia dos 17-19 anos”.

Kalina e Laufer (1974) entendem a adolescência como o segundo grande salto para a vida – o salto em direção a si mesmo, como ser individual. Estes autores distinguem puberdade de adolescência: puberdade refere-se aos fenómenos fisiológicos, que compreendem as mudanças corporais e hormonais; adolescência diz respeito aos componentes psicossociais desse mesmo processo.

De acordo com o Dicionário de Psicologia do Adolescente (1981, p.15), adolescência é o “período de transição entre a infância e a idade adulta. Os seus limites situam-se entre os 12 e os 18 anos para as raparigas e entre os 14 e os 20 anos para os rapazes. A duração da adolescência é função de factores tais como o meio (influência climática), a raça e o contexto social, os quais activam ou travam as diferentes transformações desta idade”.

Mais tarde, Cordeiro (2004) afirmava que, antigamente, o termo adolescência não constava no dicionário português, mas sim uma definição de ‘juventude adulta’. Este período era caracterizado por mudanças radicais e diferentes nos rapazes e nas raparigas: nas raparigas, esta fase era caracterizada pelo aparecimento do ciclo menstrual (menarca),

enquanto que os rapazes eram colocados à prova em testes de virilidade que lhes conferiam o estatuto de adulto. Posteriormente, já no ano de 2006, o mesmo autor afirma que foi com o aparecimento da Revolução Industrial que a adolescência se transformou numa fase longa do ciclo de vida, contrariamente a tempos mais remotos da civilização, em que é referenciada como uma etapa transitória e curta marcada por rituais de iniciação. Só a partir da segunda metade do século XX, nas sociedades industrializadas, é que se começou a levar em conta as necessidades e capacidades fisiológicas e psicológicas que caracterizam os adolescentes.

Após várias tentativas de definição, Saito e Leal (2007) descrevem adolescência como uma etapa caracterizada pelo esforço do adolescente para confrontar e superar os desafios e para estabelecer uma identidade e autonomia, ou seja, a adolescência era caracterizada por mudanças, transformações e experimentações que vinculam esta fase da vida à vulnerabilidade e risco.

Recentemente, a OE (2010, p.13) afirma que “em geral, a adolescência e juventude são os períodos mais saudáveis do ser humano com menores índices de morbi-mortalidade em relação a outros grupos etários. Esta condição resulta numa escassa procura de serviços de saúde. Sabe-se também que a adolescência é um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro”.

iv. Hospitalização do adolescente

Segundo a OE (2010,p.13), “a presença dos adolescentes nos serviços de saúde constitui uma oportunidade ímpar para potenciar as aprendizagens referidas, promovendo a assistência em saúde aos adolescentes e famílias”.

A hospitalização pode ser entendida como a admissão e permanência num determinado estabelecimento hospitalar, seja a instituição pública ou privada, onde se agrupam todos os recursos necessários para o tratamento dos doentes. A possibilidade de internamento surgiu na Idade Antiga, com o objetivo de isolar as pessoas doentes em lugares distantes, para que não representassem perigo para o resto da sociedade. Segundo Miranda (1997), o aparecimento do hospital evidencia que os cuidados aos pacientes hospitalizados procuravam a cura não só física mas também mental. O primeiro contacto com o serviço interfere profundamente e tem reflexos na aceitação do tratamento e no processo de hospitalização, afirma Rosas (1998). Este autor considerou que os pacientes

hospitalizados poderiam apresentar medo de algum acidente decorrente da terapêutica, do ambiente hospitalar e do equipamento, de sentir dor, de ser manuseado, de ser cortado, de perder o autocontrole e da dependência.

A pessoa, ao ser hospitalizada, geralmente é convocada a anular alguns dos seus valores pessoais e existenciais para adaptar-se às regras e rotinas hospitalares, que visam a atender principalmente uma determinação institucional e, portanto, diferem das suas concepções. Assim, mais complicada se torna quando se trata de uma hospitalização de um adolescente. A adolescência é associada ao bem-estar, à saúde e à vida e é provável que, em virtude desses fatores, seja difícil para a sociedade associar juventude a adoecimento e hospitalização.

É comum pensar-se que os adolescentes fazem parte de um grupo saudável e com um número reduzido de hospitalizações. No entanto, avanços científicos e tecnológicos vieram alterar esta situação e constata-se que, com o desenvolvimento das ciências da saúde, o adolescente que morria precocemente, portador de patologias predominantes da adolescência, hoje consegue viver mais anos, o que altera o perfil de morbi-mortalidade e aumenta assim a percentagem de adolescentes que são internados. Outra razão para o aumento dos internamentos são as dramáticas transformações da sociedade que obrigam os adolescentes a conviverem com uma realidade para a qual não estão preparados, particularmente com o risco de acidentes e violência.

Os adolescentes que ficam internados referem que é uma experiência difícil de ser superada, e projetam nesse processo sentimentos como medo, ansiedade e angústia, ao mesmo tempo que mantêm a esperança de cura. Os sentimentos gerados pela hospitalização não dependem apenas da faixa etária, pois em qualquer época da vida a hospitalização é fonte de stress. Contudo, esse processo é mais grave na adolescência, exacerbado pelos sentimentos comuns dessa fase de transformação e mudanças. A hospitalização representa uma ameaça para o adolescente devido à realidade da doença e a proximidade da morte, bem como determina a falta de convívio com amigos e parentes, o que estimula a solidão.

A hospitalização acaba por causar um enorme impacto no adolescente. Os cuidados de enfermagem a um adolescente quer seja no domicílio, quer seja no hospital, incluem determinados aspetos que podem interferir no processo curativo do mesmo e, assim sendo, exigem uma atenção especial no que diz respeito aos direitos do adolescente e da

sua família. Estes aspetos podem ser emocionais, sociais e até financeiros. A doença é um acontecimento que o adolescente não espera, o que faz com que este entre num estado de vulnerabilidade que o expõe física, social e psicologicamente. O facto de a doença exigir hospitalização afasta o adolescente da sua vida diária, do seu ambiente familiar, existindo um confronto com a dor e limitação, que criam no adolescente sentimentos de culpa, punições e até mesmo medo da morte. Para diminuir estes sentimentos e evitar que o processo de hospitalização seja uma experiência potencialmente traumática, o adolescente hospitalizado necessita da presença dos familiares e dos amigos e de apoio psicológico.

O momento da admissão do adolescente no hospital é um momento bastante importante e deve ser realizado com imenso cuidado e conhecimento. O modo como se processa a admissão pode causar experiências adversas, o que implica que o adolescente, e até a família que o acompanha, possa não enfrentar de maneira positiva a hospitalização. Assim sendo, tanto o adolescente como os seus familiares devem ser preparados, principalmente a nível psicológico, para a admissão e internamento. Esta preparação psicológica consiste num conjunto de procedimentos técnicos que têm como objetivos:

- Aliviar as reações emocionais do adolescente/família, favorecendo assim as relações familiares;
- Fornecer e providenciar ajuda e apoio;
- Dar informações aos familiares para que estes também consigam transmitir confiança ao adolescente;
- Facilitar a adaptação do adolescente à hospitalização;
- Aumentar a confiança entre o adolescente/família e os profissionais de saúde;
- Facilitar a comunicação entre o adolescente hospitalizado e os profissionais de saúde para que possam agir em unanimidade na decisão do tratamento mais adequado;
- Melhorar o estado emotivo do adolescente no internamento (o adolescente não se sente tão pressionado e entende que a hospitalização é apenas o método mais adequado para a melhoria do seu estado de saúde e aceita normalmente);
- Preparar para a alta desde o primeiro contato com o adolescente.

Para que o adolescente se adapte à situação de hospitalização, é necessário que estejam reunidas determinadas condições físicas.

Para Tavares e Fonseca (2009), um serviço ideal de atendimento ao adolescente deverá cumprir um conjunto de características essenciais: oferecer uma abordagem holística, centrada no adolescente, despreconceituada (respeitando a diferença de género, de religião, raça e contexto social), confidencial, facilmente acessível (grátis e desburocratizada), com o menor tempo de espera possível e que, sempre que possível, envolva os adolescentes.

Deste modo, segundo a OE (2010, p.26), “o espaço físico deve ser acolhedor e confortável, bem ventilado e limpo. Deve ter espaço suficiente e mobiliário para acolher o adolescente e a família. Devem ser criados espaços próprios, destinados exclusivamente a jovens, com acesso a materiais educativos (livros, revistas, vídeos, programas de informática). Estas condições contribuem para um aproveitamento do tempo livre e constituem oportunidades no acesso e reforço de informações revelantes”.

Concluindo a OE (2010, p.26) diz que “vários estudos revelaram que os adolescentes valorizam mais a relação estabelecida com o profissional do que as características do ambiente físico. Preferem um profissional conhecido, acessível, em quem possam confiar os seus problemas”.

Podemos então concluir que os adolescentes apresentam medo/receio à hospitalização, pois é um mundo que desconhecem e, nestas idades, têm tendência a rejeitar o desconhecido – daí a necessidade de preparação psicológica para esta experiência.

O impacto que a hospitalização gera no adolescente depende também da sua própria personalidade e da sua capacidade de tolerância perante situações de frustração. As características da doença e do tratamento, o estágio em que a doença se encontra, o nível de sofrimento que este provoca, a presença ou ausência da família/amigos nesse processo e os antecedentes pessoais do adolescente também contribuem para a aceitação ou rejeição do internamento. Isto porque, quando o adolescente é internado, se sente privado do contacto com os seus amigos (que nesta fase é muito importante), existe afastamento do ambiente escolar e da família e passa a vivenciar sentimentos de dor, angústia e tristeza e até de raiva, ciúme e ansiedade.

Existem muitos efeitos adversos consequentes de uma má adaptação à hospitalização, que poderão surgir no próprio internamento ou até após a alta, nomeadamente:

- Regressões no comportamento;
- Alterações de humor;
- Alterações no comportamento com a sociedade;
- Transtornos do sono;

- Distúrbios alimentares;
- Agressividade (hetero e auto);
- Casos de isolamento, tanto do grupo de pares como dos familiares.

A abordagem ideal deve ser individualizada para cada adolescente e família, ou seja, existem cuidados de enfermagem que devem ser executados para que o internamento seja facilitado, tais como:

- Avaliação inicial de modo a conhecer os hábitos de vida diária do adolescente no domicílio (hábitos alimentares, de sono/repouso e de atividade/exercício físico) para que a mudança não seja tão violenta e para que sejam identificados diagnósticos e cuidados de enfermagem para tratamento do adolescente;
- Avaliação da dor é um dos aspetos mais importantes, pois se esta for atenuada, o desconforto é menor;
- Avaliação física do adolescente (sinais vitais e medidas antropométricas);
- Avaliação do seu estado emocional constantemente.

O Enfermeiro deve, desde o início do internamento, começar a preparar a alta de modo a reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, de modo a assegurar o sucesso de reorganização e adaptação do adolescente e família à doença. O planeamento da alta é um processo complexo e, sendo assim, o Enfermeiro deve incentivar o envolvimento entre o adolescente e a família e ensinar/instruir a família através de ensinamentos sobre as principais complicações que possam surgir. Caso seja necessário, o Enfermeiro deve procurar ajudas externas, tais como apoio social e da comunidade.

v. Comunicação com o adolescente

Considerada uma “condição sine qua non da vida humana e da ordem social” por Watzlawick, Beavin e Jackson (1993, p.13), a comunicação trata-se de um processo de transmissão de informação que integra diferentes contextos, realidades e sociedades/culturas.

Segundo Hockenberry, M. (2006, p.105), “as formas de comunicação podem ser: verbal, não verbal ou abstrata. (...) Muitos factores influenciam o processo de comunicação. Para ser bem sucedida (gratificante), a comunicação deve ser apropriada à situação, adequadamente oportuna e feita com clareza. Isto implica o uso de técnicas de comunicação eficazes pelos Enfermeiros, incluindo saber ouvir. As

mensagens verbais e não verbais devem ser congruentes, ou seja, duas ou mais mensagens enviadas em níveis diferentes não podem ser contraditórias”.

Segundo a mesma autora (2006, p.114), “muitas vezes os adolescentes estão mais dispostos a discutir as suas preocupações com um adulto fora da família, e eles em geral agradecem a oportunidade de interagir com um enfermeiro longe da presença dos seus pais. Aceitam qualquer pessoa que demonstre um interesse verdadeiro por eles. Entretanto, quase sempre os adolescentes rejeitam pessoas que tentam impor seus valores, cujo interesse seja dissimulado ou que pareçam ter pouco respeito por quem eles são e pelo que pensam ou dizem.” (...) “É característica dos adolescentes terem uma linguagem e cultura toda própria que os destaca ainda mais dos outros. Para evitar desentendimentos, é preciso, com frequência, esclarecer os termos. De vez em quando os adolescentes se recusam a responder ou respondem apenas em monossílabos”.

Hockenberry, M. (2006, p.114/115) acrescenta que comunicar com o adolescente requer algumas alterações especiais. “Falar com o adolescente em particular ou junto com os pais ou com cada um individualmente pode ser uma delas. (...) O sigilo é de grande importância quando se entrevista o adolescente”.

A mesma autora termina dizendo “um outro dilema quando se entrevista adolescentes é que em geral duas visões de um problema estão presentes – a visão do adolescente e a visão dos pais. O esclarecimento do problema é tarefa primordial. Entretanto, fornecer a ambas as partes a oportunidade de discutir as suas percepções, poderá ser terapêutica. Demonstrar a habilidade de uma comunicação positiva poderá ajudar as famílias a se comunicarem com mais eficácia”.

Em suma e de acordo com a OE (2010, p.25/26), na comunicação com o Adolescente, o Enfermeiro deve:

- Possuir conhecimentos sobre o desenvolvimento da adolescência, estratégias de comunicação, recursos terapêuticos disponíveis;
- Acolher de forma cordial e compreensiva demonstrando disponibilidade;
- Assegurar o direito à privacidade e à confidencialidade, devendo ficar muito clara esta obrigação ética e legal do Enfermeiro;
- Dirigir as questões e explicações diretamente ao adolescente, mesmo quando está com a família utilizando uma linguagem simples e realista;
- Ouvir e escutar o adolescente para que se sinta confortável na verbalização de dúvidas e preocupações, evitando juízos de valor e silêncios prolongados;
- Reforçar comportamentos positivos e de auto-estima;
- Entre outras.

vi. Doença crónica

A doença é sempre causa evidente de sofrimento e quando se trata de doença crónica esta torna-se permanente, mostrando ao ser humano a sua fragilidade, confrontando-o com a dor, com a hospitalização constante e com a ameaça da morte.

O termo condição crónica foi definido por Thomas (1997) como “uma qualquer diminuição anatómica ou psicológica que interfere com as habilidades do indivíduo para funcionarem totalmente no seu meio”.

A OMS (2002) descreve as doenças crónicas como sendo “doenças de duração prolongada e progressão lenta” e descreve os quadros crónicos como sendo “problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas”.

Actualmente, o número de adolescentes afetados por problemas crónicos que limitam direta ou indiretamente as suas atividades diárias é muito elevado. Porém, de acordo com dados expressos no Plano Nacional de Saúde (2012-2016), as principais causas de internamento de crianças e jovens com menos de 18 anos são as doenças dos aparelhos respiratório (22,8%) e digestivo (13,9%).

A definição de doença crónica abrange estados de desenvolvimento físicos e psicológicos, que medeiam entre exacerbações agudas e períodos de estabilidade, nos quais o adolescente e a família num esforço conjunto, aprendem a controlar e gerir a situação. O conceito de doença crónica pode incluir malformações, síndromes genéticas e traumatismos.

Quando nos referimos ao adolescente, temos a expectativa de que o mesmo viva situações de saúde para crescer e desenvolver-se dentro dos limites da normalidade. Porém, quando o mesmo se confronta com a doença pode ter sentimentos de culpa, medo, angústia, depressão e apatia, e ameaçar a rotina do seu dia-a-dia.

Nos casos de doença crónica, com hospitalizações frequentes, o adolescente vê o seu quotidiano modificado, muitas vezes com limitações físicas, devido aos sinais e sintomas da doença que o podem levar a ser frequentemente hospitalizado para exames e tratamentos, separando-o do convívio com os amigos, familiares e ambiente envolvente.

O adolescente precisa também de lidar, com as perdas nas relações sociais e financeiras, com a perda da capacidade física para as atividades principalmente as de lazer, e também com o facto de se sentirem ameaçados na aparência física.

vii. Consentimento informado

A informação aos pacientes sobre um diagnóstico, tratamento ou procedimento terapêutico e a maneira como é apresentada de modo a que a compreendam são grandes preocupações entre a classe médica nos dias atuais. Na posse de tais informações, o paciente, de forma autónoma, pode decidir submeter-se ou não ao tratamento médico oferecido. Desta forma, o adolescente pode ser também capaz de tomar esse tipo de decisão relativamente ao seu estado, dependendo das situações.

O Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde (2007), que tem como objetivo assegurar os direitos e interesses legítimos dos utentes, realizou um estudo referente à temática do Consentimento Informado.

Assim sendo, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) explica “esta é, de facto, uma questão que assume grande importância nos nossos dias, já que o consentimento informado reflecte uma manifestação de respeito pelo doente enquanto ser humano e constitui o garante de que qualquer decisão tomada assenta nos pressupostos de auto-responsabilização e de liberdade de escolha. Não obstante, é do conhecimento geral que a obtenção do consentimento informado apresenta várias limitações, desde logo aquelas resultantes de um conhecimento insuficiente dos efeitos dos tratamentos e dos problemas de comunicação. Além destes, temos que admitir a existência de doentes com limitações na capacidade de compreensão e de escolha e decisão”.

Deste modo, de acordo com a ERS, os pressupostos gerais de um consentimento informado esclarecido e livre englobam:

1. O consentimento informado para tratamentos médicos, participação de doentes em ensaios clínicos e projectos de investigação e participação de doentes em acções de formação pré-graduada e pós-graduada é um requisito ético e jurídico fundamental.

2. O consentimento informado é uma manifestação de respeito pelo doente enquanto ser humano. Reflecte, em particular, o direito moral do doente à integridade corporal e à participação nas decisões conducentes à manutenção da sua saúde.

3. O consentimento informado assegura não só a protecção do doente contra a sujeição a tratamentos não desejados, como uma participação activa na definição dos cuidados de saúde a que é sujeito.

4. Para um consentimento informado de qualidade, a comunicação eficaz é fundamental e as instituições devem instaurar mecanismos que a assegurem, não só entre o médico e o doente como também entre os diversos profissionais.

5. O consentimento informado deve ser encarado como um processo contínuo e participado, e não como uma mera assinatura de formulários.

6. O consentimento informado não pode, em circunstância alguma, conflitar com os princípios éticos que regulam a prática médica, e não constitui justificação para que os clínicos deles abdicuem.

7. As situações em que o consentimento não é possível devem estar tipificadas e devem ser assumidas pelas instituições como situações de excepção, devidamente justificadas.

8. Os princípios éticos do consentimento informado não podem, em qualquer circunstância, sobrepor-se às leis gerais do País.

A ERS conclui que, “relativamente aos menores, vem-se consolidando a ideia de uma autonomia progressiva em matéria de cuidados de saúde, especialmente nos domínios da saúde sexual e reprodutiva e da toxicodpendência. Todavia, em termos gerais a lei ainda não consagrou claramente o direito destes menores a consentir ou recusar actos médicos, especialmente os que acarretem maiores riscos ou assumam maior gravidade”.

6. Objetivos

Segundo Fortin (2006), “o objetivo de um estudo é o enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, o público-alvo e a orientação da investigação. Eles devem ser claros, exequíveis e devem começar com um verbo no infinitivo”.

Fortin (2001, p.40) acrescenta que “o objetivo de investigação define-se como um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”.

6.1. Objetivo geral

Conhecer a opinião dos Enfermeiros de um Serviço de Pediatria de um Hospital Central da Região do Grande Porto acerca do alargamento da idade de atendimento pediátrica.

6.2. Objetivos específicos

Keelinaer et alli (2002) afirmam que “os objetivos específicos enunciam as variáveis em estudo, concretizam e delimitam a população”; Lakatos e Marconi (2003, p.219) acrescentam que “os objetivos específicos são mais concretos, permitem alcançar o objetivo geral e serem aplicados em situações concretas.” Os objetivos específicos deste trabalho de investigação são:

- Saber se os Enfermeiros concordam com a admissão de jovens até aos 18 anos no Serviço de Pediatria;
- Identificar quais as estratégias que os Enfermeiros utilizam para comunicar com os adolescentes e ajudar na aceitação da hospitalização;
- Determinar se os Enfermeiros devem ter formação específica para comunicar com os adolescentes;
- Averiguar se os Enfermeiros concordam que os adolescentes devem ser ouvidos na tomada de decisão sobre o seu tratamento;
- Mostrar quais as medidas que o hospital promove para tornar o ambiente mais acolhedor e mais adaptado às necessidades do adolescente.

II. FASE METODOLÓGICA

Na fase metodológica, Fortin (2003, p.40) cita “ (...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.” Acrescenta que “todas as decisões metodológicas tomadas pelo investigador são de enorme importância para a investigação (...) para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação”.

A fase metodológica é um dos aspetos mais importantes para um trabalho de investigação. Assim, os resultados finais do estudo dependerão do tipo de estudo e da forma como são colhidos os dados necessários.

No sentido de procurar uma base científica para a boa prática da enfermagem, a investigação deriva da determinação da metodologia, tendo em consideração o domínio do estudo a realizar. Assim sendo, segundo Fortin (1990, p.48) “Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa mal estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”.

Neste capítulo, procede-se à apresentação da metodologia utilizada, que versa o desenho de investigação, descreve o meio, o tipo de estudo, a população-alvo e amostra, o instrumento de recolha de dados, o tratamento dos mesmos e os princípios éticos.

1. Desenho de investigação

Segundo Fortin (2003, p.132), “Desenho de investigação é o plano lógico, elaborado pelo investigador, com o objetivo de obter respostas válidas às questões de investigação que colocou, ou às hipóteses formuladas”.

Segundo o mesmo autor, este ponto tem como objetivo “controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo.”

1.1. Tipo de estudo

A escolha do tipo de estudo é uma das etapas fundamentais, pois é a partir desta escolha que se descreve a estrutura a utilizar para atingir os objetivos. Fortin (2003, p.135) afirma que “é o nível de conhecimentos no domínio em estudo que determina a escolha do tipo de investigação”.

Fortin (2003, p.133) acrescenta “o tipo de estudo tem como função, a descrição da estrutura utilizada, tendo em conta a questão de investigação, também visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de casualidade”.

Assim sendo, este Projeto de Graduação trata-se de um estudo de tipo descritivo-exploratório, visto que “(...) visa denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação” – Fortin (1999, p.137/138).

Este estudo é de carácter qualitativo e quantitativo. Segundo A. Bento (2012), “a investigação qualitativa normalmente ocorre em situações naturais em contraste com a investigação quantitativa que exige controlo e manipulação de comportamentos e lugares”.

De acordo com Bell (2004, p. 19 e 20), os “investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles” enquanto que os investigadores qualitativos “estão mais interessados em compreender as percepções individuais do mundo. Procuram compreensão, em vez de análise estatística. (...). Contudo, há momentos em que os investigadores qualitativos recorrem a técnicas quantitativas, e vice-versa”.

1.2. População-alvo e amostra

Segundo Fortin (2003, p.202) uma população é “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.(...) é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”.

A população-alvo deste estudo corresponde a todos os Enfermeiros de um Serviço de Pediatria de um Hospital Central do Grande Porto. Esta população é constituída por 18 Enfermeiros em que um deles é especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (SIP) e também desempenha funções de Enfermeiro-chefe, e outros 2 que são apenas Enfermeiros Especialistas em SIP. Os restantes Enfermeiros são de cuidados gerais, sendo todos do género feminino.

Tendo em conta que por vezes é difícil estudar toda a população, é necessário recorrer à utilização de amostras, de modo a obter dados sobre uma determinada população.

Assim Fortin (2000, p.202) define a amostra como sendo “um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. Deve ser representativa da população visada, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”.

A amostra deste estudo é constituída por todos os Enfermeiros do Serviço de Pediatria referido anteriormente, que exercem o seu trabalho na área da Enfermagem de SIP há mais de dois anos e que aceitaram responder às questões desenvolvidas.

1.3. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

O método de recolha de dados constitui uma etapa importante para o desenvolvimento de investigação.

Para Fortin (2003, p.249), “Os dados podem ser colhidos de diversas formas, cabendo ao investigador seleccionar o tipo de técnica que melhor se adequa aos objectivos do estudo e às questões de investigação colocadas”.

Os dados foram recolhidos através de um questionário, estruturado e elaborado pela própria aluna, com quinze perguntas. O inquérito é um processo de descoberta de algo que é feito de forma sistemática.

Porém, segundo Carmo e Manuela Ferreira (2008, p.164), o inquérito por questionário, apresenta uma série de vantagens e desvantagens. Em relação às desvantagens, as autoras consideram a “dificuldade de concepção, não é aplicável a toda a população e elevada taxa de não respostas”. Relativamente às vantagens, “sistematização, maior simplicidade de análise, maior rapidez na recolha e análise de dados e mais barato”.

Anteriormente foi aplicado um pré-teste, onde se pretendia detectar se o questionário a ser aplicado continha erros de construção ou possibilidade de indução de resposta ou dúvida, com vista a um eventual reajustamento ou correção antes da sua aplicação final.

O pré-teste é um método que consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que tem como objetivos refletir a diversidade da população visada e verificar se as questões colocadas correspondem aos objetivos investigados.

Assim sendo Fortin (1999, p.253) refere, “esta etapa é de todo indispensável, e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas e imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões”.

Tendo em conta todos estes pressupostos, neste trabalho de investigação o pré-teste foi aplicado a uma amostra de três Enfermeiras de um Serviço de Pediatria de um Hospital Central do Grande Porto, não sendo estes questionários considerados para a amostra

estudada. Não foi necessário realizar qualquer alteração nos mesmos, uma vez que foram bem compreendidos, de fácil interpretação e acesso.

1.4. Tratamento e apresentação dos dados

Primeiramente, alguns dos dados recolhidos nesta investigação foram tratados através do programa informático Excel. Os resultados obtidos após a análise foram apresentados em forma de gráficos circulares, para que a sua leitura e interpretação fosse a mais eficaz e simples. Sendo assim, este tipo de interpretação de dados é de carácter quantitativo.

Posteriormente, o tratamento dos dados obtidos pelos questionários, na vertente qualitativa, foi realizado através de uma análise de conteúdo e os dados foram apresentados em forma de quadros.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

No decorrer da realização deste trabalho de investigação, consideraram-se alguns princípios éticos. A natureza das questões em estudo, o modo como é selecionada a amostra, os instrumentos e o modo como os dados são obtidos, bem como a posterior utilização dos resultados, podem levantar problemas éticos.

De acordo com Fortin (1999, p.114) “a ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Particularmente, deve-se respeitar os princípios ou direitos fundamentais determinados pelo código de ética, como: “o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, o direito a um tratamento justo e leal”.

Assim, para Fortin (1999, p.116) existem direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos:

1. **Direito à autodeterminação.** Este direito tem fundamento no princípio ético do respeito pelas pessoas, pois estas são aptas de escolher o seu próprio destino. Sendo por isso uma decisão pessoal e voluntária participar ou não no estudo;

2. **Direito à intimidade.** Qualquer investigação com pessoas se pode tornar numa invasão da vida privada, assim o estudo deverá ser o menos invasivo possível;
3. **Direito ao anonimato e à confidencialidade.** A identidade do indivíduo não pode ser associada às suas respostas. Os resultados devem ser apresentados sem que o reconhecimento da pessoa em questão seja possível;
4. **Direito à proteção contra o desconforto e ao prejuízo.** Este direito tem fundamento no princípio de beneficência, e diz respeito às normas existentes para a proteção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de a prejudicarem;
5. **Direito a um tratamento justo e leal.** Diz respeito ao direito da pessoa investigada, poder aceder a toda a informação a seu respeito no estudo em questão. Este deverá ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado, bem como os métodos utilizados no estudo.

III. FASE EMPÍRICA

Fortin (2009, p.4), afirma que a fase empírica “incluiu a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados. Para fazer isto, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos, análises de conteúdo. Em seguida, passa-se à interpretação, depois à comunicação dos resultados”.

1. Apresentação e análise dos dados

Segundo Fortin (1999, p.330), “os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados, estes fatos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto (...) apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas (...) a interpretação dos resultados far-se-á em seguida através de uma discussão”.

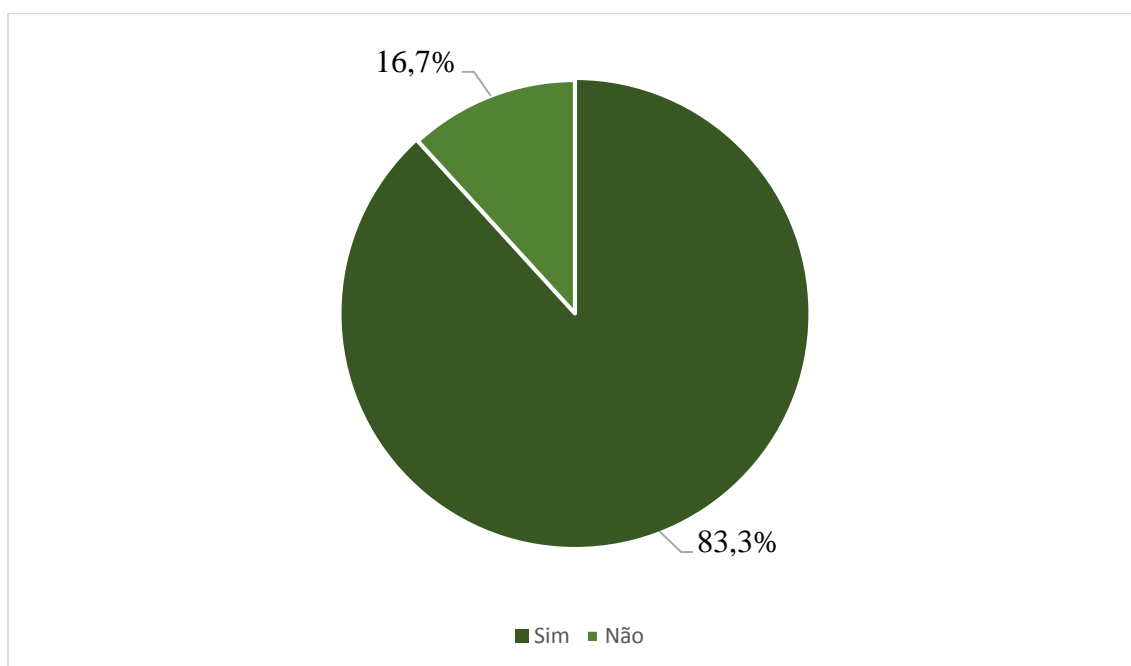
Bardin (2004) configura “a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Porém, a própria autora afirma que este conceito não é suficiente para definir a especificidade da técnica, acrescentando que a intenção é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente de recepção), inferência esta que ocorre a indicadores quantitativos ou não”.

Após a recolha de dados através dos questionários efetuados, elabora-se uma análise de informação, para que esta seja interpretada e exposta. Como referido anteriormente, a informação recolhida será apresentada sob a forma de quadros, onde serão expressas categorias e subcategorias que promovem uma leitura clara, simples e acessível (estudo qualitativo) e sob a forma de gráficos circulares (estudo quantitativo), de modo a responder a determinadas questões importantes para a conclusão positiva deste estudo.

Assim sendo, inicia-se a análise de dados através do estudo quantitativo, sendo que cada gráfico circular terá pequenas observações acerca das percentagens definidas e, posteriormente, será apresentado o estudo qualitativo, onde cada quadro terá um breve comentário acerca das categorias e subcategorias definidas, relacionado com bibliografia utilizada na fase conceptual.

1.1. Dados quantitativos

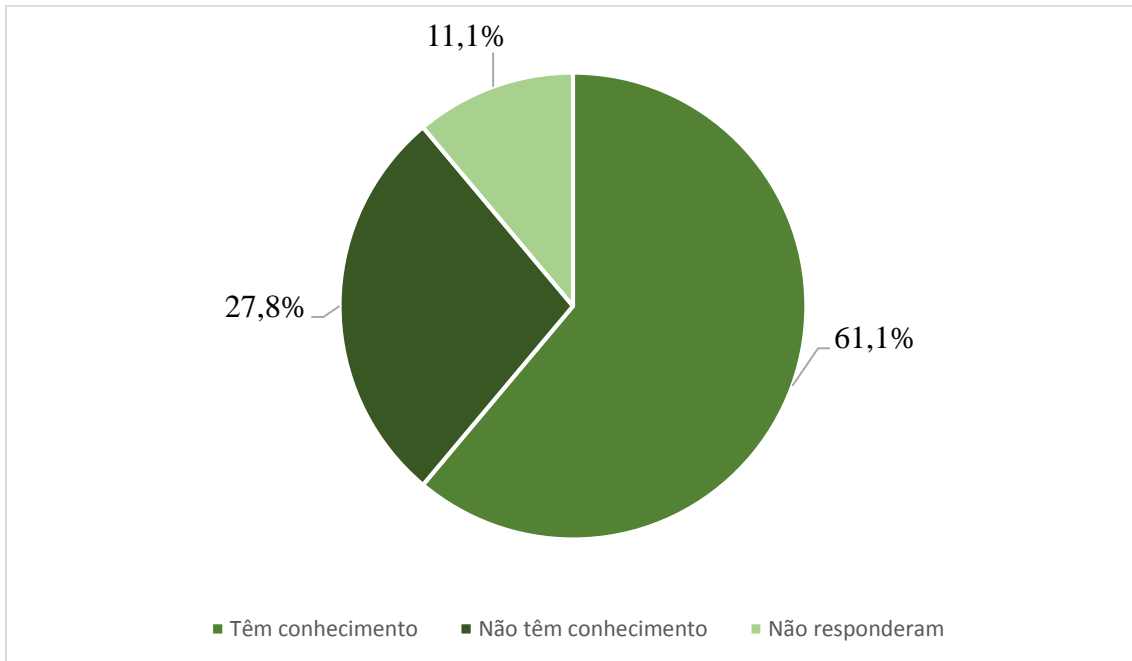
Gráfico n° 1 - Todos os doentes até aos 18 anos são internados no Serviço de Pediatria?



Relativamente à questão descrita, 83,3% dos Enfermeiros afirma que todos os doentes até aos 18 anos são internados no Serviço de Pediatria.

Em contrapartida, apenas 16,7% opina do modo contrário.

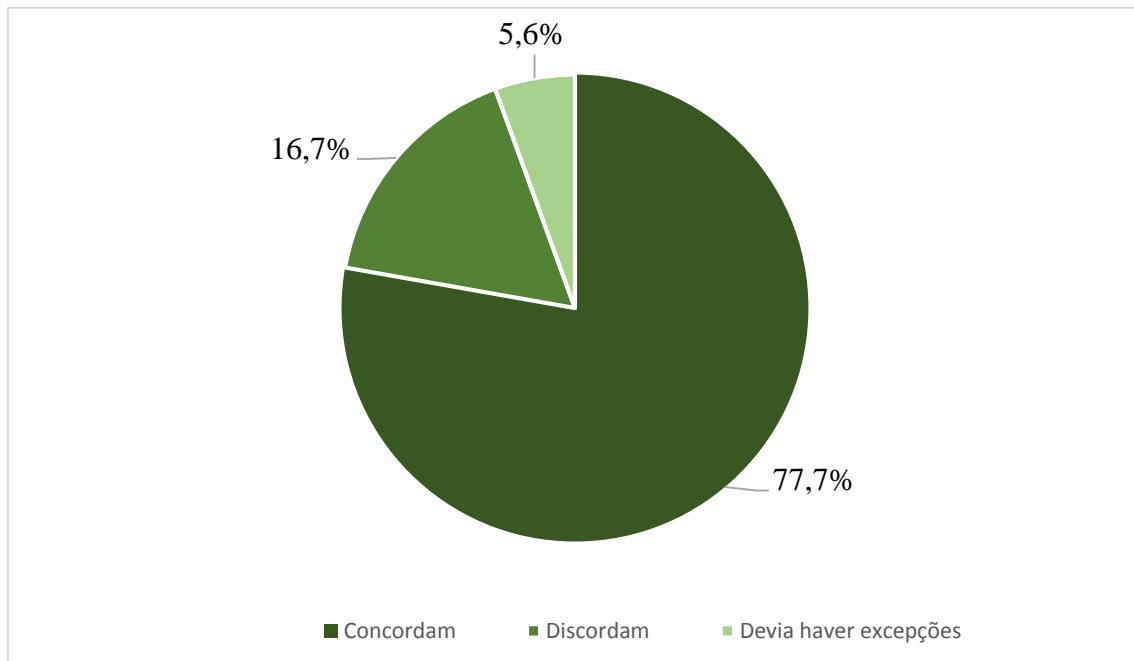
Gráfico nº 2 – Os Enfermeiros têm conhecimento acerca da incidência de adolescentes internados no Serviço de Pediatria?



A maioria dos Enfermeiros (61,1%) tem conhecimento da incidência de adolescentes internados no Serviço de Pediatria. Das respostas obtidas, alguns Enfermeiros afirmam que “cerca de 30% são adolescentes que surgem no Serviço de Pediatria”.

27,8% dos Enfermeiros respondeu negativamente à questão, sendo que 11,1% não têm qualquer noção de qual a incidência e acabam por não responder à mesma.

Gráfico n° 3 – Os Enfermeiros concordam com a admissão de jovens até aos 18 anos no Serviço de Pediatria?



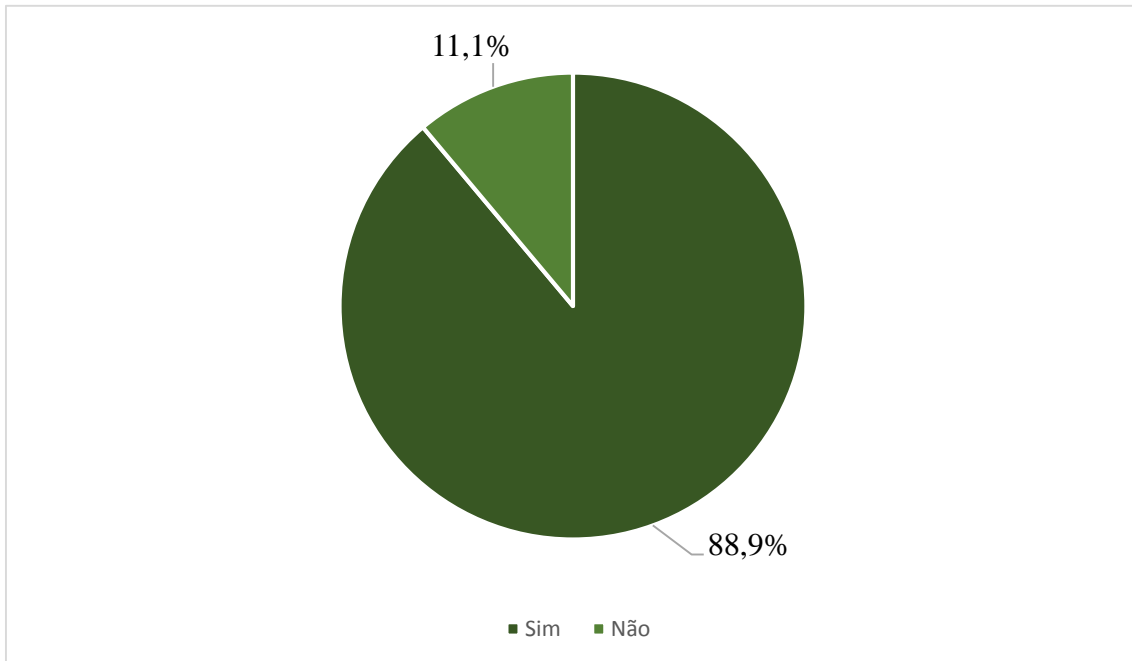
77,7% dos Enfermeiros que foram questionados concorda com a admissão de jovens até aos 18 anos, mas com condições que podemos observar em algumas das respostas obtidas:

- ✓ “Sim, desde que fiquem em enfermarias com adolescentes da mesma idade”. **(E4)**
- ✓ “Sim, se houver condições para isso”. **(E18)**

16,7% não concorda e um dos Enfermeiros afirma: “Não, penso que deviam ter em atenção a patologia em causa”. **(E11)**

5,6% pensa que deveriam haver exceções.

Gráfico nº 4 – Os Enfermeiros consideram que devem ter formação específica para comunicar com os adolescentes?

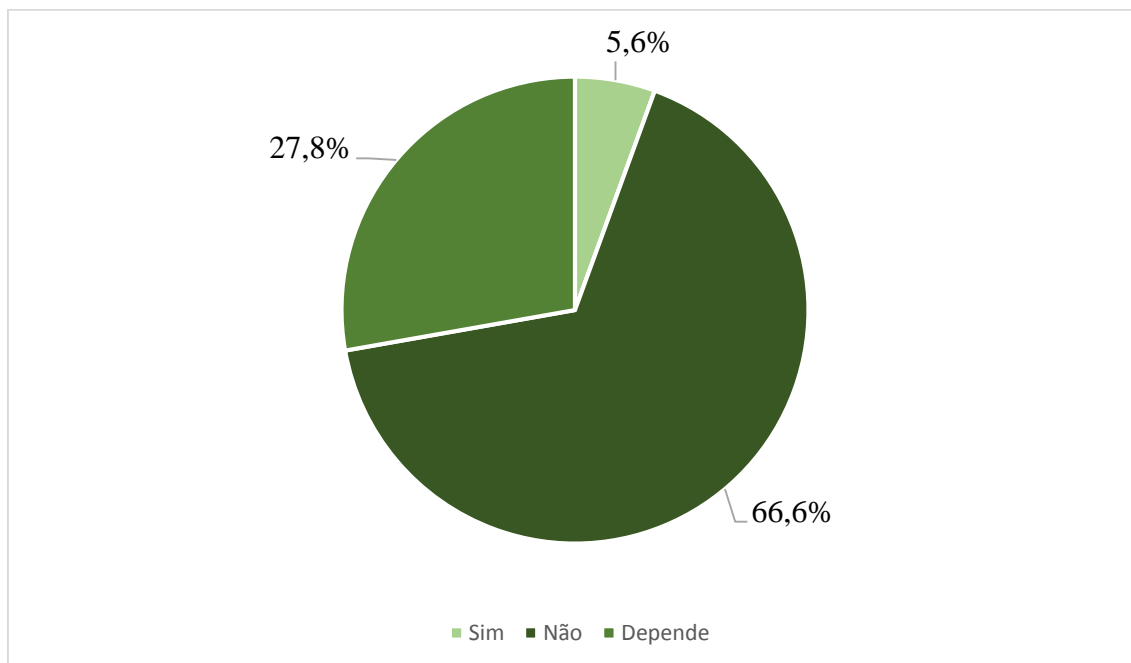


Quase a totalidade dos Enfermeiros (88,9%) considera que devem ter formação específica para comunicar com os adolescentes:

- ✓ “A formação é importante assim como a experiência”. **(E11)**
- ✓ “O adolescente é difícil por si só, a formação é importante”. **(E3)**

Em contrapartida, 11,1% discorda e um expressou: “Não, qualquer ser humano deve ser capaz de lidar com pessoas das várias faixas etárias”. **(E8)**

Gráfico nº 5 – Os Enfermeiros consideram que os adolescentes se sentem confortáveis quando estão hospitalizados junto de crianças mais pequenas?



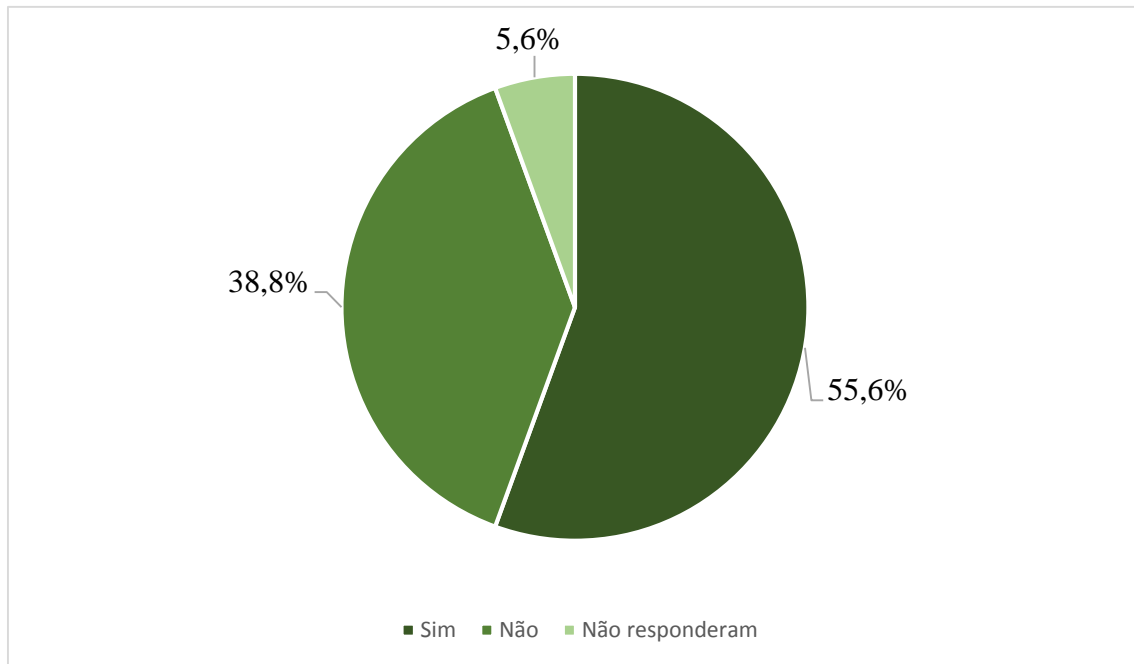
Na questão anteriormente colocada, 66,6% dos Enfermeiros considera que os adolescentes não se sentem confortáveis quando estão hospitalizados junto de crianças mais pequenas e justifica:

- ✓ “Não. O barulho das crianças mais pequenas na maior parte dos casos incomoda os adolescentes”. **(E4)**
- ✓ “Não, geralmente por causa do barulho”. **(E3)**
- ✓ “Não, sentem-se infantilizados e por vezes provoca instabilidade nos adolescentes”. **(E7)**

27,8% dos Enfermeiros explica que depende da personalidade dos adolescentes. Uma das respostas obtidas foi “Depende, é lógico que preferem meninos e meninas da sua idade, por outro lado sentem-se protetores quando existe necessidade de partilhar o quarto com crianças mais pequenas”. **(E12)**

Por fim 5,6% responde positivamente: “sim, sentem que protegem alguém”. **(E6) (E5)**

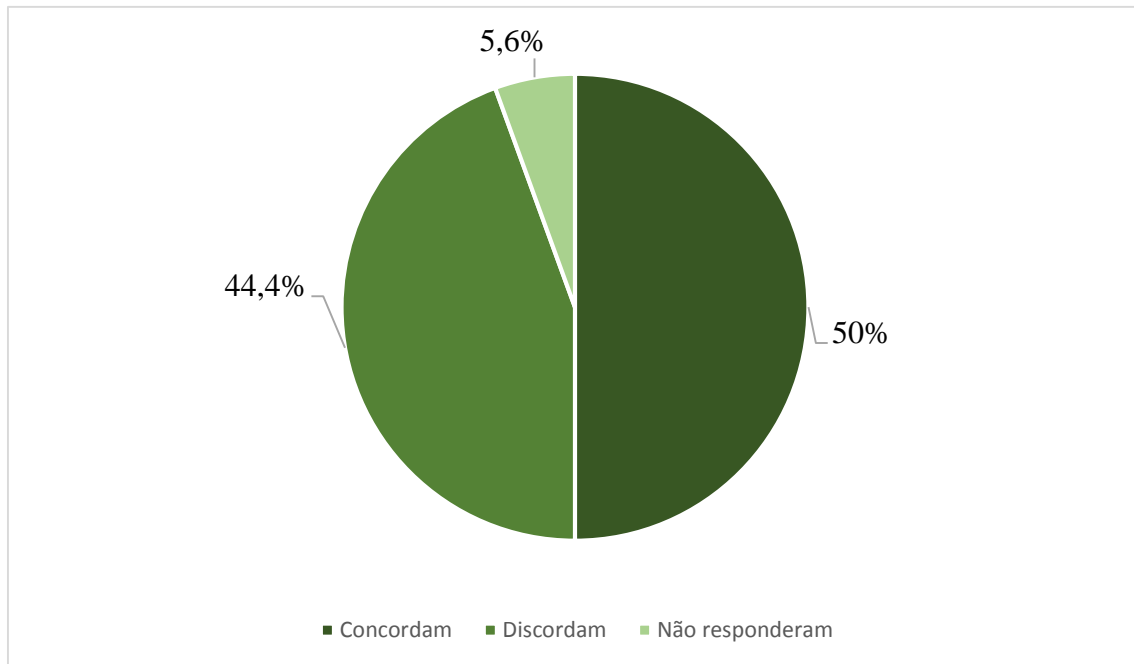
Gráfico n° 6 – Os Enfermeiros consideram que o Serviço onde trabalham possui as condições de espaço e conforto, bem como os equipamentos adequados para o internamento de adolescentes?



Quase metade dos Enfermeiros questionados (55,6%) considera que o Serviço onde trabalham reúne as condições necessárias para internamento de adolescentes, apesar de que o mesmo podia estar equipado com um número maior de meios de distração adequados à idade.

Por outro lado 38,8% destes profissionais de saúde opina de modo contrário, sendo que 5,6% dos mesmos nem sequer respondeu à questão.

Gráfico n° 7 – Os Enfermeiros concordam que no Serviço onde trabalham estão reunidas as condições necessárias para adolescentes que tenham patologias que envolvam internamentos prolongados e muito frequentes?



Metade dos Enfermeiros (50%) que foram questionados responde positivamente. Algumas respostas obtidas foram:

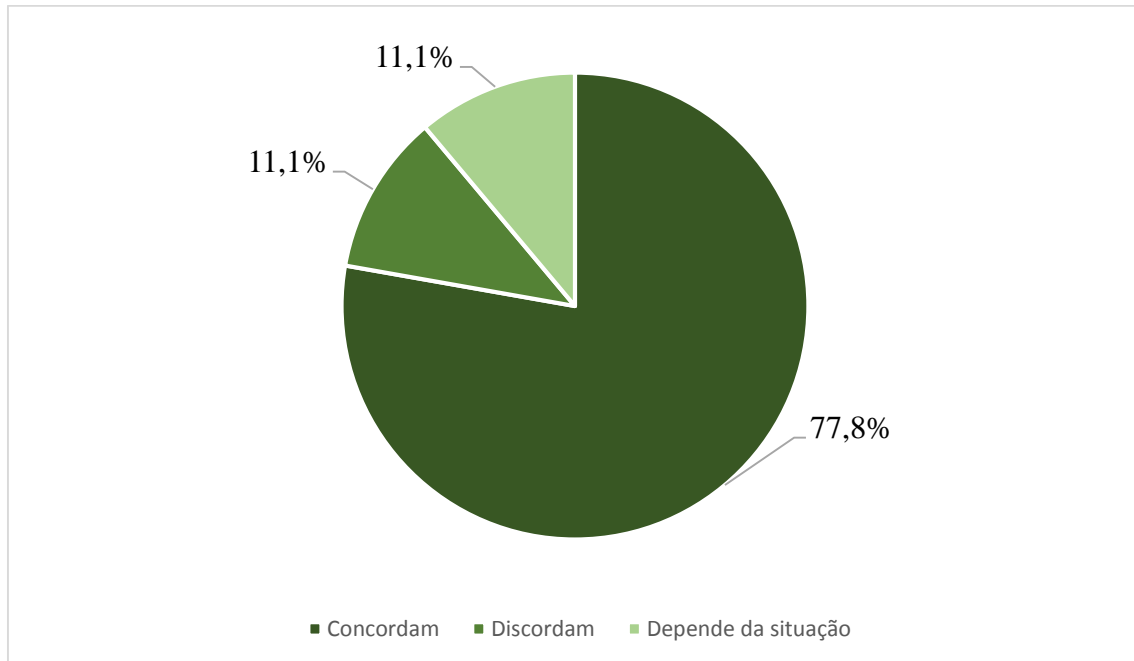
- ✓ “Até temos a funcionar o Hospital de Dia junto do Serviço (...)”. **(E4)**
- ✓ “Concordo, nunca são suficientes mas os Enfermeiros tentam aproveitar as condições que têm da melhor forma”. **(E6)**

44,4% discorda e foram descritas as seguintes opiniões:

- ✓ “Devia ter uma sala de convívio para os adolescentes para estes não terem que partilhar a sala com outras crianças”. **(E10)**
- ✓ “Não estão reunidas as condições para receber estes jovens sobretudo falta de espaços com reserva de intimidade e privacidade”. **(E1)**

5,6% dos Enfermeiros não respondeu à questão colocada.

Gráfico nº 8 – Os Enfermeiros concordam que os adolescentes devem ser informados acerca do seu estado de saúde mesmo quando a situação é grave?

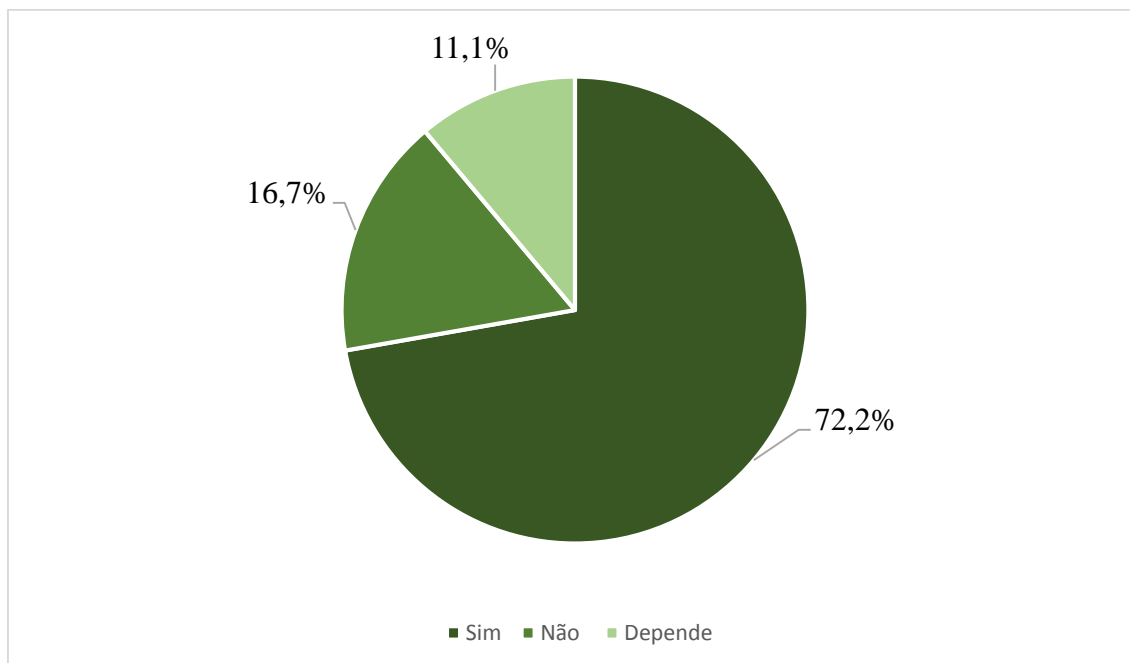


77,8% dos Enfermeiros opina que os adolescentes devem ser informados acerca do seu estado de saúde mesmo quando a situação é grave, em parceria com a família.

11,1% opina de forma contrária, sendo que um dos Enfermeiros afirma: “Pessoalmente não concordo. Não devemos esconder a situação de doença mas não devemos falar muito claramente da gravidade”. (E1)

11,1% pensa que depende da doença, da maturidade e da personalidade dos adolescentes.

Gráfico nº 9 – Os Enfermeiros consideram que o adolescente pode tomar uma decisão ou ser ouvido sobre o seu tratamento?



A maioria dos Enfermeiros (72,2%) considera que o adolescente pode tomar a decisão ou ser ouvido acerca do seu tratamento. Algumas das respostas obtidas podem comprovar esta resposta:

- ✓ “Sim, cada caso é único e deve ser adequado ao adolescente e à sua família, assim como ao seu grau de maturidade ou inteligência emocional”. **(E12)**
- ✓ “Penso que a sua opinião também deve ser ouvida”. **(E8)**
- ✓ “Sempre, logo que a sua opinião não interfira pela negativa em relação ao seu tratamento”. **(E2)**
- ✓ “O adolescente pode tomar uma decisão se tiver todas as informações para tomar uma decisão ponderada”. **(E1)**

16,7% não considera que sejam os adolescentes a tomar a decisão e que quem decide é o Médico juntamente com o Enfermeiro e com a família do adolescente.

11,1% diz que depende da maturidade, conhecimento e personalidade do adolescente.

1.2. Dados qualitativos

Após a análise dos dados, emergiram quatro categorias e cinco subcategorias que se encontram descritas no Quadro nº 1.

Quadro nº 1 – Categorias e subcategorias emergentes da análise às respostas obtidas

Categorias	Subcategorias
Privacidade	
Comunicação Assertiva	Diálogo Compreensão Escuta ativa
Decisão sobre cuidados ao adolescente	Negociação
Consentimento Informado	Ouvir

Quadro nº 2 – Apresentação das unidades de registo para a categoria “Privacidade”

Subcategoria	Unidades de registo
	“Dando resposta à sua privacidade” (E13) “Respeito pela individualidade de cada adolescente” (E12) “Respeitando a sua privacidade (...)” (E18) “(...) respeitando a sua intimidade criando locais e ambientes calmos apropriados à idade” (E1)

Segundo o artigo 16º preconizado pela Convenção dos Direitos da Criança, no que diz respeito à categoria “privacidade, honra e reputação” – “A Criança tem o direito de não ser sujeita a intromissões arbitrárias ou ilegais na sua vida privada, no seu domicílio ou correspondência, nem a ofensas ilegais à sua honra e reputação”.

Em relação à categoria privacidade, a OE (2010, p.19/20) afirma que “os princípios éticos no atendimento ao adolescente referem-se especialmente ao respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo. (...) O direito à privacidade está directamente relacionado com a relação interpessoal que se estabelece entre a(o) Enfermeira(o), adolescente e família, de forma a facilitar o estabelecimento de diálogo e confiança mútua entre todos os elementos. O adolescente tem o direito a ser atendido individualmente, em espaço privado, onde seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde”.

**Quadro nº 3 – Apresentação das unidades de registo para a categoria
“Comunicação Assertiva”**

Subcategoria	Unidades de registo
Diálogo	“Explicando a patologia e todos os procedimentos, dando oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas” (E11) “Conversando com eles, adequando a linguagem à sua idade” (E14) “Em relação à hospitalização explicando-lhes o porquê do internamento sem grandes omissões” (E3) “Tratar o adolescente directamente, falando com ele, colocando os pais em segundo plano” (E3)
Compreensão	“Através do apoio e compreensão que lhes é dedicado” (E8) “Adaptar-me aos seus gostos e linguagem” (E17) “Temos de compreender pois eles sentem-se muito revoltados por estar no hospital” (E15)

Escuta ativa	“Dando espaço para a verbalização por parte dos adolescentes” (E13) “Escutar é importante” (E6) “Ouvir atentamente e tentar estabelecer uma relação interpessoal assim” (E7) “Através do apoio que lhes é dedicado, escuta (...)” (E8)
--------------	---

Relativamente à categoria comunicação assertiva, segundo a OE (2010, p.25/26), um dos pré-requisitos para a relação/ comunicação com o adolescente é “apostar no diálogo, utilizando diversas técnicas de apoio narrativo que contribuem para a comunicação bidirecional promovendo um clima de empatia e potenciando a capacidade de expressão do adolescente”.

Estas técnicas de apoio narrativo podem ser: perguntas abertas, escuta reflexiva, reestruturação positiva, afirmações de automotivação, de apoio e animo e clarificação.

A OE (2010, p.26-64) afirma que o Enfermeiro deve “(...) escutar mais, para assegurar a confiança, sobretudo nos assuntos mais sensíveis; dando apoio e compreensão” (...) e deve também “apoiar a pessoa destacando os seus pontos fortes e apoiando o que referiu com comentários e frase que expressem compreensão. Contribui para reforçar a auto-estima e sentido de autoconfiança. À medida que se sente escutado e aceite pelo Enfermeiro, torna-se capaz de se ouvir e aceitar, aumenta a compreensão e o controlo sobre si e a sua sensação de poder”.

Concluindo, a OE (2010, p.23-26) afirma que previamente a comunicar com o adolescente, “como qualidades básicas deve possuir motivação para compreender, valorizar e escutar o adolescente”.

Para o Enfermeiro é essencial “escutar o adolescente (é importante que se sinta escutado), para que se sinta confortável na verbalização de dúvidas e preocupações ou questões”.

Quadro nº 4 – Apresentação das unidades de registo para a categoria “Decisão sobre cuidados ao adolescente”

Subcategoria	Unidades de registo
Negociação	<p>“Devem ser ouvidos os pais e os adolescentes e devem ver qual a decisão que melhor serve os interesses do adolescente” (E1)</p> <p>“Tentar o equilíbrio entre as duas partes no entanto sem colocar em risco a qualidade do tratamento” (E10)</p> <p>“Poderá conciliar a opinião dos dois e avaliar qual o melhor tratamento (...)” (E7)</p> <p>“Deve ouvir ambas as partes e promover o diálogo de ambos para chegar a um consenso” (E13)</p> <p>“Temos que defender a saúde do adolescente que se encontra doente” (E8)</p> <p>“Tentar ouvir os dois lados e chegar a um consenso” (E11)</p> <p>“Tentar negociar chegando a um consenso, visando o melhor para o adolescente” (E18)</p>

Nesta categoria, o impacto que a hospitalização gera no adolescente depende também da sua própria personalidade e capacidade de tolerância perante situações de frustração. As características da doença e do tratamento, o estágio em que a doença se encontra, o nível de sofrimento que este provoca, a presença ou ausência da família/amigos nesse processo e os antecedentes pessoais do adolescente também contribuem para a aceitação ou rejeição ao internamento.

Monteiro (2003) citando Nogueira (2001) refere que a par da incerteza no que respeita às consequências e evolução da doença física, a hospitalização representa sempre uma

ruptura nas estruturas familiar, social e pessoal anteriormente estabelecidas, exigindo do doente e família uma mobilização de recursos pessoais e do meio envolvente, de forma a promover o reajustamento à situação totalmente nova, vivenciada pelo sujeito adversa.

**Quadro nº 5 – Apresentação das unidades de registo para a categoria
“Consentimento Informado”**

Subcategoria	Unidades de Registo
Ouvir	<p>“Pode ser ouvido e deve. Quanto à tomada de decisão, depende da capacidade do adolescente” (E18)</p> <p>“Sim, deve dar a sua opinião e ser ouvido. Quanto à decisão tem que ser ponderada” (E13)</p> <p>“Tomar decisão é difícil mas deve ser sempre ouvido” (E3)</p> <p>“Depende dos pais e da própria maturidade do adolescente. Mas têm o direito de ser ouvido e saber de qualquer das formas” (E6)</p> <p>“(…) toda a gente tem o direito de saber do seu próprio estado de saúde, independentemente do grau” (E7)</p>

Por fim, em relação à categoria consentimento informado, segundo a ERS (2009), “Esta é, de facto, uma questão que assume grande importância nos nossos dias, já que o consentimento informado reflecte uma manifestação de respeito pelo doente enquanto ser humano e constitui o garante de que qualquer decisão tomada assenta nos pressupostos de auto-responsabilização e de liberdade de escolha. Não obstante, é do conhecimento geral que a obtenção do consentimento informado apresenta várias limitações, desde logo aquelas resultantes de um conhecimento insuficiente dos efeitos dos tratamentos e dos problemas de comunicação”.

Posteriormente, a OE (2010, p.20) afirma que “(…) é fundamental ouvir os adolescentes, promover autoestima e a consciência do bem melhor, quer pessoal, quer colectivo e o consentimento livre

e esclarecido deverá ser obtido por parte do adolescente, tendo em conta o respeito pela autonomia da pessoa humana”.

Quadro nº 6 – Quais as patologias mais frequentes?

Patologias mais frequentes	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Diabetes Mellitus Tipo II	8	22,2%
Fibrose Quística	6	16,7%
Insuficiência Renal Crónica	5	13,8%
Paralisia Cerebral	3	8,3%
Doenças do foro reumatológico	3	8,3%
Doença de Chron	3	8,3%
Doenças do foro imunológico	2	5,6%
Doenças Auto-Imunes	2	5,6%
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	1	2,8%
Asma	1	2,8%
Doenças do foro hematológica	1	2,8%
Distrofia	1	2,8%
Total	36	100%

Após finalização da análise dos questionários, os Enfermeiros referiram doze patologias como as mais frequentes no internamento de adolescentes. Alguns dos 18 Enfermeiros a quem foram realizados os questionários repetiram patologias entre si. Deste modo, as patologias mais frequentes e com maior número de respostas foram: Diabetes Mellitus Tipo 2, Fibrose Quística e Insuficiência Renal Crónica.

A conclusão que se retira das respostas obtidas é que a maior parte das patologias descritas são definidas como patologias crónicas.

Como já referido ao longo deste estudo, actualmente o número de adolescentes afectados por problemas crónicos que limitam directa ou indirectamente as suas actividades diárias é muito elevado.

2. Discussão dos resultados

Dada a finalização da análise dos dados recolhidos através do questionário, o próximo e último passo é interpretar detalhadamente a informação obtida, surgindo assim a necessidade da elaboração de uma discussão dos resultados obtidos. O resultado da análise será correlacionado com referências pesquisadas durante a revisão da literatura realizada para fundamentação e suporte teórico do estudo.

Deste modo, o objetivo desta fase é apresentar uma síntese dos resultados obtidos, dando ênfase aos aspetos que se consideram mais pertinentes e que da melhor forma caracterizam a situação que se pretende analisar, de modo a perceber se os objetivos e questões colocadas foram atingidos positivamente.

Relativamente aos resultados do gráfico nº 1, 83,3% dos Enfermeiros afirmaram que todos os doentes até aos 18 anos são internados no Serviço de Pediatria, que está de acordo com o Despacho nº9871/2010 de 11 de Junho da Ministra da Saúde, Doutora Ana Jorge que determinou o alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento, até aos 17 anos e 364 dias.

Quando analisados os resultados do gráfico nº 2, pode constatar-se que a maioria dos Enfermeiros (61,1%) tem conhecimento acerca da incidência de adolescentes internados no Serviço de Pediatria, referindo que a incidência abrange os 30%. Até há alguns anos atrás, os adolescentes eram considerados como pertencentes a um grupo saudável e com um número reduzido de hospitalizações. No entanto, avanços científicos e tecnológicos vieram alterar esta situação, particularmente no que se refere ao aumento da esperança de vida em doenças que até há poucos anos eram consideradas terminais, como as doenças oncológicas.

No que diz respeito aos resultados do gráfico nº 4, quase a totalidade dos Enfermeiros (88,9%) considera que devem ter formação específica para comunicar com os adolescentes.

Segundo a OE (2010, p. 23), “o Enfermeiro deverá fazer uma reflexão pessoal acerca dos seus próprios valores, assim como das respetivas necessidades de formação.” (...) “para a promoção de desenvolvimento infantil, reconhece-se a necessidade de continuar a aprofundar conhecimentos nesta área e a investir na formação académica e em contexto de trabalho. (...) Para tal, os Enfermeiros deverão

preparar-se com outros Enfermeiros e com técnicos com conhecimentos mais especializados no instrumento de avaliação. No período inicial deverão poder contar com um suporte desses mesmos elementos formadores e, posteriormente nivelar a formação continua de acordo com as suas necessidades”.

Relativamente aos resultados do gráfico nº 8, 77,8% dos Enfermeiros opina que os adolescentes devem ser informados acerca do seu estado de saúde mesmo quando a situação é grave, em parceria com a família.

Segundo o quarto pressuposto geral do consentimento informado livre e esclarecido, definido pela ERS, “para um consentimento informado de qualidade, a comunicação eficaz é fundamental e as instituições devem instaurar mecanismos que a assegurem, não só entre o médico e o doente como também entre os diversos profissionais”. Ou seja, o adolescente deve ser informado do seu estado de saúde podendo opinar acerca do tratamento que lhe pode ser instituído, apesar de não poder ser o mesmo a tomar a decisão.

Atendendo à análise dos resultados do gráfico nº 9, maior parte dos Enfermeiros (72,2%) considera que o adolescente pode tomar a decisão ou ser ouvido acerca do seu tratamento, em parceria com a família.

A ERS considera que, “relativamente aos menores, vem-se consolidando a ideia de uma autonomia progressiva em matéria de cuidados de saúde, especialmente nos domínios da saúde sexual e reprodutiva e da toxicodpendência. Todavia, em termos gerais a lei ainda não consagrou claramente o direito destes menores a consentir ou recusar actos médicos, especialmente os que acarretem maiores riscos ou assumam maior gravidade”.

Por fim, após a análise dos resultados do quadro nº 6, as patologias mais frequentes detectadas nos questionários foram: Diabetes Mellitus Tipo 2, Fibrose Quística e Insuficiência Renal Crónica.

Através do documento “Plano Nacional de Saúde 2012- 2016; Perfil de Saúde em Portugal”, conclui-se a partir das tabelas apresentadas no mesmo que “as principais causas de internamento de crianças e jovens com menos de 18 anos são as doenças dos aparelhos respiratório (22,8%) e digestivo (13,9%)”

IV. Conclusão

Este trabalho de investigação teve como principal objetivo, conhecer a opinião dos Enfermeiros de um Serviço de Pediatria acerca do alargamento da idade de atendimento pediátrica.

Este trabalho foi importante para o percurso académico, pois dará ferramentas no que diz respeito a métodos e técnicas de investigação para trabalhos que possam vir a ser realizados futuramente. O mesmo acompanhou parte do percurso académico da aluna, pois foi iniciado aquando do ensino clínico de Enfermagem Materno-Infantil.

Após finalização do mesmo, foi possível concluir que, apesar da temática definida ser do interesse de todos os Enfermeiros, estes não demonstraram muito conhecimento e disponibilidade para a discutir, talvez por falta de informação e formação sobre a mesma.

Após análise e discussão dos resultados, conclui-se que todos os adolescentes até aos 17 anos e 364 dias ficam internados no Serviço de Pediatria e que os Enfermeiros têm noção da incidência dos mesmos no Serviço. Os pressupostos que os Enfermeiros consideram importantes para que este aumento de idade pediátrica seja positivo para o adolescente, que passa a ser internado junto de crianças, são a privacidade, a comunicação assertiva e a formação.

Primeiramente, é necessário que o adolescente tenha privacidade suficiente para que se possa adaptar ao Serviço e que possa ter confiança nos Profissionais de Saúde que lá trabalham. Após este ganho de confiança, é essencial que o Enfermeiro saiba comunicar com o adolescente de modo assertivo, dialogando com o mesmo, compreendendo que certos sentimentos são normais para um adolescente que passa pela fase de hospitalização. Isto porque a adolescência é uma das fases mais complicadas do crescimento de um ser humano, e este tem que ser ponderal e calmo para que o mesmo não tenha repercussões.

Os Enfermeiros devem saber escutar o adolescente, dando-lhe oportunidades para verbalizar os seus receios, dúvidas e para que se possa integrar e ultrapassar o processo de internamento. O adolescente tem o direito de ser informado, de ser ouvido e passar pela fase da rejeição; neste caso, a equipa de saúde e família devem tentar chegar a um consenso com o mesmo, nunca colocando em causa, o seu tratamento. Por este motivo, a formação podia ser uma opção de melhoria nos cuidados ao adolescente, que passou a ser internado junto de uma faixa etária diferente da sua.

Conclui-se também que os maior parte dos Enfermeiros considera que o Serviço de Pediatria onde trabalham reúne os recursos e condições necessárias para os adolescentes.

Ao longo deste estudo, foram detetadas algumas dificuldades que atrasaram a entrega do trabalho, nomeadamente a recolha de dados e a escassez de informação necessária. Uma das dificuldades incidiu no método de recolha de dados; inicialmente, o pretendido era elaboração de entrevistas aos Enfermeiros. Porém, e mesmo apesar da insistência, os mesmos não se mostraram muito recetivos, talvez pela falta de tempo e/ou interesse que dispõem, e optou-se então pela elaboração de um questionário simples. Este possibilitou um maior número de respostas, embora algumas sucintas e pouco claras. Contudo, o obstáculo foi ultrapassado com sucesso.

Concluindo, o aumento do alargamento da idade pediátrica é uma temática que preocupa os Enfermeiros pois este é um tema pouco discutido na atualidade e uma área pouca trabalhada, sendo que os Enfermeiros necessitariam de mais formação para lidar com os adolescentes. Apesar deste aumento ter sido aceite pela equipa de enfermagem, esta referiu não possuir todas as ferramentas necessárias para a prestação de cuidados.

Foram atingidos todos os objetivos e a aluna sente-se bastante feliz por este ser o último passo do seu percurso enquanto estudante na licenciatura de Enfermagem.

Referências Bibliográficas Literárias

- Bardin, L. (2004) *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
- Fortin, M. (1990). *O processo de Investigação: da concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. (2000). *O processo de Investigação: da concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. (2001). *O processo de Investigação: da concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação: da concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. (2006). *O processo de Investigação: da concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. (2009). *O processo de Investigação: da concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hockenberry, M. (2006) *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Editora mosby elsevier (7ª edição).
- Kerlinaer, F., Lee, H. (2002). *Investigação do comportamento. Métodos de investigação em ciências sociais*. México, Mec Graw-Hill.
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2008) *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo, Editora Atlas S. A.
- Monteiro, A. (2003) *Parceria de Cuidados. Experiência dos Pais num Hospital Pediátrico*. Porto.
- Quivy e Campenhoudt (2003) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.

Referências Bibliográficas Online

Assembleia Geral das Nações Unidas (1990) A Convenção sobre os Direitos da Criança. [Em linha]. Disponível em:

<http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>.

[Consultado em: 13/02/2015].

Bento, A. (2012) Investigação quantitativa e qualitativa: dicotomia ou complementaridade? [Em linha]. Disponível em:

<<http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Investigacaoqualequan.pdf>>. [Consultado em:

22/05/2015].

Branco, A. et alli. Intervenção do Enfermeiro junto do adolescente/família hospitalizado.

[Em linha]. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/786/1/Enforma%C3%A7%C3%A3o%202009_11_14.pdf>

. [Consultado em: 17/04/2015].

Campos, C. (2004) MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. [Em linha]. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. [Consultado em: 13/02/2015].

Diário da República (2010) Despacho nº9871/2010. [Em linha]. Disponível em:

<[http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/D2859DD9-D3BC-4796-93CC-](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/D2859DD9-D3BC-4796-93CC-412796B26BAC/0/3212332123.pdf)

[412796B26BAC/0/3212332123.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/D2859DD9-D3BC-4796-93CC-412796B26BAC/0/3212332123.pdf)>. [Consultado em: 13/02/2015].

Entidade Reguladora da Saúde (2009) Consentimento Informado – Relatório Final. [Em

linha]. Disponível em: <https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf>. [Consultado em: 13/03/2015].

Ferreira, T., Farias, M. et Silvares, E. (2010) Adolescência através dos séculos.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a04v26n2.pdf>>. [Consultado em: 10/05/2015].

Lima, M. (2002) CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA CRÔNICA: CONVIVENDO COM MUDANÇAS. [Em linha]. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13368.pdf>>. [Consultado em: 02/06/2015].

Morais, C. Investigação: do problema aos resultados. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ipb.pt/~cmmm/conteudos/invest_topicos.pdf>. [Consultado em: 17/04/2015].

Ordem dos Enfermeiros. (1996) REPE. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>>. [Consultado em: 18/02/2015].

Ordem dos Enfermeiros. (2010) Guia Orientador de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf>. [Consultado em: 13/04/2015].

Plano Nacional de Saúde (2012-2016) 2. Perfil de Saúde em Portugal. [Em linha]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf>. [Consultado em: 23/04/2015].

Portugal, A. et Alberto, I. (2010) O papel da comunicação no exercício da parentalidade: desafios e especificidades. [Em linha]. Disponível em: <<http://iduc.uc.pt/index.php/psicologica/article/viewFile/1062/510>>. [Consultado em: 13/02/2015].

Souza, A., Lauda, B et Koller, S. (2014) Opiniões e vivências de adolescentes acerca dos direitos ao respeito e privacidade e à proteção contra a violência física no âmbito familiar. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs2/index.php/seerpsicsoc/article/viewFile/3760/2405>>. [Consultado em: 19/05/2015].

Tavares, H. et Fonseca H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. [Em linha]. Disponível em: <<http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4499/3343>>. [Consultado em: 13/06/2015].

Manual de Elaboração de Trabalhos Científicos da Universidade Fernando Pessoa. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ufp.pt/images/stories/Aurea/Manual%20Estilo%20Elabora%C3%A7%C3%A3o%20trabalhos%20cientificos.pdf>>. [Consultado em: 06/01/2015].

ANEXOS

ANEXO I – Questionário

1 – Todos os doentes até aos 18 anos são cuidados/internados no Serviço Urgência de Pediatria?

2 – Sabe qual a incidência de adolescentes cuidados/internados no Serviço de Urgência de Pediatria?

3 – Os Enfermeiros concordam com a admissão de jovens até aos 18 anos no Serviço de Pediatria?

4 – Quais as estratégias que os Enfermeiros utilizam para lidar com os adolescentes?
Como é que os Enfermeiros ajudam os jovens a aceitar a hospitalização?

5 – Considera pertinente que os Enfermeiros tenham formação específica para comunicar com os adolescentes?

6 – Utiliza alguma estratégia especial para a comunicação com os adolescentes?

7 – Os adolescentes sentem-se confortáveis quando estão hospitalizados junto de crianças mais pequenas?

8 – De que modo os adolescentes regem à hospitalização? Conhece casos em que rejeitaram ser hospitalizados?

9 – Os Enfermeiros concordam que os adolescentes devem ser informados acerca do seu estado de saúde mesmo quando a situação é grave?

10 – Na sua opinião o adolescente pode tomar uma decisão ou ser ouvido sobre um tratamento?

11 – Nas situações em que os pais têm uma opinião diferente da do adolescente em relação ao tratamento como é que o Enfermeiro procede?

12 – Considera que o Serviço onde trabalha possui as condições de espaço e conforto bem como os equipamentos adequados para o internamento de adolescentes?

13 – Quais as medidas que o hospital promove para tornar o ambiente mais acolhedor e mais adaptado às necessidades do adolescente?

14 – O Serviço recebe muitos adolescentes com doença crónica? Quais as patologias mais frequentes?

15 – Na sua opinião estão reunidas as condições para receber os jovens e adolescentes com estas patologias que envolvem internamentos prolongados e muito frequentes?

Obrigada!